UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde

JOELMA ANA ESPÍNDULA

Ribeirão Preto

2009

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde

JOELMA ANA ESPÍNDULA

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.
Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Ranier Martins do Valle

Ribeirão Preto

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Espíndula, Joelma Ana

O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2009.

233 p. : il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Orientador: Valle, Elizabeth Ranier Martins do.

1. Câncer. 2. Psico-Oncologia. 3. Religiosidade.
4. Espiritualidade. 5. Profissionais de saúde

Nome: Joelma Ana Espíndula

Título: O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental.

Data da Defesa ___/___/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Julgamento:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento:_____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

"Assim Deus está diante de nós
Como uma potência incomparável,
Como Deus forte e potente,
E a ele estão devidos temores
E obediência incondicionada.
Nos confrontos desta primeira compreensão
Vos é um comportamento livre.
Se prendo a mão que me toca,
Encontro o sustento e a segurança absolutas
O Deus onipotente está diante de nós
Como Deus infinitamente bom,
Como 'nossa esperança e nossa coragem'
O amor por Deus ti inunda
E nos sentimos transportados por ele.
Agarro e tenho a mão de Deus:
Isto é o ato que coopera
Constitui o ato da fé" (Stein).

Agradeço a Deus e aos ensinamentos da filósofa e Santa Edith Stein que me acompanhou e guiou os meus passos para realizar esta tese de Doutorado com amor, sabedoria e inteligência. Ao concluí-la, sinto que este estudo me possibilitou escutar mais em silêncio e contribuiu para tornar-me mais mim mesma.

Dedico esta tese aos meus pais, Joel e Maria José, pelo apoio e incentivo em seguir sempre os meus sonhos e ideais ao longo de minha vida de dedicação aos estudos e compreensão diante da minha ausência. Com minha mãe, aprendi bens preciosos: o empenho com a vida, a responsabilidade, a gentileza, a humildade e a amorosidade. Com meu pai, tive um belo encontro em Roma, senti seu cuidado e amizade verdadeira. Amo vocês.

Aos meus irmãos Viviane e Joel Júnior, este me ensinou a crescer, em um período que morou comigo em Ribeirão Preto, a ver a simplicidade nas pequenas coisas, pela companhia boa no início da tese. Assistimos e nos emocionamos juntos, nos jogos da Copa do Mundo.

A minha irmã Patrícia, meu cunhado Cláusio e sobrinhos Rafael e Belinha, obrigada pelo carinho e atenção recebida de vocês neste período especial de minha vida.

A minha querida afilhada Sophia que nasceu durante esta fase da minha vida. O meu carinho e cuidado.

Ao meu querido namorado Espedito Neto, pelo amor e carinho que me sustenta nesse caminho. Sou grata a Deus por ter colocado você, um bem precioso que me acompanha em todos os momentos, na minha vida. O nosso relacionamento tem me enriquecido, ao me tornar mais eu mesma. A sua presença que se dedicou várias noites suas para cuidar de minhas coisas: na organização e na formatação da tese, dedico o meu afeto e amor.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha querida Mestra, Elizabeth Ranier Martins do Valle, pela sua ternura, paciência, olhar cuidadoso, abraços e palavras de apoio e incentivo. Sou grata por ter acreditado em mim e possibilitado esta tese acontecer de modo especial. Ao seu lado aprendi muito mais, e o que mais me marcou nesses 10 anos que nos conhecemos foi descobrir a cada dia sua sensatez, sabedoria e humildade ao me dizer as palavras. Receba minha admiração. Sua amizade é um presente precioso que guardarei dentro de mim e levarei sempre comigo.

À querida Professora Dra. Ângela Ales Bello, co-orientadora da tese que carinhosamente me recebeu, na Pontifícia Universidade Lateranense, em Roma, e com quem ainda tenho muito a aprender. Agradeço pelo cuidado, pela confiança, e pela disponibilidade nas orientações e estímulos constantes. Ao demonstrar tudo isso, proporcionou meu crescimento profissional e pessoal.

À Professora Ir. Jacinta Turolo Garcia, amizade conquistada durante o Doutorado. Meu agradecimento pelo seu apoio e incentivo, pela orientação e sugestões na minha tese. Sua alegria e coragem são inspirações para a vida.

À Carmen Lúcia Cardoso, pelo cuidado e incentivo, pelas contribuições sugeridas no Exame de Qualificação. Obrigada pelo carinho, atenção e por fazer parte da minha formação profissional e pessoal.

À Adriana Káttia Côrrea, pela atenção e cuidado, pelas dicas no Exame de Qualificação. Obrigada por fazer parte da minha trajetória acadêmica.

Aos Professores Drs.: Yolanda Forghieri, Carmen Neme, Renata Labate, Manoel Santos pela atenção e pela contribuição que deram ao ler a minha tese. Todo o meu carinho.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, por atender as minhas necessidades para que eu trilhasse o caminho do doutorado.

Às colegas do Grupo de Fenomenologia em Stein - na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, Ribeirão Preto, coordenado pela Profa. Dra. Carmen Cardoso agradeço o aprendizado e a troca de experiências.

Ao Grupo Internacional de Fenomenologia, realizado em Roma, coordenado pela Profa. Dra. Ângela Ales Bello pelos conhecimentos intelectuais e culturais adquiridos.

Aos colegas do Grupo de Estágio Supervisionado em Winnicott - no Hospital Policlínico Umberto I junto à Universidade Sapienza, em Roma, por todo aprendizado, por compartilhar sentimentos e ter me proporcionado crescimento, coordenado pelo Prof. Guido Crocetti.

À CAPES, pelo apoio e incentivo por meio da Bolsa de Estudos para ir ao exterior.

À FAPESP, pelo apoio e contribuição da Bolsa de Estudos, durante todo o percurso do doutorado.

AGRADECIMENTOS

De um ou outro modo, no percurso do meu caminho, encontrei várias pessoas que permanecem e me estimularam para acontecer este Doutorado. Nele, encontrei outras pessoas que me apoiaram e me ajudaram a chegar até aqui. Agradecer individualmente se transformaria em uma tese só de agradecimentos.

Aos meus queridos afilhados, Estela, Paulo Sérgio Sargento e a filha Cecília por acreditarem em mim e me ajudarem a compreender o sentido de cada coisa. A Estela cuidou de mim com todo amor e carinho muitas vezes na ausência de minha família. A nossa amizade é um bem valioso que foi conquistado ao longo desses anos em Ribeirão Preto. Que bom ter podido contar sempre com vocês.

A tia Aurora por cuidar de mim e por fazer o resumo na versão em espanhol, o meu carinho e gratidão.

Aos meus amigos Mara e Eduardo Simabuku, Marli e Luís Campos, Raquel e Tatá, Paulinha Foss, Alicia, Dra. Letícia Sales, Daniella, Vera Almeida, Assedina Esteves, Keyla, Dr. Jíson, Pe. Márcio Fernandes, Cláudio Suzuki, Da. Regina, Érico, Dr. Sérgio Ishara, Ângela Pontes, pelo apoio, preocupação e cuidado em vários momentos, compartilhando alegrias e dificuldades. Estar junto de vocês traz mais sabor à vida e alegria em viver.

Aos amigos de Roma, Sarah, Agatah, Laura, Valentina, Daniel, Carras, Dom Giuseppe, Eliana, Renata, Emiliana, Giulio (*in memoriam*), Ana, Sandra pelo acolhimento e por acompanharem com amizade e carinho o meu caminho.

Aos meus amigos da Escola de Comunidade do Movimento Comunhão e Libertação de Governador Valadares, Ribeirão Preto e de Roma. Agradeço a todos vocês que passaram pela minha vida e compartilharam comigo as

sábias palavras de Dom Giussani que me iluminaram a permanecer em Cristo.

Aos funcionários da Beneficência Portuguesa, do Setor de Oncologia, agradeço pela participação e por facilitar a realização desta pesquisa.

Aos pacientes colaboradores desta pesquisa que, ao contarem suas histórias, foram exemplo de coragem ao lidar com as suas dificuldades, enriqueceram não só este trabalho, mas meu aprimoramento pessoal e espiritual.

A todos aqueles cujos nomes não constam aqui, mas que estiveram junto e ofereceram apoio, para tradução, dicas, apontamentos importantes, por compartilhar lágrimas e gargalhadas, alegrias e tristezas, perdas e conquistas, pela troca de carinhos, por compartilhar ou, simplesmente, por estar lá, naquela hora.

Obrigada, Senhor, por mais esta possibilidade vivida, por tantas oportunidades que me foram dadas e por todos esses pedaços que fazem parte da minha história. “Se não fosse teu, ó meu Cristo, eu seria um nada”.

Amém!

RESUMO

ESPINDULA, J. A. **O SIGNIFICADO DA RELIGIOSIDADE PARA PACIENTES COM CÂNCER E PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 2009. 233f.** Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Os objetivos do estudo são compreender como pacientes com câncer vivenciam o fenômeno da religiosidade e da fé, e como profissionais de saúde significam a religiosidade e a fé dos pacientes em tratamento de câncer e como vivenciam esse fenômeno. O tema religiosidade é considerado atual e importante para a época onde ainda falta uma atenção a esse aspecto aos pacientes com doenças graves. Trata-se de uma pesquisa qualitativa-descritiva, sob o referencial de análise fenomenológica em Stein (1999b) e Ales Bello (2006a), um modo de compreender e analisar o ser humano na sua totalidade - física, psíquica e espiritual, que possibilita um aprofundamento e uma correlação entre sua interioridade e exterioridade que se mostram nos desdobramentos das análises desenvolvidas. É no sentido das falas dos colaboradores onde se apóia a análise fenomenológica, enquanto descrição que quer conhecer intuitiva e imediatamente o que há "por trás" dessas falas. No presente estudo revelou que os pacientes com câncer mostram pertencer a uma diversidade de religiões: a maioria é de Evangélicos e Espíritas, a minoria são de Católicos. Os pacientes significam a religião como um meio de suporte e sustento fundamental nos momentos de dor e sofrimento causados pelo câncer e por seu tratamento. Eles percebem a comunidade religiosa como um apoio espiritual, com a qual eles podem compartilhar os seus sentimentos, os seus conflitos, as suas dores e serem acolhidos, como são, na sua finitude. Alguns mostram que puderam viver na vida transformações de valores que ainda não tinham sido vividos e nem experimentados, e passam a agir através destes. Nesse estudo, apresento também a experiência tal como vivida pelos profissionais de saúde a partir de seus relatos a maioria deles não freqüenta nenhuma igreja. Dois dizem Católicos praticantes e um Católico não praticante. A maioria dos profissionais diz Espiritualista, um médico se diz Budista e uma Espírita. Esses acreditam que a religião é inerente a todo ser humano. Eles confiam nos valores humanos e experienciam uma “religião pessoal”. Eles expressam nas religiões os valores positivos que recebem os seus fiéis e estes procuram aprender vivê-los. A religião pode se viver individualmente (sozinho), ou seja, ser autônomo nos seus atos, sem influência do pastor, do padre que seja para orientar a seguir a estrada da vida. Os que são convictos de suas religiões (menos da metade) dos profissionais acreditam na proteção divina. Têm na Palavra de Deus e em Nossa Senhora o sustento para suas ações, tem uma disposição e motivação diferente para tratar com os doentes. A religião é vivenciada por elas de um modo humano e verdadeiro. Elas mostram vivê-lo com amor, ao se aproximar e se “jogar” por inteiro na relação com os pacientes e com os outros profissionais da equipe. No geral, os profissionais significam a importância da religiosidade para o paciente e sua família, mas estas devem vir como sustento e proteção para enfrentar a situação; eles esperam que esses enfermos vivam a sua fé com prudência e sempre aderindo à realidade.

Palavras-chave: 1. Câncer. 2. Psico-oncologia 3. Religiosidade 4. Espiritualidade 5. Profissionais de saúde

ABSTRACT

ESPINDULA, J. A. **THE MEANING OF RELIGIOSITY FOR CANCER PATIENTS AND HEALTH PROFESSIONALS. 2009. 233p.** Doctoral dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009.

This study aims to understand how cancer patients experience the phenomenon of religiosity and faith, as well as how health professionals signify the religiosity and faith of patients receiving cancer treatment and how they themselves experience this phenomenon. Religiosity is considered a current and important theme for a time in which attention to this aspect is still lacking for patients with severe diseases. This is a qualitative-descriptive research, using the reference framework of phenomenological analysis according to Stein (1999b) and Ales Bello (2006a), a way of understanding and analyzing human beings in their physical, mental and spiritual wholeness, permitting a more in-depth correlation between their interiority and exteriority that appear in the unfolding of the analyses. Phenomenological analysis is based on the collaborators' discourse, as a description that intuitively and immediately wants to get to know what lies "behind" these statements. In the present study, cancer patients belonged to a range of religions: most of them were evangelics and spiritists, and a minority catholics. Patients signify religion as a means of support and fundamental sustenance in moments of pain and suffering caused by cancer and its treatment. They perceive the religious community as spiritual support, through which they can share their feelings, conflicts, pains and be welcomed as they are, in their finiteness. Some show that, in life, they could experience transformations in values they had neither lived nor experienced, and start to act through these. In this study, we also present the experience as health professionals live it, based on their reports, as most of them do not attend any church. Two say they are practicing catholics and one non-practicing. Most professionals say they are spiritualists, one physician mentions he is a buddhist and one spiritist. They believe that religion is inherent in all human beings. They trust in human values and experience a "personal religion". In religions, they express the positive values their believers receive and the latter attempt to learn how to live accordingly. Religion can be lived individually (alone), that is, being autonomous in one's acts, without influence from the minister or priest to guide them in order to follow the route of life. Professionals convicted of their religion (less than half) believe in divine protection. The word of God and the Holy Virgin sustains their actions, giving them a different willingness and motivation to treat the ill. They experience religion in a humane and truthful way. They demonstrate that they experience this with love, by getting closer and "casting" themselves entirely into the relationship with patients and with other team professionals. In general, professionals signify the importance of religiosity for patients and their families, but it should serve as support and protection to face the situation; they expect patients to live their faith prudently, always adhering to reality.

Key words: 1. Cancer. 2. Psycho-oncology 3. Religiosity 4. Spirituality 5. Health professionals

RESUMEN

ESPINDULA, J.A. **EL SIGNIFICADO DE LA RELIGIOSIDAD PARA PACIENTES CON CÁNCER Y PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**. 2009. 233f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermeria de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto. 2009.

Los objetivos de este estudio son: entender las experiencias vividas de los fenomenos de la religiosidad y de la fe con los pacientes con cáncer; lo que significa para los profesionales de la salud esa religiosidad y fe en los pacientes en tratamiento, y como ellos viven ese fenomeno. El asunto religiosidad es considerado muy importante y actual para los pacientes con enfermedades graves, pues en esta época que vivimos estamos con falta de atención en este aspecto para los pacientes. Es un estúdio qualitativa-descritiva, con referencia en análisis fenomenológica en Stein (1999b) y Ales Bello (2006a), es uma forma de entender y analizar el ser humano en su totalidad, física, síquica y espiritual, posibilitando hacer un estúdio mas profundo con relación a su interioridad y exterioridad que encontramos en la secuencia de las análisis desarrolladas. El aspecto crucial de estas análisis fenomenológicas es los "dichos" de los colaboradores, intentando conocer eses "dichos". Esta análisis nos muestra que los pacientes con cáncer pertenecen a diferentes religiones: la mayoria es de evangélicos y espíritas, y la minoria católicos. En los pacientes la religión significa un apoyo y un sustento, en los momentos del sufrimiento causado por el cáncer y su tratamiento. Perceben que son amparados en la comunidad religiosa encontrando un apoyo espiritual, compartillando sus sentimientos, sus conflictos y penas, y son aceitos en su plenitud. Algunos nos muestran que tuvieron transformaciones, y los valores fueron mudados, y comenzaron a vivir esas experiencias nunca vividas.También en esta análisis apresentamos as experiências vividas por los profesionales de la salud, por médio de sus relatos, pues la mayoria no hace parte de ninguna iglesia. Dos dicen que son católicos practicantes y un dice que es católico no practicante. La mayoria de los profesionales dicen que son espiritualistas, un médico dice que es budista, y una espirita. Estes creen que la religión es enherente para todo ser humano. Ellos confian en los valores humanos y practican una "religión particular". Ellos encuentran en las religiones valores positivos, que sus fieles procuran aprender y practicar. La religión puede se practicar individualmente, o sea, ser autônomo en sus actitudes, sin tener ninguna influencia de los pastores, sacerdotes, para seguir el camino de la vida. Los que estan convencidos de su religión (menos de la mitad de los profesionales) creen en la proteción divina. Se amparan en la Palabra de Dios y de Nuestra Señora para confirmar sus actitudes, tienen un animo y una motivación diferente para tratar los enfermos. En la religión tienen experiencias de modo humanos y verdaderos. Ellos muestran vivir con amor su trabajo, y al se aproximar de los enfermos se dedican por completo en la relación paciente y con los profesionales del equipo. En general, los profesionales dan mucha importancia a la religiosidad para el enfermo y su família, mas tienen que estar preparado con un apoyo y proteción para enfrentar la situación; esperando que estes enfermos vivan su fé con prudência y mirando la realidad.

Palabras clave: 1. Cáncer 2 .Psico-oncología 3. Religiosidad 4. Espiritualidad 5. Profesionales de la salud.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 Objetivos do Estudo 21

2 CÂNCER E PSICOLOGIA 22
2.1 Algumas Informações sobre o Câncer 22
2.2 As Mudanças Psicossociais e Espirituais na Vida do Paciente com Câncer ... 29
2.3 Os Profissionais de Saúde diante da Experiência Religiosa e da Fé dos Pacientes com Câncer 35

3 PSICOLOGIA, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE 41
3.1 Revisão do Conceito Religião, Religiosidade e Espiritualidade 41
3.2 Algumas Informações sobre Psicologia, Espiritualidade e Religiosidade 44

4 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS 55
4.1 Fenomenologia e Ciências Humanas: a Questão Epistemológica 55
4.1.1 O Momento Inicial da Fenomenologia: Edmund Husserl 55
4.1.2 O Método Fenomenológico 56
4.1.3 Fenomenologia e Psicologia 60
4.2 A Contribuição de Edith Stein para o Conhecimento da Pessoa Humana 63
4.2.1 Itinerário Intelectual de Edith Stein 63
4.2.2 O Método Fenomenológico e Edith Stein: a Questão da Empatia 65
4.2.3 Ser Pessoa Humana e sua Constituição Estrutural 69
A. Corporeidade 71
B. Psique 74
C. Espírito 76
D. Unidade da pessoa humana 77
4.2.4 Ser Homem e Ser Mulher: Dualidade do Ser Humano 78
4.2.5 A Formação da Pessoa: o Processo de Tornar-se si Mesmo 83

5 AS ESPECIFICIDADES DA BUSCA RELIGIOSA PELA PESSOA 88
5.1 Abordagem do Fenômeno Religioso - Gerardus Van der Leeuw 88
5.2 A Vivência Religiosa 93
5.2.1 O Senso Religioso e o Conhecimento Natural de Deus 95
5.2.2 A Fé 97
5.2.3 A Experiência Mística 100

6 TRAJETÓRIA FENOMENOLÓGICA 102
6.1 Participantes 102
6.2 Aspectos Éticos 103
6.3 Procedimentos 104

7 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DAS VIVÊNCIAS DOS PACIENTES COM CÂNCER E PROFISSIONAIS DE SAÚDE À LUZ DE STEIN 106
7.1 Vivências dos Pacientes com Câncer 107
7.2 Análise Compreensiva das Vivências dos Pacientes com Câncer 126
7.3 As Vivências dos Profissionais de Saúde 129
7.4 Análise compreensiva das vivências dos profissionais de saúde 157

8 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS DISCURSOS DOS PACIENTES COM CÂNCER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À LUZ DO PENSAMENTO DE STEIN 164
8.1 Reflexões sobre o Discurso dos Pacientes com Câncer à Luz de Stein 165
8.2 Reflexões sobre o Discurso dos Profissionais de Saúde à Luz de Stein 180

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 194

REFERÊNCIAS 207

APÊNDICE 221
APÊNDICE A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 221

ANEXOS 222
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 222
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 223
ANEXO C - Quadro dos pacientes com câncer que participaram do estudo 224
ANEXO D - Quadro dos profissionais de saúde que participaram do estudo 225
ANEXO E - Entrevista 7 226
ANEXO F - Entrevista 4 230

1 INTRODUÇÃO[1]

O meu interesse pela Psico-Oncologia surgiu ainda no curso de graduação em Psicologia, em 1995, quando participei do Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia em Salvador e, a partir daí, acompanhei a Professora Dra. Elizabeth R. M. Valle em alguns congressos. Logo que me formei, em 1996, fui para Ribeirão Preto e busquei um curso de Aprimoramento em Psicopedagogia para psicólogos. Em 1999, prestei o Mestrado sob orientação da Profa. Elizabeth R. M. Valle e o concluí em 2001. O tema de minha dissertação foi "Vivências de mães em situação de recidiva de câncer em seus filhos". Desde essa época, portanto, havia meu interesse pela temática do câncer e da família com o filho doente. Nesse estudo analisei depoimentos de mães que expressaram suas vivências ao cuidar do filho enfermo, cujo câncer recidivou, em uma abordagem fenomenológica. Foi publicado nesse mesmo ano um capítulo do livro "Psico-Oncologia Pediátrica" (ESPÍNDULA; VALLE, 2001), cujo título é o mesmo da dissertação, sendo organizado pela Profa. Elizabeth R. M. Valle.

Esse estudo fez-me refletir e repensar novas estratégias de intervenção com os pacientes com câncer e com seus respectivos familiares. Além da pós-graduação, que me permitiu adentrar no mundo da pesquisa, também experienciei, na Oncologia Pediátrica e no setor da Radioterapia, do atendimento de pacientes infantis e adultos com câncer, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP - USP), onde permaneci contratada, por concurso público, durante um ano e meio. Inicialmente, no Departamento de Radioterapia, o paciente era submetido por mim a uma avaliação psicológica, antes de iniciar o tratamento radioterápico. Eu investigava o seu nível de informação e assimilação do tratamento, além das reações emocionais e recursos pessoais do momento, tais como suas expectativas frente à situação, a responsabilidade, seu humor e se tinham necessidades de ter acompanhamento psicológico.

Presenciava, também, o impacto sofrido pelos pacientes e familiares diante da necessidade imediata de iniciar o tratamento radioterápico. Os pacientes passavam rapidamente por diversas clínicas, onde mostravam a dificuldade de assimilar tantas informações recebidas e ainda ter de estabelecer novas relações

[1] "Esta tese foi revisada seguindo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009."

com a equipe. Pude perceber que a maioria dos enfermos apresentava desejo de ser escutada em sua necessidade espiritual, de ser amada e respeitada na sua dignidade de pessoa. Era clara e evidente, aos meus olhos, a dificuldade que a equipe e os familiares tinham para dar atenção e apoio a eles. Por outro lado, observava que um simples gesto meu - um olhar - era significativo para eles.

Ainda na minha experiência, como psicóloga no Hospital das Clínicas, chamava-me atenção aqueles pacientes ou familiares em que a doença serviu para proporcionar o encontro consigo mesmos, propiciando uma mudança de valores, princípios e crescimento pessoal e espiritual. Um exemplo pode ser citado: um paciente que despertou para a vida quando estava com câncer, pois antes não dava atenção à família, bebia muito, e depois, já com a doença, passou a valorizar a família, a "saborear" o gosto de viver a cada momento. Passou a refletir e a dar atenção ao que era mais significativo para ele: estar em paz consigo e com a família que descobriu que amava e desejava viver bem com ela. O paciente me disse, na avaliação psicológica, algumas coisas das quais não me esqueço: "a vida não é nossa, é dada por Deus", segundo as suas palavras. Percebia que a doença foi dada a ele para dar à sua vida um sentido e não tirá-la. Ele apresentou esse período como os anos mais bem vividos de sua vida.

Durante o ano de 2003 participei, voluntariamente, com outra psicóloga, de um grupo de apoio psicológico a mulheres com câncer, coordenado por nós. Esse grupo se concretizou por meio das reuniões semanais, no Grupo de Apoio e Prevenção Oncológica (GAPON) de Governador Valadares - MG, destinado a beneficiar as pacientes com ajuda material (cesta básica, remédios e o que era necessário e possível obter pelas voluntárias). Os recursos eram adquiridos por intermédio da organização de bazares, bingos, jantares beneficentes e contribuições mensais de voluntários. As falas dessas mulheres com câncer no grupo de apoio psicológico demonstravam, com grande frequência, fé em um Ser superior, em Deus, esperança de cura, otimismo, apoio da família, de amigos e importância do grupo de apoio. Mas também surgiam dúvidas e medo da recidiva. Havia algumas em remissão do câncer, outras em recidiva da doença e tive a oportunidade de escutar, acolher e mostrar compreensão pelo sofrimento que as afligia. Eu sentia que a minha presença, a escuta e uma palavra ou um gesto significavam muito para elas, favoreciam um encontro consigo mesmas, e elas expressavam no fim do encontro que se sentiam mais confortadas. Algo que me chamava atenção no grupo era a solidariedade de uma para com a outra.

Na minha vivência com pessoas com câncer e seus familiares, como profissional e pesquisadora, pude observar como eles buscam o apoio na família e nos amigos, e, principalmente, na sua espiritualidade, na sua religião, nesse momento de dor e sofrimento. Tanto o paciente enfermo como os familiares procuram responder às questões existenciais que se colocam para o ser humano nessa situação (ESPÍNDULA; VALLE, 2001).

Pude observar em alguns relatos de pesquisa essa busca espiritual, o desejo de paz interior, de estar em contato com algo superior, com Deus. Alguns pacientes e familiares pelos seus depoimentos se apresentavam com uma experiência religiosa, com uma aceitação interior da sua realidade (ESPÍNDULA; VALLE, 2001; ESPÍNDULA; VILELA; DIAS, 2006).

Trabalhei, também, como professora na Universidade Vale do Rio Doce em Governador Valadares, durante três anos, no período de 2002 a 2004. Nessa função, atuei como pesquisadora na Psico-Oncologia e pude orientar monografias e pesquisas de iniciação científica nessa área.

A oncologia é uma área complexa e multidisciplinar. Com isso, exige o trabalho de diferentes profissionais, atuando juntos com o mesmo paciente e a família, quando preciso. A assistência abrange as dimensões biológica, psicológica e social desse paciente. Destaco a necessidade espiritual, para a qual os profissionais precisam estar atentos e escutarem também as manifestações deles sob este aspecto. Quando o paciente é escutado pelo profissional, ele sabe e sente que não está sozinho, que tem alguém acompanhando o seu caminho. Desse modo, ele parece enfrentar melhor sua situação de doença e tratamento, o que pode favorecer sua aprendizagem e crescimento espiritual da pessoa, como apontam alguns estudos (KOVÁCS, 1991, 2003; CARVALHO, 2003; TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2003a).

Minha postura adotada com pacientes e profissionais de saúde foi sempre voltada à totalidade do ser humano, sem focar apenas a doença. Sempre busquei favorecer um encontro verdadeiro e empático, em que me mostrava disponível para escutar e acolher aqueles que necessitavam. A partir daí o outro se sente acolhido e livre para expressar as suas reais necessidades.

Portanto, diante disso, surgiu meu interesse pelo tema religiosidade e espiritualidade em psicologia que partiu da minha história ao adentrar a experiência religiosa do ser humano, principalmente diante do sofrimento e da possibilidade de se deparar com a finitude da vida, a morte, o não ser mais dos entes queridos. Sou psicóloga e, como profissional de saúde, vejo que, na realidade,

ainda falta uma prática mais humanizada, no contexto hospitalar, com pacientes com câncer. Vejo que, para isso, deve haver uma abertura, por parte dos profissionais e destaco o serviço de Psico-oncologia (atendimento de alta complexidade) que é voltado para escutar e compreender seu paciente. Para isso, o psicólogo deve olhar o outro como se sente, e se colocar no lugar desse outro de modo empático, a avaliar o enfermo se realmente está vivendo o mais plenamente possível a vida. Enfim, todas estas questões são importantes quando se trabalha com pacientes em condição de sofrimento e possibilidade de morte.

Em todo esse percurso, pude tomar contato com manifestações de espiritualidade, religiosidade, fé e esperança nas pessoas envolvidas no adoecimento de câncer. Esse meu exercício profissional, quer pesquisando quer trabalhando diretamente com esses pacientes, completa 10 anos e justifica meu interesse pelo estudo da psicologia da religião, pois o diferencial de meu estudo é abranger a religião no trabalho com pacientes com câncer, assim como em outras áreas de adoecimento.

Vem crescendo o número de fiéis que deixam suas práticas religiosas e não se preocupam com algo transcendente à vida. Até algumas décadas atrás, a religião ocupava lugar de destaque. Atualmente, na sociedade ocidental, a referência da religião não é mais o lugar central para organização da realidade cotidiana das pessoas. Entretanto, mesmo assim, observa-se como a religião tem sido procurada pelo homem moderno com as mais diversas finalidades e propósitos, visando muitas vezes à busca da resolução dos problemas imediatos de forma superficial (GIOVANETTI, 2004). Desse modo, vem crescendo os estudiosos do tema religiosidade e espiritualidade voltadas para as situações de doença e morte.

Um ponto importante a ser mencionado aqui é que a religiosidade e a espiritualidade, no início do século XXI, são focos de atenção na literatura científica na área da saúde (CAPRA, 1982; ELIAS, 2005; FRANKL, 1993; HENSE, 1987; TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2003a; VALLE, 2004; VASCONCELOS, 2008; YUNTA, 2000). Nesses estudos, apresentam que está nascendo o sentimento de profunda necessidade de o ser humano voltar-se para si como um ser humano que possa transcender suas agruras em um mundo em que convive com incertezas, dificuldades de várias ordens. Outro ponto a ser considerado é que muitos profissionais de saúde sentem apenas piedade frente ao sofrimento dos pacientes. Um ponto a pensar é a necessidade da convergência da ecologia, da ciência e da fé para a mesma intenção: de conhecer a pessoa na sua realidade total, reconhecendo

que apenas a tecnologia moderna não responde ao problema do sofrimento e do sentido da vida.

Aos poucos, desvelou-se para mim esta área ampla e, ao mesmo tempo, de complicada delimitação. Como a minha formação em psicologia, psicopedagogia e psico-oncologia poderia ser continuada no campo da psicologia da religião? O que se poderia pesquisar nessa área? Qual seria a diferença que faz para os estudos nessa área e a posição religiosa do pesquisador? Foram várias perguntas que despertaram em mim a partir de então, e destaco principalmente as questões norteadoras que busco responder no meu estudo: como são vividas pelas pessoas com câncer a fé e a religiosidade? E ainda, como os profissionais de saúde significam a religiosidade de seus pacientes e como é vivida por esses profissionais a vida religiosa?

Devido ao meu interesse pela Psico-oncologia, para aprofundar-me no tema de religiosidade, espiritualidade e câncer, busquei na psicologia uma pesquisa qualitativa com orientação fenomenológica fundamentada no mundo assim como vivido pelo sujeito, uma vez que já havia tomado contato com essa metodologia de pesquisa em minha dissertação de mestrado. Assim, ao buscar um aprofundamento nessa direção, assisti, em 2006, à palestra da Professora Dra. Angela Ales Bello, intitulada: "Fenomenologia: Empatia e cura" na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto. No mesmo ano participei do Seminário Internacional em Pesquisa Fenomenológica em São Bernardo dos Campos, ao qual estava presente a Profa. Angela Ales Bello que proferiu uma conferência sobre "Fenomenologia e Ciências Humanas: problemas éticos implícitos". A professora realizou, também, em outubro do mesmo ano, um curso com duração de uma semana em Belo Horizonte, na Universidade Federal de Minas Gerais, cujo tema foi "Método Fenomenológico na Concepção de Edith Stein".

Foi a partir daí que nasceu a decisão de realizar o doutorado nesse referencial de análise de Stein que busca interpretar, em profundidade, a vivência dos educadores. Aproprio-me de suas ideias para interrogar e buscar compreender: como os pacientes com câncer vivenciam o fenômeno da religiosidade e da fé. E ainda, como os profissionais de saúde significam a religiosidade e a fé dos pacientes e como percebem estes aspectos na vida deles. Será que quando os profissionais de saúde vivenciam uma experiência religiosa na sua vida, isso poderia repercutir no processo de recuperação do paciente em tratamento de câncer, ou esta característica específica desses cuidadores não possibilitaria algo a mais no atendimento terapêutico?

A partir dos meus questionamentos, busquei, dentro do Programa de doutorado, uma bolsa com Estágio no Exterior - Programa de Doutorado com Estágio no Exterior (PDEE)/ CAPES, para frequentar a Pontifícia Universidade Lateranense de Roma - Itália, sob coorientação da Profa. Ales Bello. Além disso, seguir suas disciplinas: "Introdução à Fenomenologia", "Fenomenologia da experiência religiosa" e "Stein e H. Conrad-Martius: natureza e espírito", bem como participar do grupo de estudo no Centro Internacional de Fenomenologia em Roma, presidido pela mesma Profa., para obter subsídios para aprofundamento teórico nessa área. Após a aprovação, em Roma, fiz estas disciplinas, orientações com a Profa. e segui o grupo de estudo no Centro Internacional de Fenomenologia, no período de 01-10-07 a 01-09-08, buscando a visão de ser humano para Stein que vem sendo escrita por Ales Bello (1998, 2000, 2004a, 2006a, 2007, 2009).

Ao analisar a carência na produção brasileira sobre o método fenomenológico, em Stein, e dada a sua relevância para o meu estudo, pude recolher diversas referências bibliográficas na Itália: através de indicações da Profa. Ales Bello feitas em sala de aula, de consultas de livros e revistas na biblioteca da Universidade Lateranense de Roma, além de outros materiais que foram adquiridos por meio da participação no Grupo de Pesquisa Internacional de Fenomenologia em Roma.

A Profa. Ales Bello vem se dedicando ao estudo do método fenomenológico na concepção de Stein e da experiência religiosa. Ela vem fazendo a tradução para o italiano de todas as obras da língua alemã dessa filósofa. Já existem muitos destes livros publicados sobre este tema em outros idiomas na Europa. No Brasil, em português, se encontra apenas uma obra de Edith Stein - "A mulher" - traduzida pela própria Profa. junto com a Profa. Dra. Ir. Jacinta Turolo Garcia. Entretanto, já se encontra em processo a tradução de outras obras suas, no Brasil, em parceria com Portugal. Além disso, a Profa. já tem publicado alguns livros de sua autoria, em português, sobre o método fenomenológico em Stein e Husserl.

Não tenho a pretensão de esgotar a literatura acadêmica no Brasil e no exterior, no referencial de Stein, sobre a concepção da pessoa (1999a, 1999b, 1999c, 2000a, 2000b). Pretendo buscar alguns aspectos dessa análise que faça sentido para a minha pesquisa nesse momento, sendo fundamental, nessa análise de Stein, conhecer que o centro da alma humana tem uma dimensão tridimensional: física, psíquica e espiritual.

Penso que este estudo pode ser inovador no Brasil e no mundo, porque até o momento ainda não se encontra publicada nenhuma pesquisa na área de Psico-

oncologia sob o referencial de análise em Stein. Fez muito sentido para o meu estudo uma fenomenologia antropológica, considerada um recurso para refletir acerca de compreender a essência do ser humano em adoecimento.

Pretendo propiciar, com este estudo, uma reflexão para os pesquisadores e profissionais na área da Oncologia e possibilitar-lhes um novo olhar para as questões da vida, e enxergar para além de si mesmos - transcender -, abrangendo os aspectos da espiritualidade, da religiosidade, da fé e da esperança vividas pelos pacientes com câncer e em tratamento e de seus familiares.

Com este estudo espero que possa alargar o horizonte de compreensão dos leitores acerca dos pacientes com câncer, de seus familiares, das equipes de oncologia e daqueles pesquisadores na área específica da Psico-oncologia, ao apresentar uma contribuição no modo de fazer ciência, com seu rigor, possibilitando um fazer mais humanizado e aprofundado.

1.1 Objetivos do Estudo

O estudo tem por objetivos, sob o referencial de análise fenomenológica em Stein (1999b; 2000b), um modo de compreender e analisar o ser humano na sua totalidade - física, psíquica e espiritual:

- Compreender como pacientes com câncer vivenciam o fenômeno da religiosidade e da fé.
- Compreender como profissionais de saúde significam a religiosidade e a fé dos pacientes em tratamento de câncer.
- Compreender como os profissionais de saúde vivenciam o fenômeno da religiosidade.

2 CÂNCER E PSICOLOGIA

2.1 Algumas Informações sobre o Câncer

Câncer é um termo comum utilizado para denominar todos os tipos de tumores ou neoplasias malignos. É uma doença causada pela mutação e reprodução desordenada de uma célula, sendo que essas células crescem por infiltração progressiva e destroem os tecidos vizinhos, produzindo um crescimento secundário em local distante chamado metástase. Se não for tratado logo no princípio, pode levar à morte. Várias mutações têm de ocorrer na mesma célula para que ela adquira este fenótipo de malignidade (ANDREOLI et al., 1994; CENTRO DE QUIMIOTERAPIA, 2003; YAMAGUCHI, 1994).

O aumento dos sobreviventes de câncer iniciou na década de 1960, e este número vem crescendo nas décadas subsequentes. A pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008) indica que, conforme as estimativas para 2009, ocorrerão 466.730 casos novos para o sexo masculino, contra 234.870 para o sexo feminino. Porém, ainda ocorre uma crescente mortalidade no Brasil, chegando a ocupar a segunda ou terceira posição brasileira, dependendo da região estudada. A pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2003) indica que serão mais homens a morrer de câncer do que mulheres, numa repetição do que vem ocorrendo nos últimos anos. Serão aproximadamente 68.350 pessoas do sexo masculino, contra 58.610 do sexo feminino, uma diferença de 14% entre os dois sexos.

A pesquisa de Cervi, Hermsdorff e Ribeiro (2003), analisando a tendência da mortalidade por doenças neoplásicas no período de 1980 a 2000, em ambos os sexos, e na maioria das capitais brasileiras, aponta que, com o passar dos anos, o câncer poderá ultrapassar a mortalidade por doenças cardiovasculares. Cabe ressaltar que os países desenvolvidos já apresentaram coeficientes de mortalidade por câncer maior do que os países em desenvolvimento. Porém, vem sendo encontrada, nos países da União Europeia, uma redução de 7,2% em todos os tipos de câncer entre 1988 e 1996. Os principais motivos deste fato é o aumento no screening precoce e na qualidade dos exames para diagnósticos destes, assim, como a melhoria do tratamento.

A prevenção do câncer vem sendo associada à identificação e ao controle dos fatores de risco presentes no estilo de vida das pessoas, tais como dieta alimentar incorreta, estresse, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo (FERREIRA, 1997). Alguns estudos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de identificar tais fatores de risco. Porém, tais informações nem sempre estão disponíveis em nível nacional ou regional. Em relação à etiologia do câncer, existem diversos estudos, mas ainda não se tem um conhecimento preciso da sua origem. Outros fatores que influenciam o seu aparecimento são: o ambiente, a cultura (etnia e hábitos), a predisposição hereditária, seja genética ou familiar, além da idade e do sexo (BRASIL, 2005; CENTRO DE QUIMIOTERAPIA, 2003; YAMAGUCHI, 1994).

Os tipos de câncer que mais afetam os homens são: pulmão e estômago, tendo o prognóstico mais difícil de cura. Já para as mulheres, o câncer de mama é o de maior incidência, e também o segundo tipo mais frequente no mundo (BRASIL, 2005; OMS, 2008). Quase 13% de todos os casos novos anuais da doença ocorrem no órgão do que, segundo os orientais, representa a tristeza (MAGNO, 2005).

No mundo, o câncer de pulmão é o que acomete o maior número de pessoas e permanece como uma doença altamente letal. O fumo é considerado o maior fator de risco para o desenvolvimento deste tipo de câncer. Este hábito é capaz de aumentar o risco em 20 a 30 vezes em tabagistas de longa data e em 50% em fumantes passivos. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) avalia as taxas de incidência em um determinado país pelo seu consumo de cigarros. No Brasil, apresentam-se por ano 17 mil casos novos de tumores no pulmão entre homens e 9 mil entre mulheres (BRASIL, 2005; MAGNO, 2005).

No mundo, também é grande o número de casos novos diagnosticados de câncer de próstata. Equivale a 15,3% de todos os casos incidentes de câncer em países desenvolvidos e 4,3% dos casos em países em desenvolvimento. Este tipo é o mais prevalente em homens, e considerado o câncer da terceira idade, sendo que aproximadamente 75% dos casos no mundo acontecem a partir dos 65 anos. A mortalidade por este tipo é relativamente baixa, o que demonstra seu bom prognóstico. Nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos é de 64% (variando entre 22 e 79%); e para os países em desenvolvimento, a sobrevida média é de 41% (com variação entre 39 e 43%). A média mundial estimada é de 58%. Algumas pesquisas propõem a necessidade de ter o apoio do governo na divulgação de informações e orientações significativas às pessoas, do tipo: se alimentar com frutas, vegetais; fazer exercícios físicos regulares ofereceria

alguma proteção; fazer exames periódicos, evitando, assim, o risco de desenvolver o câncer de próstata (BRASIL, 2005).

O câncer de estômago é considerado o terceiro mais frequente tumor maligno no mundo. Em homens, a incidência é duas vezes maior do que em mulheres. A maioria desses tumores continua surgindo em países em desenvolvimento (OMS, 2008). A diminuição na incidência deste tipo de tumor tem sido observada, em vários países, e pode ser explicada por reduções nas taxas de prevalência de fatores de risco, como por exemplo, a dieta, evitar alimentos com nitratos e nitritos encontrados, principalmente em alimentos defumados, vegetais guardados em conserva e carnes mantidas à base de sal, como peixe e carne de sol. Por outro lado, frutas e verduras frescas que contêm ácido ascórbico e betacaroteno agem como protetoras contra esse câncer de estômago. Quando os alimentos não são conservados em geladeira e a sua preservação é ruim, o número de pacientes com esse tipo de câncer vem aumentando progressivamente, em algumas regiões brasileiras. Também evitar bebidas alcoólicas e fumo. Métodos de rastreamento para detecção precoce de lesões têm sido feitos pelo Japão, país com grande incidência desta doença (OMS, 2008).

Foram previstos para o Brasil, em 2008, 49.400 casos novos de câncer de mama diagnosticados, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres (OMS, 2008). Porém, a prevenção primária deste câncer ainda não é totalmente possível, pois fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia. O único método de detecção precoce que, até o momento, mostrou diminuir a mortalidade por câncer de mama foi o rastreamento populacional com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado inicialmente, evitar-se-iam as taxas de mortalidade por esta doença que continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente pelo fato de que a enfermidade ainda seja diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (MAGNO, 2005).

O outro tipo de tumor mais comum no mundo entre as mulheres é o câncer de colo do útero, sendo responsável, anualmente, por aproximadamente 471 mil casos novos, e de óbito cerca de 230 mil mulheres por ano. A incidência desta doença se inicia na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco cresce velozmente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Quase 80% dos casos novos acontecem em países em desenvolvimento onde, em algumas regiões, é o tipo mais comum entre as mulheres. Em países desenvolvidos, a sobrevida média

estimada em cinco anos varia de 59 a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos aparecem em estágios já avançados e, posteriormente, a sobrevida média é aproximadamente de 49% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49%. O principal agente causador deste câncer é o vírus do papiloma humano, transmitido sexualmente. Outros fatores são o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais. Estima-se uma redução aproximada de 80% da mortalidade por este câncer por meio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolau e verificação de lesões precursoras com alto potencial de malignidade (BRASIL, 2005; MAGNO, 2005).

Então, a grande arma no combate dos cânceres no adulto é o diagnóstico precoce, podendo ser mais prevenido nos adultos do que nas crianças, embora estas sejam mais sensíveis aos tratamentos, facilitando a cura. O estudo coloca que o conhecimento da biologia dos tumores tem facilitado a determinação de certas condutas terapêuticas (ASHTON-PROLLA et al., 2002).

O fato de informar ou não um diagnóstico de câncer aos pacientes levanta discussão em o que contar, quem contar, como contar, entre diversos estudiosos na Psico-Oncologia. Às vezes, a família decide esconder a verdade do paciente para poupá-lo da dor de se ter uma doença grave, mas o paciente percebe algo pelos atos e olhares dos familiares que expressam preocupações e emoções omitidas. Além de o paciente ter de lidar com sua doença, ele tem de enfrentar essa questão: será que estou sendo traído e enganado pela minha família? O ideal é informar ao paciente de acordo com o quanto ele esteja preparado para receber de informação a respeito da sua doença e do seu tratamento, ou seja, ele mesmo sinaliza os parâmetros do quanto deseja e suporta saber. Falar a verdade parece sempre ser a melhor atitude, exceto em situações bem singulares (CORREIA, 2000).

Sabe-se que ainda a terapêutica contra o câncer é vivida com dramaticidade. Para salvar uma vida, realizam-se muitas manobras invasivas, agressivas e desconfortáveis ao paciente. Torna-se fundamental fazer intervenções psicológicas de apoio que possam ajudar o paciente e a família a receber as informações, assimilar e enfrentar esta nova realidade, diante da necessidade imediata de iniciar o tratamento, o que mobiliza a vida do paciente e de toda a família.

Os principais métodos de tratamento são: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Tais procedimentos podem ser usados tanto de forma isolada quanto de forma combinada, sendo que a quimioterapia pode causar os efeitos tóxicos imediatos: febre, mal-estar, calafrios, anorexia, náuseas, vômitos, fraqueza, fadiga,

ou mediatos: irregularidade menstrual, redução da fertilidade no homem, esterilidade e queda de cabelo (ANDREOLI et al.,1994).

O uso desses recursos vai depender do tipo e da extensão da doença ao diagnóstico. Existe uma diferença crucial do tratamento de jovens em relação aos adultos: não se pode esquecer quando se trata de pessoas em fase de desenvolvimento. A radioterapia e mesmo o uso de várias drogas tóxicas ao organismo podem levar, em longo prazo, a consequências desastrosas para o futuro da criança, como baixa altura ou até mesmo um segundo câncer. Isto torna ainda mais desafiador a luta contra o câncer e estimula a procura de novos métodos de tratamento mais eficientes e menos agressivos (JONHSTON; SPENCE, 2001; OTTO, 2002).

Yamaguchi (1994) cita as seis fases em que pode ocorrer o tratamento oncológico: manutenção (remissão completa), intercorrências clínicas (hospitalização), alta terapêutica, recaída, prognóstico fechado e fase terminal ou cura.

Os resultados do tratamento do câncer dependem de aspectos que se relacionam ao indivíduo, ao tipo de tumor e à instituição de saúde em que ele é tratado. Quanto aos aspectos individuais, há de se considerar a condição clínica e psicológica do paciente, o tratamento proposto, e os efeitos deste tratamento na sua vida pessoal e social (HAWIGHORST-KNAPSTE et al., 2004).

Os pacientes, como os familiares, precisam aceitar e lidar com o paradoxo desejo de cura e possibilidade da morte. Isso costuma levar a um estresse emocional contínuo, principalmente se a doença recidiva ou se agrava. É preciso submeter o paciente a outros tratamentos, quando a cura não acontece. Quando o estado da doença se agrava e não há mais possibilidades terapêuticas, é possível cuidar do paciente com o tratamento paliativo, por medicamentos para aliviar a dor e psicoterapia breve, dando-lhe uma sobrevida significativa (MANUAL DE CONDUTAS..., 1996). Deve-se, também, levar em conta, nessa situação, o contexto social, cultural e econômico em que o paciente está inserido (VALLE, 1997).

Shavelzon (2006), psicanalista, pioneiro da Psico-oncologia no seu país, Argentina, realizou estudos da psicoterapia em seus pacientes com recidiva de câncer e/ou metástases e relacionou que a volta da doença vai além da compreensão orgânica, repercute na condição psicológica, (chamada por ele de "indicadores psicológicos"), como por exemplo, a "compulsão da repetição" dos sintomas psíquicos que já haviam sido resolvidos (e que o indivíduo está forçado a repetir por razões muito primitivas e que se conhece como pulsão). Ele ainda

questiona esse paciente porque "decide" manter o câncer. Ele menciona que isso pode ser tratado e reparado no curso da transferência e mediante o reconhecimento, a identificação e a aceitação do reprimido.

Quando ocorre a recidiva da doença, normalmente este momento é vivido como um choque, um desespero pelo paciente e por seus familiares. Sabe-se que a doença não desapareceu. A recidiva é caracterizada por um período de luta de todos os envolvidos pelo desejo da vida com muita determinação e empenho. No estudo "Vivências de mães em situação de recidiva de câncer em seus filhos" (ESPÍNDULA; VALLE, 2001), em que essas mães passam por diversas dificuldades para se adaptar à nova situação de seus filhos, precisam elaborar as informações recebidas pelo médico, e rearranjar a rotina hospitalar e familiar com a volta do tratamento. As mães percebem o modo como o seu filho enfrenta o câncer e se sente influenciado por ele. Uma outra mãe diz: "J. sempre foi forte. Quando ele fazia quimio e ficava na Casa de Apoio, ele é quem dava força para as outras crianças que estavam iniciando o tratamento. Ele fazia tudo direitinho" (ESPÍNDULA, 2001, p.59). Uma outra fala significativa da mãe: "não gosto de sair de perto dele, não quero sair do seu lado, não quero perdê-lo" (ESPÍNDULA; VALLE, 2002, p.192). O medo da morte estava sempre presente no pensamento das mães, e iniciaram a vivenciar o luto antecipado.

Mesmo que a cura não ocorra, o cuidado paliativo[2] pode trazer qualidade ao restante de vida do paciente seja ela criança, adulto ou idoso. É necessário saber que todos passarão pelas mesmas etapas da vida, como a doença, assim como para morte. Esta última é a certeza de todo ser humano. E ao se referir à morte, é estranho pensar que também a morte pode estar presente no pensamento das crianças. O que vai diferenciar o lidar com o câncer é a maturidade e o modo de ser de cada um, embora a criança quando passa pela doença, ela normalmente aprende e cresce com a experiência vivida (ESPÍNDULA; VALLE, 2002; FRANÇOSO; VALLE, 2004; VALLE, 1997; VENDRUSCOLO, 1998).

Existiram duas grandes personalidades, referências internacionais na arte de cuidados no final de vida: Cicely Saunders e Elizabeth Kübler - Ross. A primeira é reconhecida como a fundadora do primeiro hospice no Reino Unido, mostrando uma visão holística de pessoa, integrando aí o alívio da dor e o controle de sintomas com o cuidado humanizado, o ensino e a pesquisa clínica. Este modo de cuidar repercutiu no mundo inteiro, possibilitando, assim, novas atitudes frente à morte e

[2] Pessini, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. O Mundo da Saúde, ano 27, v. 27, n.1, jan./mar., 2003.

o morrer, e frente à dor da perda de uma pessoa querida, ou seja, o momento do luto. Kübler - Ross iniciou o estudo de tanatologia na área médica e também incentivou os hospices nos Estados Unidos (PESSINI, 2005). Atualmente já existem, no Brasil, algumas clínicas baseadas na filosofia do hospice, com uma excelente equipe para atuar com pacientes nesta fase (FRANCO, 2003). Valle (1997, 2004) fundou na década de 1980 o Serviço de Psico-Oncologia Pediátrica no Hospital das Clínicas em Ribeirão Preto, São Paulo pela Universidade de São Paulo (USP) que oferece o atendimento psicológico ao paciente com câncer e à família, sendo esses acompanhados desde o seu diagnóstico até a cura ou quando ocorre uma recidiva e/ou metástase. Existe hoje como referência nacional e pode ser também internacional, pois se iguala aos países desenvolvidos em qualidade e organização pelo trabalho realizado.

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu cuidado paliativo como: o cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, buscando o controle da dor e de outros sintomas, bem como atenção aos problemas de ordem psicológica, social e espiritual. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias (OMS, 1991). A mais recente definição da Organização Mundial de Saúde define cuidados paliativos como: uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e sua família diante as dificuldades associadas à doença terminal, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (PESSINI, 2003).

O cuidado paliativo é essencial nesse momento em que não há possibilidade de cura do câncer. Deve-se avaliar junto com o paciente e a família qual o melhor tipo de cuidado que se pode oferecer a esse paciente mesmo em fase terminal. Quando a cura não ocorre com o paciente, deve-se ter o cuidado para como dar a notícia nesse momento, porque se realizada de maneira imediata pelo médico, sem nenhuma preparação e/ou assistência adequada, dizer a verdade pode ter consequências irreversíveis, pois nem sempre o paciente como o familiar está preparado para escutar tudo. Desse modo, o paciente precisa ser assistido pela equipe durante o processo de revelação do seu prognóstico, por meio do diálogo aberto, planejado, sistemático e individualizado.

Nesse sentido, as estratégias utilizadas, nesse procedimento de informar, dependem do médico, informar em uma linguagem simples e concreta e, se tem uma equipe multidisciplinar que atua junto ou não, e com a família, sendo que o

objetivo deve estar sempre voltado a promover o bem-estar geral, seja no aspecto físico, psicológico e espiritual, do paciente, do seu cônjuge e da sua família (ESPÍNDULA; VILELA; DIAS, 2006; CORTESI; MAZZOLI, 2008).

2.2 As Mudanças Psicossociais e Espirituais na Vida do Paciente com Câncer

A ideia de que o câncer inevitavelmente mata afeta profundamente a maneira como as pessoas reagem à doença e isto pode aumentar a sensação de desamparo e desesperança. Ainda hoje, a sociedade carrega o estigma do câncer como uma "sentença de morte". Anteriormente não existia tratamento, e a morte era inevitável. Essa marca continua presente no imaginário das pessoas, assim como eram, em outras épocas, a tuberculose e as pestes. Muitas pessoas evitam falar a palavra câncer, como se sua pronúncia fosse levar à maldição da morte (KOVÁCS, 1992, 2001, 2003).

Kübler - Ross (1998), grande estudiosa sobre o processo da morte e do morrer do nosso século, na sua prática, acompanhava o paciente desde o diagnóstico da doença grave até a fase final da vida. Ela buscava conhecer o paciente no seu modo de ser, acolhia, dava esperança e garantia a presença constante principalmente nos tempos difíceis do tratamento (recidiva ou fora de possibilidade terapêutica) que foi referido no subitem anterior (capítulo 2.1). Através de sua experiência profissional e fazendo pesquisa, ouvindo seus pacientes em estado terminal, classificou - os passando por cinco estágios do morrer: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Notou que a esperança se faz presente em todas essas fases, que não ocorrem sucessivamente, podendo oscilar de uma para outra, dependendo do momento do tratamento e do recurso que cada indivíduo tem para lidar com a situação.

A mesma autora indica que o sentimento da própria mortalidade não é inato. Em geral, se conscientiza dessa possibilidade a partir da experiência de algo que ameaça a vida, seja a sua própria, ou a de alguém que se ama. A família confronta-se com a possível perda de um de seus membros e com a ruptura da família (FRANCO, 1994). Para cada um dos familiares, coloca-se a questão: "Pode a família sobreviver a essa perda, caso ela venha a acontecer? Conseguirei sobreviver e ir em frente"?

Hoje sabe-se que o câncer pode ser, em muitos casos, curado, devido à evolução técnico-científico e ao diagnóstico precoce. Mas quando esse diagnóstico chega ao paciente, a primeira reação costuma ser o medo de que, no seu caso, além de não ser curado, o câncer vá trazer consigo muito sofrimento, humilhação física e dor. É preciso encontrar o significado e a compreensão dessa situação para cada indivíduo na sua peculiaridade, na sua história de vida, nas características da personalidade, na afiliação religiosa e na etiologia da doença (ANCONA-LOPES, 2005; BALLONE, 2007; GIMENES, 1998; GIOVANETTI, 2004).

O interesse pelo tema religiosidade, espiritualidade e psico - oncologia partiu do desejo de preencher as lacunas existentes no Brasil e no exterior referentes a esse assunto específico da religiosidade do paciente com câncer em tratamento. Quando foi iniciada esta pesquisa, em 2006, poucos estudos tinham sido encontrados. Atualmente vem crescendo o número de estudiosos no Brasil sobre o assunto (BARBIERI, 2003; BITTENCOURT; CADETE, 2002; ELIAS, 2005; FLECK et al., 2003; GIMENES, 2001; HENSE, 1987; TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2003a, 2003b; PESSINI; BERTACHINI, 2005; VOLCAN et al., 2003).

No exterior, também vem crescendo nos últimos anos, os estudos referentes os temas paciente com câncer, religiosidade e espiritualidade podendo ser citados (BELARDINELLI, 2006; COSTA, 2008; KUUPPELOMAKI, 2000; LEYDON et al., 2000; LIN; BAUER, 2003; PALOUTZIAN; ELLISON, 1982; SHERMAN et al., 2001; TATSUMURA et al., 2003; TAVELLA; CROCETTI; 2008; YUNTA, 2000).

A experiência de Yunta (2000), estudioso e assistente espiritual que cuida das necessidades espirituais dos pacientes no Centro do Câncer da Pontifícia Universidade Católica de Santiago do Chile, mostra que os pacientes passam por um processo de aceitação da enfermidade e, nesse período, encontram sentido para a sua existência, aprendendo a conviver com a doença e aceitar a morte quando esta se aproxima.

Yunta (2000) descreve a experiência dos pacientes e suas particularidades. Eles deixam de ser saudáveis e passam a estar doentes biopsicossocial e espiritualmente, pois perdem a autonomia e a capacidade de relacionar-se com os outros, o que dificulta assegurar sua estima pessoal e ser bem considerada pelas pessoas. A enfermidade se apresenta ao paciente como uma mortificação ou mutilação que paralisa a sua trajetória vital. Ao fixar-se nas suas limitações, ele perde seu sentido de integridade como pessoa e isso o faz sofrer, manifestando temores diversos, como o medo da separação, da dor, da inutilidade, da rejeição ou do abandono e da morte. Por estes fatores a pessoa se encontra asilada e

marginalizada do mundo social pela sua condição debilitada, afasta-se do trabalho e da comunidade em que vive para ficar em casa e/ou no hospital. Diante deste conflito entre o que quer interiormente (desejo de ser curado) com o que experimenta com a realidade do mundo externo, o enfermo passa por períodos de angústia, ansiedade e depressão em que pode sentir-se "abandonado" por Deus e pelos demais, sentindo-se incapaz de orar e de receber consolo.

YUNTA (2000) ainda caracteriza o desconforto do paciente por precisar depender dos outros, principalmente dos seus familiares, sendo isso percebido como uma carga enorme, dificultando a relação com as pessoas que o querem bem.

Geralmente, quando a pessoa goza de uma boa saúde não aprecia a importância que tem o corpo para conseguir com empenho o que se propõe. Apenas quando o homem cai doente é que se dá conta do quanto é limitado e frágil. O resistir e lutar contra a dor leva também ao sofrimento, especialmente porque a experiência de sofrimento é muito difícil de partilhar. A dor e o sofrimento não podem ser medidos exatamente, nem podem ser experimentados por outra pessoa que não seja o enfermo. O sofrimento leva a um conflito pessoal. O perigo da perda de integridade reside no significado que tem a dor para a pessoa que sofre ou na crença acerca das conseqüências que terá. Geralmente, o sofrimento leva ao encontro com o sentido da vida que até antes da doença não existia (FRANKL, 1997; YUNTA, 2000).

Muitos pacientes que sofrem se questionam porque aconteceu tal doença, muitas vezes não encontrando uma explicação causal para o que ocorreu. Nem todos têm a mesma experiência; a pessoa pode responder de modos diversos frente às ameaças e à deterioração que a arrebata pela enfermidade (BARBIERI, 2003; ELIAS, 2005; VERÍSSIMO, 2005). O paciente e o familiar, frente à doença, podem buscar ainda o sentido do porquê daquilo que se vive.

O enfermo e sua família, mesmo diante do sofrimento, nunca se encontram totalmente desamparados e parecem buscar um sentido em algo superior para o que está acontecendo em sua vida. Dar sentido aos acontecimentos mantém a vida e faz com que o ser humano se sinta digno, fazendo-o aproximar-se de algo superior (HENSE, 1987). O fato de buscar explicações muitas vezes impede a aceitação do "mistério". Yunta (2000) aponta que aceitar o sofrimento como vem, sem racionalizá-lo, é curativo e dá liberdade.

Bittencourt e Cadete (2002) realizaram um estudo fenomenológico com sete mulheres, que iriam se submeter à cirurgia. Nesse estudo, pode-se observar o apego delas a Deus e à religiosidade como apoio. Apresentou-se muito forte, na fala delas,

a necessidade da busca à religiosidade e o reconhecimento de um ser superior como fonte de auxílio, fé e esperança frente à necessidade de ter que submeter a uma cirurgia. Uma das pacientes expressou:

> [...] Agora, num tem mais problema. Só tô esperando mesmo a hora chegar, e operar, e já voltar, né. Se for da vontade do Senhor também. [...] Mais pra mim, isso num é problema, não, porque o principal já aconteceu comigo, que é a salvação [...] (BITTENCOURT; CADETE, 2002, p.74).

Apresenta-se, nessa mulher, assim como na maioria delas, algo divino. Sentiam-se acolhidas e cuidadas por um ser superior que as ajudava a lidar com os problemas com mais confiança e esperança. Esta força, vinda da fé e de suas crenças em seus próprios valores espirituais, permitia-lhes superarem a dor e o desconforto, diminuindo a tensão do pré-cirúrgico, assim aceitando a situação com mais tranqüilidade (BITTENCOURT; CADETE, 2002).

Outro estudo qualitativo e de referência nesta área da espiritualidade e pacientes com câncer é o de Hense (1987) realizado em dois momentos: o primeiro quando foi feita uma entrevista informal e semi-estruturada para conhecer o cotidiano de pacientes cirúrgicos; o segundo foi verificar e entender as vivências centrais deles, nos diferentes momentos da cirurgia (antes, durante e depois). Os resultados mostraram que as pessoas que passam por esta situação cirúrgica pensam mais no relacionamento com Deus e com a família. É característica, neste momento, voltar-se para Deus, rezar, entregar e deixar tudo nas mãos Dele. Uma paciente diz: "Deus, que seja a tua vontade. Se for tua vontade então deixa eu dormir. Se não for da tua vontade então não deixa eu dormir" (HENSE, 1987, p.114).

Percebendo o incômodo da dor física, a paciente manifesta o medo de complicações e se apega a algo superior, Deus, pedindo sua intervenção para aliviar o que está gerando mal-estar:

> "Seja o que Deus quiser... Enquanto me levavam para o Centro Cirúrgico, vi bastante o Sagrado Coração de Jesus. Sou bastante devota a ele. Ainda bem que para cada lado que eu olhava, o via. Parecia que era de propósito que ele estava ali. Ficava me apegando a ele. Entreguei tudo ao Sagrado Coração" (HENSE, 1987, p. 111).

Uma outra pesquisa qualitativa chamada "A devoção à Nossa Senhora em pacientes oncológicos" (VASCONCELOS, 2008) feita através de entrevistas semi-estruturadas apresenta análise apenas de uma paciente que refere que a presença de Deus não retira o sofrimento da vida, mas conforta pelo fato de que é uma presença com que sempre se pode contar. Uma fala da paciente:

> A pessoa que é boa, que é religiosa, acontece sim o sofrimento, mas Deus prometeu estar junto. Isso que é importante, mas tem gente que não acredita. Eu falo assim com Jesus: Jesus, eu não sei nada, não posso nada, não entendo nada. Falo todo dia. O senhor sabe tudo, pode tudo, entende tudo. É uma questão de paz, de serenidade, de confiança. Porque Deus vai te domando. Nunca que a gente está sozinha. É uma coisa gostosa, sabe? (VASCONCELOS, 2008, p. 76)

Esta paciente vivencia o câncer em tratamento e se sente curada, mas não retira a possibilidade que ele possa voltar (recidivar) e ela possa vir a adoecer de novo. No seu discurso diz: "o câncer não vem sozinho. A graça de Deus vem junto. Então, eu suporto... Seja o câncer, seja o que for. Eu não peço a Deus saúde, não. Tem gente que fala: o principal da vida é saúde. Não é não. É ter Deus com a gente" (VASCONCELOS, 2008, p. 78). A mesma paciente acredita que só Deus penetra fundo no coração e só Ele pode nos fazer felizes, e acrescenta que não devemos esperar passivamente as coisas acontecerem: "porque Deus propõe, Ele não impõe. Se quiser me seguir, pegue a cruz. Ele não falou: pegue um ramo de flores e segue. Pegue a cruz de cada dia. Se você quiser me seguir, é desse jeito" (VASCONCELOS, 2008, p. 79). Uma outra citação significativa desse estudo é quando fala da fé em Deus e em Nossa Senhora. Ela distingue os dois, e diz que Deus é um lugar do Sagrado, de potência. Maria é vista como modelo de bondade, de intercessão oferecida pelo próprio Deus, estando num lugar entre o sagrado e o humano. "Faça-se em mim a vossa vontade. É a oração que eu aprendi com Maria. Minha devoção, minha afinidade com Nossa Senhora é como modelo de fidelidade a Deus [...] de prontidão, de fazer aquilo que Deus queria de mim" (VASCONCELOS, 2008, p. 96).

Em um estudo feito com mulheres submetidas ao tratamento de câncer de colo uterino, foram realizadas entrevistas com questões abertas e fechadas buscando a compreensão da prevenção e a percepção delas no Ambulatório do Centro de Radioterapia do Instituto do Câncer do Ceará (ICC), em Fortaleza. Este local faz consulta dos pacientes periodicamente (dependendo de cada caso) e busca

detectar sintomas ou queixas dos pacientes, observando possibilidade de recidiva da doença. Os resultados da pesquisa foram classificados em: alterando o cotidiano, a incerteza da cura e a religiosidade como suporte. Uma fala de uma participante do estudo descreve a importância do apoio espiritual como estratégia no enfrentamento para a cura da doença: "[...] É uma doença malvada, eu tenho fé que estou curada" (LINARD; DANTAS; SILVA, 2002, p.497).

Um estudo readaptado no Brasil por Fleck (1999)[3] para a nossa cultura, tendo uma perspectiva transcultural, foi um instrumento de qualidade de vida para avaliar a religiosidade e a espiritualidade dos pacientes com câncer - WHOQOL - 100 (World Health Organization Quality of Life Instrument - 100 itens). A Organização Mundial da Saúde utiliza este recurso de avaliação da qualidade de vida que inclui os termos "religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais" inseridos no conceito clássico de saúde para um estado dinâmico que abrange o bem-estar físico, mental, social e espiritual (FLECK et al., 2003). Diante disso, mostra que a OMS atribui importância à dimensão espiritual, ao procurar olhar e pensar a totalidade do ser humano, visando criar um modo novo de se posicionar frente ao paciente com câncer e sua família.

A doença faz parte da vida. A ciência se apropria de um racionalismo que menciona que a saúde é um bem e a doença um mal e se chega a uma dicotomia, tendo o pensamento na medicina que é preciso "combater a doença a todo custo" (CAPRA, 1982). Essa idéia surge durante a Idade Média, Fava e Sonino (2000) afirma que a doença era concedida ao pecado, sendo o corpo o locus dos defeitos e pecados, e a alma, dos valores superiores, como racionalidade e espiritualidade.

Frente a isso, pouco esforço tem sido realizado na compreensão da conexão entre o modo de pensar o homem na psicologia, seja no tema saúde e doença, e paradigmas antropológicos relacionados ao binômio saúde-doença que se precedeu (a psicologia atual) historicamente. Esse descaso pelo passado como modo de entender as concepções atuais sobre o ser humano, especialmente em psicologia, é produto do dogma da modernidade, de que se opera uma ruptura com o passado e a tradição (CASTRO, ANDRADE; MULLER, 2006).

Castro, Andrade e Muller (2006) interpreta o pensamento de Santo Agostinho, que viveu na idade média (nasceu em 354) e mencionava que o homem respondia na unidade do corpo e mente porque era constituído por substâncias racionais, resultantes dessa alma e corpo, ambos criados por Deus.

---

[3] Fleck, M. P. de A. et al., Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100). Rev. Bras. Psiquiatr., v.21, p. 19-28, 1999.

Ao contrário, como dizia Descarte (2000) imerso nesse contexto pelas ciências naturais, no período da modernidade, ele solicitou a separação completa da mente e corpo, sendo o estudo da mente atribuído à filosofia e à religião e, o estudo do corpo, à medicina, visto como uma máquina e, para lidar com a saúde era preciso separar o espírito. Então, tendo predominado este pensamento na ciência, esta passou a olhar apenas para as partes do paciente, sem olhar para sua totalidade.

Na atualidade, tem se falado muito no termo "humanização" nos atendimentos às pessoas nos hospitais e nas redes públicas. Esse ideal de filosofia que se busca construir precisa ter cuidado como é feito, pois podem voltar às velhas posturas ideológicas (CAPRA, 1982). Graças à ciência, a humanidade, ao longo dos séculos, vem transformando os modos de pensar saúde e doença, mente e corpo. Torna-se necessário alcançar um patamar mais alto de integração epistemológica, que auxilie o avanço do conhecimento.

2.3 Os Profissionais de Saúde diante da Experiência Religiosa e da Fé dos Pacientes com Câncer

Atuar com pessoas com câncer é um desafio devido à complexidade da situação. É necessário ter uma equipe multiprofissional, o que já é documentado em lei, mas nem sempre isso de fato ocorre.

Um estudo qualitativo-descritivo, através do levantamento bibliográfico realizado por Espíndula et al. (2007) enfoca como seu objetivo questões sobre a morte e o morrer na avaliação bioética feita pelos profissionais da saúde. Apresenta-se indispensável ao profissional de saúde superar as dificuldades inerentes a uma relação médico/paciente baseada na "tentação tecnológica", isto é, de ver o paciente por partes e, deve-se buscar reunir os fragmentos e compor novamente o todo desse indivíduo, muitas vezes, tão violentado e, desse modo, estabelecer um compromisso com a vida, entendida como o bem maior de cada ser e digna de respeito.

Se por um lado essa "superespecialização" da ciência médica tem a vantagem de aumentar o número de dados sobre a doença, sobre o diagnóstico e sobre o tratamento do paciente, por outro, ela requer maior empenho dos profissionais de saúde para compor tanto o objeto de pesquisa ou de tratamento (a doença), quanto a unidade de consciência do indivíduo doente e, conseqüentemente, a dualidade da

relação médico-paciente. Trata-se do "reducionismo científico". Nas palavras do Sgreccia (1996):

> Não se pode explicar uma casa construída descrevendo-se apenas os tijolos e o plano pelo qual eles se justapõem uns aos outros. O problema não é mais apenas científico-descritivo, mas se torna por isso filosófico. [...] a tentação reducionista está presente dentro da medicina, não apenas no momento científico e de pesquisa de base, mas também no momento aplicativo e de assistência ao doente, todas as vezes que a ótica da relação médico-paciente se tornar reducionista, eliminando o "espirit", a palavra, o diálogo e a leitura pluridimensional e não apenas biológica da doença, da dor, da morte e da terapia (SGRECCIA, 1996, p.188).

A consideração da fé e as questões espirituais podem se apresentar aos doentes como apoio, consolo, paz, esperança e sentido de vida. Isto vai além do reducionismo biológico, levando a uma concepção verdadeiramente humana, essencialmente, biopsicossocial e espiritual. Para o Papa Pio XII (sd) é reconhecido o valor salvífico do sofrimento humano, porém não há nenhum compromisso em parar de consumir analgésico, quando preciso. Não há um culto à dor ou ao dolorismo; ao contrário, o alívio da dor é um bem (SGRECCIA, 1996).

A equipe de saúde se depara com muitas questões como: será que esta conduta escolhida é a melhor para o paciente? Trará mais sofrimento do que benefício? Não se tem uma resposta pronta nos livros, pois na prática se está lidando com a finitude e a incerteza que é a condição humana (FAIMAN et al., 2003; KOVÁCS, 1991; 2003). A angústia está presente aqui para o profissional e, se não elaborada, pode ocorrer a despersonalização do atendimento ao paciente e a sua família, criando distanciamento, estresse e mais sofrimento para ambos (ANGERAMI-CAMON, 2002; CARVALHO, 1998, 2003).

Carvalho (2003), em seu artigo sobre os profissionais de saúde que lidam com pacientes portadores de doenças graves ou fora de possibilidades terapêuticas, refere a concepção da morte como um fracasso (paradigma da cura), a insalubridade do ambiente e a alta exposição a diferentes fontes de estresse (como indisponibilidade de recursos financeiros, complexidade tecnológica, riscos ocupacionais e baixa remuneração) podem levar ao surgimento da síndrome da sobrecarga no trabalho, caracterizada por fadiga, irritabilidade, distúrbios do sono e concentração, depressão e queixas físicas. Essa síndrome tem uma expressão denominada pelos profissionais de saúde de Burn-out.

Outros autores enfatizam a questão do preparo do profissional de saúde para lidar com a morte em suas várias facetas nas instituições de saúde (ANGERAMI-CAMON, 2002; CORTESI; MAZZOLI, 2008; KOVÁCS, 1991; LEITE; VILA, 2005; NESCI et al. 2009; QUINTANA; CECIM; HENN, 2002; SANTOS; MASSAROLLO, 2004), sendo que todos são unânimes ao afirmar que se trata de um tema permeado por angústias, medo e inseguranças, que exige dos profissionais uma extrapolação da competência meramente técnica e acadêmica.

Diante disso, foi vista a necessidade de investigar pesquisas brasileiras e estrangeiras referentes os temas profissionais de saúde, religiosidade e espiritualidade podem ser citados (ELIAS, 2005; ELIAS; GIGLIO; PIMENTA, 2008; ESPÍNDULA et al., 2007; FLECK et al., 2003; KUUPPELOMAKI, 2000; LEPARGNEUR, 2004; SGRECCIA, 1996; TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2003a; 2003b).

Na pesquisa conduzida por Fleck et al. (2003) avalia o significado da transcendência feito com 15 grupos focais: dois com profissionais de saúde, dois com católicos, um com evangélico afro-brasileiro, dois com espíritas, dois com ateus, dois com pacientes recuperados, um com pacientes agudos, um com pacientes crônicos e um com paciente terminal. Esse estudo mostra que os pacientes com menor nível educacional e com situação de saúde mais prejudicada apresentaram maior dificuldade em entender o material proposto para discussão (o que significa a transcendência), porém não mostraram problema em discutir o tema. Já os profissionais de saúde sinalizaram dificuldade de argumentar e mensurar o tema, levando em conta sua grande subjetividade. Outros pontos apresentados como relevantes nesse estudo foram: a conexão com um ser superior ou força espiritual; o sentido da vida; o amor divino; a paz interior, a serenidade e a harmonia; a morte e o morrer; a esperança e o otimismo; a aceitação dos outros; o perdão; a liberdade para praticar crenças e rituais; a fé. Ainda no mesmo estudo, uma paciente do grupo descreve que não expôs suas verdadeiras crenças religiosas, devido ao fato de que quando se expressa sobre isso aos médicos é "cortada" pela equipe. Depois, refere que é devota de uma santa da igreja católica e, quando melhora no tratamento atribui sua fé particularmente a ela, o que não foi aceito pela equipe (no grupo), que afirmou isso ser mérito do tratamento (FLECK et al., 2003).

Um estudo apresenta, nas palavras de um doente, que ele encontra compreensão nas palavras do médico (LEPARGNEUR, 2004, p. 256):

> Aquele médico me fez reparar e expressar coisas estranhas, que estavam imersas no fundo de mim, das quais não tinha consciência. Sinto-me aliviada por tê-las descoberto e expressado. Tenho a impressão de avançar no reconhecimento de meu eu profundo. Minhas antigas dores muito se atenuaram.

Esta fala revela que, mesmo sendo doloroso falar a respeito, o diálogo foi produtivo e ajudou no alívio da ansiedade e confortou o espírito do paciente.

Em alguns serviços de Oncologia já se reconhece a necessidade de, além do psicólogo, o capelão fazer parte da equipe, independente de uma ordem religiosa. Um estudo qualitativo foi realizado com cinco capelães (dois católicos, dois pastores e um rabino) para identificar o significado da fé religiosa no trabalho deles com pacientes idosos com câncer e como vêem a fé religiosa dos seus pacientes. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com esses capelães, e o primeiro (cinco capelães) resultado se apóia na fé e essa passa a ser a resposta para todas as circunstâncias e instantes da vida, e direcionando seu sentido. Para eles a fé é um recurso que os sustenta e os capacita a levar esta fé aos pacientes de modo a auxiliá-los, consolá-los e trazer a esperança (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2003b). Um outro resultado sobre como os capelães percebem seus pacientes com câncer destaca a atenção para três aspectos: o primeiro, a fé religiosa que orienta o paciente a enfrentar a sua doença; a presença de Deus é o alicerce para uma caminhada garantida, e os pacientes vivem o tratamento de modo mais maduro e corajoso. O segundo: a fé religiosa encontra-se em um contexto conservador e preserva a tradição; os idosos valorizam o passado. O terceiro: é que os idosos se sentem mais reconciliados com a vida e mais preparados para lidar com as adversidades e até podem enfrentar a morte de modo mais sossegado (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2003b).

Ainda sobre essa questão da espiritualidade no âmbito da morte e do sofrimento do paciente em tratamento, destaca-se no estudo realizado por Teixeira e Lefèvre (2003b), de acordo com as entrevistas feitas com psicólogos para identificar o significado da fé religiosa no trabalho deles. Para alguns psicólogos os discursos mostraram que não se pode falar de religião durante a sessão. Já outros psicólogos já valorizaram a fé religiosa fazendo parte da rotina desse profissional, sendo esta chamada pelo autor de "energia transformadora, esperança". Esses psicólogos citados referem que a fé eleva e é um recurso que encoraja e os fortalece a semear o bom humor e a alegria de viver ao paciente, uma vez que este precisa de carinho e amor. Já o discurso dos primeiros psicólogos revela que eles não acreditam que a fé

religiosa seja o melhor caminho para proporcionar estes sentimentos. A pesquisa concluiu que a outra metade dos psicólogos acredita que ter fé religiosa seja o melhor recurso para enfrentar a situação de adoecimento e que é possível existir um espaço tanto para a ciência como para os aspectos psico - espirituais. Sabe-se que diante da doença da pessoa existem desafios que precisam ser enfrentados. É preciso algo em que se apoiar e se proteger para que viva a sua vida de maneira mais acessível à sua realidade.

Um outro ponto neste estudo foi como os psicólogos vêem a fé religiosa de seus pacientes idosos em tratamento de câncer. Em um primeiro momento destacam que aquele paciente que tem a crença se sentiu mais fortalecido interiormente para lidar com a doença. O que se apresentou diverso nesse discurso foi que os idosos expressaram sentir insegurança, medo do desamparo e da dependência. Aparece também que o idoso que experiencia mais intensamente a sua religião e a fé sente-se mais revigorado para ir em busca de algo, ou seja, para aderir ao tratamento e lutar contra a doença (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2003b).

Um outro estudo muito interessante realizou, de forma sistemática um método de atendimento ao paciente terminal, servindo de modelo para que outros profissionais da área da saúde pudessem também vir a utilizar essa técnica com seus próprios pacientes. Sete profissionais de saúde, incluindo dois enfermeiros, uma médica, três psicólogas, e uma voluntária, sendo que cada um atendeu dois pacientes terminais em 2004, foi realizado no hospital seguindo as etapas para o desenvolvimento desta intervenção psicoterapêutica, já publicada anteriormente pela autora (ELIAS; GIGLIO, 2001).[4] O objetivo deste estudo foi aplicar e avaliar um programa de treinamento (Curso de capacitação) para os profissionais de saúde através da intervenção terapêutica para doentes terminais "relaxamento, imagens mentais e espiritualidade" (RIME), re-significando a dor espiritual dos pacientes. Os resultados deste estudo quantitativo e qualitativo foram que todos os profissionais sentiram-se bem utilizando esta nova técnica. Os profissionais de saúde mostraram melhor enfrentamento do seu luto pessoal e do seu crescimento psico-espiritual tanto no âmbito profissional, como no pessoal. Um dado relevante é que esta

[4] As intervenções em resumo são: **identificação** da dor simbólica da morte através de entrevista semi-estruturada. **Condensação** dos elementos da dor psíquica e da dor espiritual, descritos predominantemente através do pensamento secundário (Freud, 1975), em um padrão de imagens simbólicas (Jung, 1986a, 1995); orientação das técnicas de relaxamento mental e de visualização de imagens mentais (Carvalho, 1999; Epstein, 1990; Simoton et al., 1987) integradas aos elementos que compõem a natureza da Espiritualidade (Kübler-Ross), além de sessões de orientação familiar também realizadas, de forma complementar à aplicação desta intervenção psicoterapêutica (ELIAS; GIGLIO, 2001).

técnica (RIME) se limita aos pacientes que acreditam na vida espiritual pós - morte (ELIAS, 2005).

Pode-se concluir que os estudos apresentam a necessidade de o profissional de saúde estar atento à fé religiosa de seu paciente, ou seja, reconhecer sua dimensão espiritual, na medida em que esta lhe traz estímulo, coragem e esperança para encarar a própria doença. Sinalizam também que é importante ter um psicólogo e um capelão preparados para ouvirem os pacientes e procurarem estar em sintonia espiritual (transcendente) com estes porque esta postura pode ter um papel de auxiliar esses pacientes a construir um sentido em viver um sofrimento inerente à doença, o que poderia facilitar para os profissionais de saúde a dimensão do cuidado ao enfermo.

Nesse sentido, o psicólogo ao fazer intervenções favoráveis aos pacientes com câncer pode ajudá-los a perceberem melhor as situações que estão vivenciando e adquirirem forças para seguirem em frente, pois não é fácil viver lutando pela vida com uma doença grave. Mas, este estudo trata-se do profissional que percebe a importância da dimensão espiritual na vida dessas pessoas doentes, ou seja, avalia os seus critérios de valores e como estes são vividos por elas.

3 PSICOLOGIA, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

3.1 Revisão do Conceito Religião, Religiosidade e Espiritualidade

Religião e religiosidade são dois termos antigos na psicologia da religião. O mesmo não se pode dizer da espiritualidade, conceito utilizado recentemente na psicologia científica.

Atualmente o interesse pela religiosidade vem ocorrendo pela perspectiva multidisciplinar, estimulado pela psicologia e antropologia cultural. A religiosidade popular são os diversos modos de devoção relacionada aos santuários (peregrinações), às festas dos padroeiros, às procissões e às diferentes maneiras de culto aos santos locais. Este último caracteriza-se por uma gestualidade com envolvimento emotivo, encontra-se normalmente uma interação profunda entre religião e problemas concretos do grupo humano. Além de haver um modo "misto": uma maneira popular de usar a religião tradicional de jeito supersticioso. Há também os limites e os riscos, reduzidos na tendência de usar o sagrado de maneira formal e de auto-ajuda, no geral, com poderes mágicos (PAIXÃO NETTO; MACHADO, 2003).

O termo "religioso" refere-se à religião, e indica "um estado de ânimo, um comportamento, um estilo de vida ou, por extensão, um ambiente ou um lugar, que encontram na religião a inspiração, a alma ou a finalidade" (PAIXÃO NETTO; MACHADO, 2003, p.657). Existe certa afinidade entre religioso e sagrado, porém este último sinaliza a dimensão subjetiva da relação com a divindade, será discutida mais adiante no capítulo 5. O filosofo e teólogo São Tomaz mostra que o serviço ao outro e a tarefa do amor fraterno constituem um ato de culto: estas são virtudes da religião. Hoje, em muitas instituições ou congregações religiosas, muitas pessoas dedicadas ao trabalho de Deus não querem ser chamadas religiosas.

O Código (sd.)[5] de 1983 surgiu para reduzir ainda mais o termo "religioso" a mera categoria jurídica, bem longe do conceito que se tinha na doutrina clássica, o qual engloba todas pessoas dos institutos que escolhem a Deus, como o conteúdo e a razão do viver.

[5] Código de lei não encontrado.

Fonseca e Vasconcelos (2005, p. 57) referem que a religião pode ser considerada como segundo útero. "Seu desígnio é trazer uma coisa extremamente complexa, que é o ser humano, à maturidade, o que significa ser auto-motivado, auto-conduzido". Abbagnano (2000, p. 846) diz que a religião é uma:

> crença na garantia sobrenatural de salvação e técnicas destinadas a obter e conservar essa garantia. A garantia religiosa é sobrenatural, no sentido de situar-se além dos limites abarcados pelos poderes do homem, de agir ou poder agir onde tais poderes são impotentes e de ter um modo de ação misterioso e imperscrutável. A origem sobrenatural da garantia não implica, necessariamente, que ela seja oferecida por uma divindade, e que, portanto, a relação com a divindade seja necessária à Religião: na realidade, existem religiões ateístas, como o budismo primitivo, retornado e defendido, nesse seu caráter, por escolas posteriores (...) por técnicas entendem-se todos os atos ou práticas de culto: oração, sacrifício, ritual, cerimônia, serviço divino ou serviço social (...) Entende-se a atitude religiosa fundamental, podendo ser simplesmente interior e pessoal (religiosidade individual; diferentemente, as técnicas destinadas a obter e conservar essa garantia constitui o lado objetivo e público da Religião, seu aspecto institucional).

Para definir psicologicamente religião é importante citar duas referências mundiais: R. H. Thouless e A. Vergote. Para Thouless (1961, p.3), "a religião é uma relação vivida e praticada com o ser ou com os seres sobremundanos nos quais se crê. Em conseqüência, ela é um comportamento e um sistema de crenças e de sentimentos". Já o conceito de religião para Vergote apud (VALLE, J., 1998, p.42) "é um conjunto orientado e estruturado de sentimentos e pensamentos, por meio do qual o homem e a sociedade tomam consciência vital de seu ser íntimo e último e, simultaneamente, nela se torna presente o poder divino".

Campbell (2002) acrescenta que as religiões, além de apresentar mitos, condicionam todas as culturas, o seu mistério atinge todos os homens. Tem, ainda, um papel fundamental social e pessoal: harmonizar a consciência com as pré-condições da existência, como a fragilidade humana e a finitude; apresentar uma imagem consistente da ordem do universo, atribuindo sentido aos fatos; dar autoridade e respaldo a uma ordem moral particular; conduzir o sujeito pelas diferentes crises naturais que surgem na vida como nascimento, morte, envelhecimento, doença.

A idéia de salvação é o elemento essencial do conceito de religião, e essa crença é sustentada através de gestos personificados na relação entre o homem e o

sobrenatural. Nesse contexto a pessoa percebe que é consciente de sua limitação, impotência e busca algo além. Será falado mais adiante quando fala do fenômeno religioso.

Para definir a espiritualidade foi buscado primeiro no dicionário Aurélio o que é o Espírito "como a parte imaterial do homem, alma".[6] Através de um olhar existencial, o espírito é o que impulsiona o homem para além de si mesmo para encontrar o sentido de vida. A dimensão espírito permanece em cada um mesmo quando a vida apresenta ter perdido o sentido. Em momentos de crise, as energias espirituais precisam ser reorientadas para a vida.

Espiritualidade é uma denominação mais ampla que "religião". Esta palavra afirma-se que deriva ou do verbo latino relegere (re-ler) ou do verbo religare (re-ligar) que se refere às tradições espirituais, que se mostram concretamente através de ritos e celebrações cultural e histórica (PESSINI; BERTACHIN, 2005).

A espiritualidade refere-se à ordem dos significados últimos, que dá uma direção à vida e a torna suscetível de permissão e de consenso eternos: "não me basta fazer perguntas; desejo saber responder à única pergunta que parece incluir tudo o que eu enfrento: Por que motivo estou aqui?" Esta questão já é resgatar a "dimensão do profundo". Indo mais além desta definição um pouco vaga, destacam-se alguns valores que são capazes de dar firmeza e unidade ao fluxo de fatos que o relógio do tempo registra: aceitação de si mesmo e fidelidade ao próprio ser profundo, criatividade artística ou esforço científico, amor ao ser humano e luta contra a injustiça, humanização ou promoção humana integral. Tudo isso atribui "certa qualidade, certa densidade e intensidade desta vida" (FIORES; GOFFI, 1993).

A espiritualidade não é alguma coisa que se contradiz ao que é material, corporal ou mundano. Ela não exclui ou nega a natureza. Não é nesse sentido que ela tem a ver com o que a teologia cristã atribui de "sobrenatural". Menos ainda podemos compreender como um "estado de alma" que só se consegue por meio da fuga do mundo. Ao contrário, a espiritualidade é "algo encarnado no contexto real da vida de cada pessoa e de cada época. Ela expressa o sentido profundo do que se é e se vive de fato. O silêncio reflexivo e a atitude contemplativa, sem os quais a espiritualidade não pode vicejar, são experimentados é na totalidade das circunstâncias temporais e espaciais do viver humano [...]". (VALLE, J., 2005, p. 101). O espiritual da pessoa assume o corpo e permite que ultrapasse o nível biológico e emocional de suas experiências, também claro das mais sublimes e elevadas.

---

[6] Ferreira, A. B. H.Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. 4 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1988.

3.2 Algumas Informações sobre Psicologia, Espiritualidade e Religiosidade

A psicologia é uma ciência que está próxima da religião, pois a primeira busca compreender o homem na totalidade, assim como a religião trata também de entender o ser humano na sua globalidade - mas existe um reducionismo que tanto pode vir da psicologia quanto das religiões. Ao psicólogo da religião esse novo olhar abre a possibilidade de ver seu objeto de estudo por prismas inusitados e favorece ao teólogo uma visão mais refinada das abordagens principalmente das psicoterapias.

Na psicologia da religião, não se pretende compreender a religião em si, mas procuramos estudar, além do vivido psíquico, os aspectos mais profundos da vida do homem - a sua ontologia. Buscamos fazer um encontro entre a psicologia e a espiritualidade/religiosidade conhecendo, por meio das experiências religiosas, como os sujeitos do presente estudo atribuem significados, como os organizam, e chegam a fazer as suas escolhas pessoais.

Sabe-se que na psicologia há diversos modos de se fazer pesquisa. Por exemplo, a psicologia empírica é diferente da psicologia "racional" ou metafísica, esta última se poderia chamar de "psicologia não-religiosa" ou "psicologia ateísta". De fato, a psicologia, no geral, exclui que a religião engloba o ponto de vista histórico, filosófico e teológico e, destaca-se aqui, a psicologia voltada para estruturas essenciais, a ontologia de todo ser humano, sendo que é esquecida esta dimensão pelos pesquisadores e profissionais (FIZZOTTI, 2008).

O interesse da psicologia ao religioso não apareceu do nada, já tem uma história. Foi iniciada pelos psicólogos norte-americanos Stanley Hall e William James. Mas, com o crescimento da psicanálise e do behaviorismo, a religião não era considerada a ser mencionada. Então, os estudos da psicologia da religião ocorreram até os anos de 1920, depois praticamente foi excluída dos ambientes acadêmicos. A preocupação das pesquisas naquela época era centrada nos estudiosos do Marxismo e Darwinismo, na parte organicista atribuída à genética, à neurologia, à farmacologia. Desse modo, essas correntes ganharam força e começaram a negar o religioso nas ciências humanas, e principalmente nas psicoterapias (VALLE, J., 2005).

Ao longo do tempo, muitos psicólogos romperam com o mutismo negativo da psicologia referente ao religioso. Um ponto histórico a destacar é que, ao lado dos teólogos, filósofos e cientistas da religião dialogavam com os psicólogos pioneiros

como M. Buber, Paul Ricoeur, E. Levinas, H. Bérgson, M. Eliade, P. Tillich, R. Otto, dentre outros, e estabeleceram condições adequadas para uma discussão que a atitude defensiva das teologias não permitia. Junto a esses, aderiram psicanalistas - religiosos eles próprios - visões abertas para revisar as antropologias subjacentes às suas crenças religiosas sem excluir o que a crítica psicológica havia apresentado quanto às motivações e dinamismos latentes na postura religiosa (VALLE, J., 2005). Todos os esforços realizados pelos estudiosos levaram ao desenvolvimento de uma nova visão antropológica do ser humano e da humanidade. É inegável que ainda hoje existam estudiosos antirreligiosos militantes, mas atualmente se apresenta, de modo objetivo, o desejo de abertura ao conhecimento, ao infinito. São sinais de uma evidência e necessidade na vida de hoje[7].

Existem atualmente diversos pesquisadores psicólogos no Brasil (AMATUZZI, 1999, 2005; ANCONA-LOPES, 1999, 2005; GIOVANETTI, 2004, 2005; HOLANDA, 2004; MAHFOUD, 2007a, 2007b; PAIVA, 2005; PINTO, 2008; TEIXEIRA, 2005; VALLE, J., 2005; VALLE, E., 2004) e no exterior, estudando e debatendo os temas psicologia, espiritualidade e religiosidade (ALETTI, 2005, 2007; FRANKL, 1989a, 1989b, 1991, 1997; FIZZOTTI, 2008; PETER, 1999 e dentre outros). Denominam a espiritualidade como uma tendência inata em direção a algo superior ou Deus.

A maioria dos psicólogos estudiosos brasileiros citados se inspira na psicologia existencial, quer dizer, é centrada mais na existência do ser humano que na sua essência. Há a famosa frase de que a existência precede a essência: "fazer e, ao fazer, fazer-se e não ser nada senão o que se faz".[8] Atribuímos importância no predomínio da essência sobre a existência, conforme preconizava a filosofia clássica. A essência explicitaria conhecer o que é a pessoa, e conhecer seus aspectos próprios, as suas características fundamentais como, por exemplo, a inteligência, o possuir alma intelectiva, alma sensitiva (os sentimentos, as sensações) e alma vegetativa. Será tratado esse aspecto mais adiante, no método fenomenológico, em Stein. Cada enfoque filosófico abordado procura discorrer sobre um aspecto ou uma experiência particular do homem - é o que o faz ser diferente dos outros seres vivos (GIOVANETTI, 2005).

---

[7] Um desses sinais (abertura) é a inclusão do "problema religioso ou espiritual" como categoria diagnóstica pelo DSM-IV (de 1994). Essa categoria, diz o DSM-IV, é necessária "quando o foco da atenção clínica é um problema religioso ou espiritual, como experiências estressantes que envolvem perda ou questionamento da fé, problemas associados à conversão a uma nova fé, questionamento dos valores espirituais, relacionados, ou não, a uma igreja organizada ou instituição religiosa" (MANUAL DE DIAGNÓSTICO..., 2002).

[8] HUISMAN, Denis. **História do existencialismo**. Bauru: Edusc, 2001, p.8.

Os terapeutas que utilizam a fonte de inspiração voltada para as questões biopsicossociais e espirituais estão buscando compreender a estrutura do ser humano na sua totalidade, e não estão limitados apenas às explicações dos procedimentos técnicos da terapia. Do ponto de vista experiencial no que tange a: o que é espiritualidade? Refere-se à ordem dos significados últimos, que dá uma direção à vida e a torna suscetível de permissão e de consenso eternos, do tipo não basta fazer perguntas, devo também procurar saber respondê-las. As religiões na sua essência são muito semelhantes no que elas têm de mais profundo elas se encontram.

> A religião não é uma coisa que se tem ou não se tem, que é verdadeira ou não. 'Ela é um campo de experiência no qual crescemos ou deixamos de crescer (...) é o campo das indagações últimas, das indagações pelo sentido, que estão implicitamente presentes em todas as demais indagações ou movimentos humanos'[9] (VALLE, J., 2005).

Reflexões como essas deixam patentes também a unilateralidade do positivismo na psicologia e surgem críticas que reconhecem aí uma "sabedoria" manifestada na linguagem simbólica das religiões. Diante disso, percebe-se que a espiritualidade não é uma alienação ou ignorância ou apenas vista como projeção dos desejos e dos instintos (VALLE, J., 2005). Isso será tratado mais adiante na fenomenologia e psicologia.

Nenhuma circunstância é sem significado, caso contrário levaria o homem ao vazio existencial, ou seja, a viver uma vida sem um sentido. Isto significa que, mesmo nas situações mais difíceis onde surgem o sofrimento, a culpa e a morte, podem ser vistas como negativas, mas depois de aceitas, podem ser transformadas em uma conquista pessoal (FRANKL, 1989b, 1991, 1997; FRANKL; LAPIDE, 2006; FIZZOTTI, 2008).

O psiquiatra Viktor Frankl[10], voltado para psicologia existencial, refere que o ser humano difere dos animais, pois além dos aspectos biológico, psicológico e social, tem a dimensão noética. Noético vem de nous, palavra grega que significa valor, o conhecimento mais alto e absoluto. Noético é tudo aquilo que pertence ao

---

[9] Amattuzzi, M. A. "Desenvolvimento psicológico e desenvolvimento religioso: uma hipótese descritiva"In: MASSIMI, M; MAHFOUD, M. (Orgs.). Diante do mistério: psicologia e senso religioso. São Paulo: Loyola, 1996, p. 124.

[10] Viktor Frankl muito contribuiu com seus conceitos da logoterapia e psicoterapia fundamentadas no sentido da vida, que dá luz para o tema espiritualidade. O autor busca compreender a existência através dos fenômenos essencialmente humanos, através da tríade trágica (dor, culpa e morte) e a identificar sua dimensão noética ou espiritual (FRANKL 1989a, 1989b, 1991, 1997).

plano dos valores, aqueles que o ser humano busca realizar. Refere que a existência propriamente humana é a existência espiritual. Uma das características mais marcantes da dimensão espiritual é a autotranscendência, ou seja, o homem é constituído de uma intencionalidade que o orienta para algo ou alguém fora de si mesmo. Somente através desta autotranscendência o homem se realiza, somente na concretização de atos espirituais que são dirigidos a algo ou alguém (FRANKL, 1993).

A espiritualidade é o ponto de partida para desenvolver as outras dimensões (psíquica e corporal). Sem a espiritualidade, a estrutura humana seria como um prédio planejado para subir, mas que não terminaria mais porque lhe faltariam as junções, a argamassa para unir os andares. É a espiritualidade da pessoa que lhe possibilita atribuir significado a cada momento. Frankl e Lapide (2006, p.18) descrevem que "a dimensão mais alta é aquela que melhor inclui todas as outras". Entre as dimensões humanas existe um relacionamento de inclusão, e não de exclusão, ou seja, uma verdade que não poderia mais excluir a outra. É somente dentro de uma dimensão maior que se revela a especificidade da verdade de uma dimensão menor.

O caráter de "dever" é próprio da consciência moral que vem da transcendência, algo maior do que o próprio homem, que guia, com autoridade, o querer de maneira eficaz em direção à realização do sentido de vida. Aparece no ser-responsável a necessidade de responder à voz da transcendência, usando a livre vontade, começando o relacionamento com o transcendente, mesmo que a princípio não compreenda o chamado para algo (COELHO JR.; MAHFOUD, 2001).

Desse modo, o relacionamento com o transcendente se manifesta como uma característica humana, ontológica. Para isso o homem precisa de uma certa coragem (*Mut*) para considerar-se partidário daquilo que encontrou e reconheceu. É necessário ter um pouco de humildade (*Demut*) para designá-Lo com aquela palavra que os homens vêm falando há milênios: a simples palavra Deus (FRANKL, 1993).

Fizzotti (2008)[11], no livro "Introduzione alla psicologia della religione" (psicologia da religião), o grande estudioso nesta área sobre as teorias da psicologia e tradutor das obras de Frankl do alemão para o italiano, coloca que a busca pelo sentido da vida é universal, e está na natureza ontológica do homem se perguntar e responder às suas questões existenciais.

[11] O autor refere que a pessoa sempre coloca as questões sobre o significado das coisas, mesmo quando este é desconhecido, e ao ter a convicção na impossibilidade de um sentido, isso pode levá-lo ao desespero.

O autor apresenta alguns elementos de Erich Fromm (1900-1980), de uma visão também existencial e fenomenológica da vida, sobretudo quando pretende analisar especificamente uma situação humana. Fromm (1987)[12] questiona que coisa faz o homem lidar com as questões de dicotomia da vida. Sabe-se que há situações que a pessoa não consegue controlar, como por exemplo: sente a impotência frente a seus potenciais humanos e ao tempo limitado (para realizá-los), entre a vida e a morte, entre a natureza e a ciência, assim como em relação com o outro.

Fromm (1987, p.51 apud Fizzotti, 2008) define a religião como "cada sistema de pensamento e de ação, compartilhado em um grupo, no qual o indivíduo encontre orientação e, junto, um objeto de devoção".

Do mesmo modo, Aletti (2005) acredita que o homem se interroga sobre os fenômenos da vida, incluindo aí aqueles que não consegue desvendar totalmente, como a sua origem, a morte e o mal. Essas questões o homem busca responder dentro da sua cultura, e ele pode aceitá-las ou não, atribuindo sentido às suas escolhas que vão depender das suas experiências vividas na realidade.

Pode-se observar que o fazer do psicólogo, seja no hospital ou na clínica abrange campos mais amplos do que se pensa. Como poderia ser o agir de um psicólogo? Para compreender e contextualizar a atitude religiosa dos pacientes se faz necessário seguir um pré-requisito, uma autêntica epistemologia, que é a humildade ontológica, ou seja, partindo da consideração de que a verdade não se esgota em apenas uma ciência. Deve-se estar atento às possíveis confusões e ambiguidades e observar também as possibilidades de integração entre elas (FIZZOTTI, 2008).

Fizzotti (2008) se apropria de cinco aspectos em que se pode interpretar a experiência religiosa da pessoa na clínica:

1) o emocional: por exemplo, ao fazer uma escolha pela fé (acreditar em algo). Este é um elemento de bem-estar psicológico e de força mantenedora da pessoa. Essa fé suscita sentimentos de temor, mas também de fascínio e de entusiasmo. Igualmente permite ao sujeito sofrer prejuízos nas suas tendências e no seu caminho de crescimento, podendo ocorrer uma discriminação, com isto resultando ser improdutivo. Ao mesmo tempo em que pode dar origem às inibições automáticas que o impedem de observar com atitude serena e distanciada as várias provocações que surgem na realidade onde está inserido (FIZZOTTI, 2008, p.84).

2) o operativo ou o consequencial: constitui a mobilização de energia, favorecendo a participação de ritos e cerimoniais de vários tipos e orientação da pessoa a pertencer a um grupo, a um movimento ou a uma instituição.

---

[12] Fromm, E. Psicoanalisi e religione. Mondadori, Milano, 1987.

3) o sociocultural: a escolha pela fé está ligada ao contexto histórico (tradição) no qual estão inseridas as pessoas, pois, se vivem relacionamentos democráticos, a religiosidade resultará, sem dúvida, diferente daquelas que estão em uma estrutura ditatorial.

Fizzotti (2008) explica que pode haver reações (estímulos) extrínsecas e intrínsecas. Nas primeiras, a pessoa tem comportamentos ligados a uma concepção ritualista de um ambiente externo (igreja, templo) e, na segunda intrínseca (parte do próprio organismo mesmo), a pessoa vive numa constante motivação de si mesmo (busca de sentido na vida), favorecendo-se assim de se colocar em relação com o transcendente. A consequência será que tal especificidade de atitude religiosa corresponderá a uma diferente organização da personalidade. Deve-se levar em conta que a pessoa pode ter, num momento, o movimento extrínseco e, em um outro, o intrínseco.

4) o cognitivo: não se refere à quantidade de informações novas que é possível a pessoa adquirir, mas à possibilidade de organizar, de modo coerente e lógico, os diversos problemas surgidos no próprio caminho de crescimento. Isso graças às críticas surgidas em sua vida que solicitam ser explicadas, fundadas e justificadas. Crer comporta também colocar em discussão o próprio sistema de convicções e olhar para suas interrogações.

5) o motivacional: determina a direção e a intensidade da conduta de um sujeito, iniciando e mantendo no tempo a procura por respostas adequadas às interrogações sobre o sentido da própria existência e facilitando uma seleção progressiva entre as várias hipóteses previstas.

> Não faltam aquelas pessoas que na experiência religiosa procuram um refúgio das angústias que as atormentam e surgem situações que as colocam de lado, em isolamento, em refúgio familiar, em depressão: em tais casos a única coisa que parece viável é implorar a proteção do onipotente, cumprir ritos para tentar retirar a angústia de culpa, individuar uma ordem hierárquica para poder viver e mergulhar na eternidade da beatitude para exorcizar o medo (...) mas tem uma outra ordem de motivações que rende a experiência profundamente rica e fatores de crescimento autêntico. Isso emerge caso a pessoa coloca o ouvido e o coração atentos ao grito que de muitas partes se eleva em torno de si, e se pergunta que coisa pode e deve fazer para dar uma resposta de esperança. Isto implica operar um profundo distanciamento de si, do mundo cotidiano, das preocupações que são ligadas ao mundo do trabalho, da política, as convenções sociais (...) (FIZZOTTI, 2008, p.86).

Muitas pessoas vivenciam a experiência religiosa como um meio para aliviar suas angústias e culpas por algo e se motivam (como a única resposta à vida): a não se destacarem de lugares de culto e desejaria permanecer ali sempre rezando (ou pregando) e se enchendo de objetos sacros, de lembranças e de imagens. Por outro lado, o vivenciar a experiência religiosa de modo autêntico e de crescimento coloca a pessoa em prova de verificar as próprias capacidades e de experimentar a possibilidade de uma renúncia em vista de um serviço desinteressado e gratuito. "A experiência religiosa vem de tal modo transformar-se em procura, capaz de totalizar e unificar todos os outros aspectos da existência" (FIZZOTTI, 2008, p. 86). Não aparece mais como um tesouro fechado, mas um dinamismo que cresce, se desenvolve e se confronta, deixando entrar as possibilidades de respostas às interrogações que a vida impõe.

A partir daí, se podem verificar na existência da pessoa os seus diversos modos de interiorização e de assimilação dos cinco aspectos (emocional, operativo ou consequencial, sociocultural, cognitivo e sociocultural) mencionados da atitude religiosa, não se esquecendo de atribuí-los ao mundo sociocultural ao qual ela pertence. Do ponto de vista psicológico, a experiência religiosa poderá ser ligada às necessidades inconscientes de expiação, de distração, de fuga do próprio mundo, de procura por respostas à pura curiosidade intelectual, de pressões ambientais ou familiares. Em alguns desses casos, antes ou depois de se fazer algo, podem apresentar na experiência religiosa a sua fragilidade e em certas situações um fator de imaturidade e de regressão a estados de dependência infantil, ou ser considerada qualquer coisa de insignificante e supérfluo (FIZZOTTI, 2008, p.86). O autor utiliza a expressão "compito aperto" (tarefa aberta) para as diversidades que surgem no cotidiano, a pessoa deve estar disposta para o confronto e a novidade, e ser capaz de colher as perguntas que surgem daí, atento aos seus interesses, e respondendo a elas com responsabilidade.

A maioria dos psicólogos encontra poucas possibilidades de inserir as suas vivências espirituais e religiosas no mundo acadêmico e profissional que as reconheça, integre e partilhe, apresentando, assim, dificuldades em desenvolver uma intervenção psicológica coerente consigo mesmo, no que se refere ao assunto da religião e espiritualidade (ANCONA-LOPES, 2005).

As religiões aparecem para os psicólogos clínicos com um certo medo, associado a uma visão deturpada da religião: é rotulada como rígida e ortodoxa (os dogmas contrapõem a interpretação e as regras vistas como imutáveis), negando a mudança dos costumes e os processos históricos e psicológicos que estão

implicados na vida do cliente e de todas as pessoas; sendo que as leituras literais confrontam a razão crítica. A religião vista desse modo é bastante rejeitada e preconceituosa pelos psicólogos e pesquisadores. Essa visão foi incorporada na cultura ao longo do tempo e, com certeza, vai precisar de um tempo e de pessoas para criarem uma nova mentalidade crítica.

Ricoeur (1996) acredita que para se chegar a uma linguagem religiosa de uma vivência espiritual não quer dizer que é preciso pertencer a uma religião. Seria estar aberto a uma hermenêutica, ou seja, fazer uma leitura clínica aberta às possibilidades que a realidade daquela pessoa se apresenta no momento e em um discurso compartilhado que permita se discutir e refletir o modo de ser do outro.

Neste mesmo fio condutor, Ancona-Lopes (2005) afirma que a religião não pode ser desintegrada da espiritualidade da pessoa, pois viraria apenas um conjunto de regras institucionalizadas, uma "camisa de força" que possibilitaria um sufocamento dos sentimentos que lhe deu origem. "As religiões do 'homem comum' aparecem como restritivas quando olhadas somente do ponto de vista subjetivo e das próprias experiências. São apresentadas pelos psicólogos como limitadoras da sua própria espiritualidade" (ANCONA-LOPES, 2005, p. 156).

Ancona - Lopes (1999) fez uma pesquisa a respeito do fenômeno religioso na clínica psicológica e obteve que 90% dos clientes identificam-se com uma religião, 86% acreditam em Deus, 70% afirmam que há um Deus que responde às suas orações, 49% frequentam alguma igreja, 47% consideram a fé um aspecto importante em sua vida. Os indivíduos pertencem a afiliações religiosas cada vez mais variadas, o que torna fundamental avaliar atentamente, à luz dessa diversificação, a experiência e a afiliação religiosa de cada pessoa.

A mesma autora refere que, para identificar os componentes significativos da religião de cada indivíduo no atendimento psicológico, é preciso avaliar as representações de Deus, as crenças que funcionam como eixos de organização interna (não opinando sobre a validade da crença), as convicções que orientam as atitudes e comportamentos de cada um frente aos conflitos. Todos esses pontos estão relacionados com as religiões presentes na tradição familiar do indivíduo, mesmo que não sejam mais as que estão sendo vividas pelo sujeito, no momento. Nesse sentido, a maior dificuldade que o psicólogo enfrenta para conhecer a religiosidade de seu cliente é o preconceito. Então o psicólogo precisa desligar-se das imagens preestabelecidas para compreender qual é a maneira própria e pessoal daquele seu cliente viver aquela religião (ANCONA - LOPES, 1999).

A autora ainda menciona que, embora cada religião apresente estruturas razoavelmente estáveis no âmbito institucional, é experienciada de modo específico e é preciso ser conhecida na maneira como foi assimilada e é experienciada individualmente (ANCONA-LOPES, 2005).

Foi realizado um estudo importante para investigar a influência da espiritualidade na saúde. Foi aplicada a 464 universitários (dos cursos de medicina e direito) de Pelotas (RS) uma escala sobre bem-estar espiritual (SWBS, PALOUTZIAN; ELLISON, 1982)[713], por psicólogos ou estudantes de psicologia . Considera-se que hoje o bem-estar espiritual é um fator de segurança para evitar o desencadeamento de transtornos psiquiátricos menores desses futuros profissionais. Os resultados mostraram que 80% dos alunos responderam ter uma crença religiosa ou espiritual, e 86,5% deles faziam uma ou mais atividades espirituais, como exemplo: oração, meditação, leituras de textos (cristianismo, judaísmo e islamismo). Já no grupo dos estudantes de direito, predominou a sua participação do grupo espírita. Em relação à afiliação religiosa, em ambos os cursos (medicina e direito), os alunos frequentam religiões proféticas monoteístas espíritas, sendo que os estudantes de medicina mostraram maior tempo de disponibilidade de participarem da religião do que os alunos de direito (VOLCAN et al., 2003). A contribuição dessa pesquisa foi promover a saúde mental e sugerir aos futuros profissionais exercitar as atividades espirituais, o que poderia influenciar, psicodinamicamente, nos sentimentos positivos, como a autoestima, os aspectos psicossociais e espirituais.

Experienciar uma filosofia de vida positiva possibilita ter maior consciência e responsabilidade das coisas que se tem de fazer, não eliminando os conflitos surgidos e, ao mesmo tempo, se não busca resolvê-los, não realiza os seus desejos, as suas necessidades e suas exigências que cada de um tem no seu mais íntimo ser.

Não quer dizer que toda pessoa que vive a religiosidade e a fé seja uma pessoa boa e esteja livre de problemas na vida, como, por exemplo, sujeita ao suicídio, ao câncer, à depressão. Por que será que viver a religiosidade não retira os problemas da vida? Na verdade a fé, o Sagrado, Deus não se apresentarão como companheiros de viagem que castigam ou prometem dar felicidade e bem-estar, mas poderão significar ocasião de crescimento pessoal e indicarão um horizonte de

---

[13] PALOUTZIAN; R.; ELLISON, C. Loneliness, spiritual, well-being and the quality of life. In: PEPLAU, D.; PERLMAN, D. (Orgs.). Loleniness: a sourcebook of current theory. p. 224-35, 1982.

tarefas e de sentidos dos quais essa pessoa poderá receber força para prosseguir outra parte da estrada (FIZZOTTI, 2008).

No V Congresso Internacional de Psicoterapia e de Psicologia Clínica, o Papa Pio XII apud (FIORES; GOFFI, 1993) afirma ser o homem uma unidade e totalidade psíquica e que o pecado original não tira dele a possibilidade e o dever de se autogovernar por meio da alma. O autor aqui não excluiu o ponto de vista psicológico do conhecimento do homem. A personalidade da pessoa tem seus recursos internos para se reorganizar, porém, não basta apenas que a ação seja executada somente por si mesmo, ou seja, pela sua própria força mental para contribuir na sua formação integral. Toda concepção deve se referir ao caráter espiritual e historicamente sobrenatural do homem, caso contrário será sempre visão parcial e inadequada de si.

Também é importante mencionar algumas contribuições do pensamento da Santa Teresa de Ávila à Psicologia, e São João da Cruz fez uma explicação filosófica e teológica profunda sobre estas teorias (TEIXEIRA, 2005). Diz que para orientar as almas à perfeição não se pode se restringir a apenas a alguns princípios teóricos; corresponde levar em conta todos os aspectos da pessoa, inclusive os seus condicionamentos psíquicos e a sua espiritualidade (FIORES; GOFFI, 1993). Isso não seria um psicologismo, porque abrange para além de uma situação puramente científica, ou seja, as ciências da conduta do viver humano. Aqui poderia ser referida uma psicologia religiosa. Diante disso, cabe uma pergunta: como é possível o homem ser estudado em sua realidade total, em todos os aspectos da vida? Seria por meio de uma educação, onde a pessoa pudesse desenvolver todas as suas estruturas até chegar à sua realização integral e, simultaneamente, à afirmação de todas as possibilidades de ligação daquelas estruturas com toda a realidade (GIUSSANI, 2000).

Então, como foi apresentado neste estudo, os temas psicologia, religiosidade e espiritualidade vêm crescendo há alguns anos, pois não havia tantas publicações escritas nesses temas no Brasil. Isto é positivo, pois os profissionais e pesquisadores perceberam a necessidade na sociedade, na globalização em que se vive, de uma falta de "humanização", de critérios de valores para julgarem melhor as situações, visando ao bem das pessoas. Parece que com as novas tecnologias, as coisas vêm acontecendo muito rápidas, o consumo desenfreado, com isso, vem mudando e sendo transformados os parâmetros de valores. Ainda se fala muito na palavra "humanização" no hospital, na clínica, e pensamos que precisam ser revistas estas questões de fundo antropológico, isto é, ir às questões: quem é o

homem? Como é sua estrutura? Como se constitui? Aprender a olhar para si mesmo e assim chegar mais próximo à totalidade da pessoa. De tudo que foi dito: com que fundamento essencial se pode estabelecer um relacionamento humano com o paciente? Que ferramenta se poderia utilizar com pacientes graves e crônicos?

Diante disso, como pode o psicólogo desarticular a religião, e não se informar sobre isso como parte da vida humana? Como faz a psicologia desviar olhar para as angústias essenciais do coração humano, não buscar respostas pelo seu sentido último das coisas. Essas são questões que não pertencem a este campo de saber? Como excluir o aspecto espiritual, onde fala da verdade humana e trata da origem, onde nasce todo e qualquer significado? Isso não está próximo da religião? Onde estão a abertura e a humildade ontológica do psicólogo para o diálogo com as outras ciências? A filosofia, a teologia e outras ciências podem oferecer suas contribuições para complementar os saberes, cada um inserido no seu papel e no seu devido valor enquanto ciências humanas.

4 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1 Fenomenologia e Ciências Humanas: a Questão Epistemológica

4.1.1 O Momento Inicial da Fenomenologia: Edmund Husserl

Edmund Husserl (1859 -1938) nasceu em Prossnitz, na Alemanha, matemático de formação, frequentou aulas com o professor Franz Bretano, em Viena, recebendo influência no tema da intencionalidade dos atos humanos. Foi professor na Universidade de Gotinga e, depois em Friburgo, na cidade de Brisgau até 1929. Suas obras principais são: Pesquisas lógicas, Ideias sobre uma fenomenologia pura, Lógica formal e transcendental, Meditações cartesianas, Experiência e juízo (MONDIN, 1985, p. 183).

Em 1933, foi decretada uma lei nacional-socialista que proibia todos os judeus de continuarem lecionando na Universidade, mesmo sendo de religião protestante. Apesar dos diversos problemas enfrentados por Husserl, decorrentes da situação histórico-política, mantinha viva sua motivação pelo método fenomenológico. Desse modo, quanto mais se adentrava às dificuldades fundamentais da lógica, ainda mais percebia em nosso saber, e na ciência a falta de fundamentação sólida.

Husserl (1991, 2007a; 2008) era matemático e muito sensível à influência da psicologia. Escreveu o livro sobre a *Filosofia da Aritmética* o que proporcionou uma discussão e desviou sua atenção para a lógica, nesse período elaborou a obra Investigações lógicas, em 1900-1901. Ele propôs utilizar a fenomenologia nas pesquisas sobre a psique humana cujo objetivo era ir à realidade das "coisas mesmas", absolutamente pura, livre de qualquer pressuposto.

A etimologia de *fenomenologia* deriva de duas palavras gregas, *pahinomai* (fenômeno), que quer dizer aparecer ou mostrar-se; e *logos*, que significa discurso (no sentido de descrição) racional. A *fenomenologia* seria a descrição racional dos fenômenos que se manifestam. Outra definição é o seu sentido filosófico que se constituiu como ciência aquilo que se mostra em absoluto, ou seja, a coisa mesma enquanto apresentada à consciência. Sua denominação é ciência dos fenômenos, que quer dizer, ciência que estuda aquilo que se mostra à consciência em todas as

significações que se é capaz de fazer (GOTO, 2008). Sendo que, a filosofia, é um "pensar" sobre a realidade, que se torna uma "visão de mundo"; o que favoreceu inclusive uma ontologia (somente esclarecida como fenomenologia). A fundamentação da ciência na base do sentido do ser, ou fazer reflexão do ser, com a meta de transparecer fundamentalmente racionalizado. Esses temas a respeito do método fenomenológico se apresentam muito claros, traduzidos em português, nas obras de Ales Bello (1998, 2000, 2004a, 2005, 2006a), filósofa, fenomenóloga, é uma grande estudiosa e escritora de livros sobre Husserl na atualidade.

Ales Bello (1998) se baseia na fenomenologia no que denomina de "princípio de todos os princípios", significa que apenas se deve aceitar o que se é oferecido dentro dos seus limites, ou seja, avaliar as perguntas, os acontecimentos, de maneira que se mostram a si, sem julgamentos prévios.

O termo fenômeno se refere a tudo àquilo que surge no campo da consciência como algo absoluto, puro, e real, não sendo um sentido objetivo e nem uma mera aparência. Logo, toda consciência é consciência de algo, ou seja, não há objeto sem sujeito e nem sujeito sem objeto. Esta correlação é inseparável, pois é a relação de um sujeito que se dirige intencionalmente para um objeto ao qual o sujeito se refere. Por meio do estudo dos fenômenos a fenomenologia, como ciência pura, é como uma ciência que pretende atingir os conhecimentos essenciais (ALES BELLO, 2004a, 2006a, GOTO, 2008).

4.1.2 O Método Fenomenológico

A inspiração nesta metodologia fenomenológica de conduzir a presente pesquisa no cotidiano do indivíduo é redimensioná-la, tendo como objeto de estudo as vivências dos pacientes com câncer em tratamento e dos profissionais de saúde como eles significam a religiosidade e a fé de seus pacientes.

O método da escola fenomenológica se compõe de duas etapas principais, denominadas por Ales Bello (2004a, 2006a), como duas paradas, e assim como é apresentado por Mondin (1985, p.185) como uma fase negativa e outra positiva. A psicologia teve uma participação notável na elaboração deste método - que é filosófico: formado desses dois momentos fundamentais que são chamados de redução eidética e transcendental.

> A distinção entre os dois momentos se deve à função diversa que a epoché exerce neles. Na redução eidética, a epoché diz respeito à suspensão do juízo sobre a existência do objeto real, a fim de examinar apenas as representações. Na redução transcendental, a epoché concerne à suspensão do juízo sobre qualquer conteúdo do conhecimento, para concentrar toda a atenção na consciência pura (MONDIN, p.185, 1985).

Mondin (1985, p.185) afirma que o momento da redução eidética (fase negativa) consiste em "colocar entre parênteses (epoché) tanto os aspectos psicológicos quanto a matéria do conhecimento", para se analisarem apenas as representações enquanto representações. Enquanto a redução transcendental (ou fase positiva), a fenomenologia é "utilizada ao estudo do conhecimento, esvaziando-se este de qualquer conteúdo, de qualquer objeto conhecido ou desejado. Não se trata mais do exame daquilo que sinto, conheço, vejo ou quero, mas do eu que conhece, sente, quer". Esta última visa a considerar a coisa mesma, adentrar e fazer com que ela se mostre em toda a sua realidade.

O ato no qual a essência vem apreendida, é uma visão espiritual que Husserl Tomo III[14] apud (CAPALBO, 2005) descreve como intuição, como sendo um ato puramente imanente da consciência que, dirigindo-se para a coisa nela mesma, atribui-lhe uma unidade de sentido, fundando nas evidências apodíticas da essência. Como chegar à evidência? Um dos meios para alcançar a evidência é a intuição, isto é, a capacidade intelectual que o homem tem para conhecer certos princípios fundamentais de modo imediato, sem intermediários de tipo demonstrativo. Como compreendemos o sentido das coisas? É uma possibilidade de todo ser humano intuir o sentido das coisas, portanto capta-se a essência pelo sentido. Husserl (1991, 2008) utiliza a palavra eidos (origem da palavra ideia, que neste caso não quer dizer tanto um produto da mente, mas sentido), aquilo que se capta, que se intui. O filósofo diz, por exemplo, que seu interesse primordial não é o fato de existir, mas o sentido desse fato (ALES BELLO, 2006a). Assim, "coloca entre parênteses" a existência dos fatos para compreender a sua essência, ou seja, coloca o eidético fora de circuito.

Ales Bello (2004a) interpreta Husserl, ao aplicar este método conseguiu apresentar que o conhecimento tem caráter essencialmente intencional. Ao fazer a análise da subjetividade se pode olhar somente uma parte limitada da realidade, por isso que é necessário voltar e recomeçar sempre do início, e observar a essência

[14] Husserl, H. Recherches Logiques, tomo II.

do discurso. A autora assinala que ao invés de utilizar o termo sentido, se utilizará a palavra essência. *Essência* é uma palavra antiga, que vem da língua latina e que corresponde ao termo grego eidos, de onde deriva a palavra ideia, e em alemão *Wesen ed Essenz*. Só é possível apreender, captar algo por meio do *eidos*, de onde parte a ideia que temos da coisa. Então, a essência é tratada aqui como uma unidade subjetiva de sentido, sendo constituinte do objeto mesmo no seu conteúdo real. Husserl ressalta a objetividade da coisa nela mesma, em seu sentido lógico transcendental e não lógico formal ou psicológico, nesse sentido, ele se mostra contra o psicologismo e o empirismo. É fundamental perceber que o autor fez análises bastante detalhadas para diferenciar a maneira de o sujeito pensar, que atribui sentido ao objeto conhecido (noesis), do conteúdo objetivo de pensamento, o significado ideal da coisa (noema), e sempre recordando a indissociabilidade dos polos noético - noemático da consciência intencional (ALES BELLO, 2004a, 2006a; CAPALBO, 2005).

Um outro elemento importante a ser mencionado é a hilética que está ligado aos dados sensíveis do indivíduo e não tem valor por si mesmo, mas somente quando se apresenta junto com a noesis (ALES BELLO, 2004a; 2006a).

Husserl (2007a) observava naquela época a inclinação difundida na sua cultura de psicologizar o eidético. A ela atribui também os que se chamam idealistas, assim como é forte a influência das teorias empiristas sobre a parte idealista. Ao olhar as ideias, as essências como as construções psíquicas, fazendo referências às operações de consciência nos quais obtém os "conceitos" de figura, cor, atrapalham a consciência que resulta simultaneamente das essências figura, cor, com essas mesmas essências, atribuindo à consciência, aquilo que é real, ou seja, é transcendente por princípio. Essa exclusão restringe à eidética as objetividades transcendentes individuais. Ao se livrar da inclinação à psicologização da essência, um novo grande passo é reconhecer e, por toda a parte, observar inflexivelmente a separação entre essências imanentes (percepção interna) e transcendentes.

De uma parte, estão as essências da própria consciência; da outra, as essências de ocorrências individuais transcendentes à consciência, ou seja, essências daquilo que apenas se "anuncia" nas configurações da consciência, por exemplo, as aparições sensíveis da consciência (ALES BELLO, 2004a, 2005, 2006a).

O eu, enquanto transcendental, consciência pura, em todos os seus atos volitivos, cognitivos e apetitivos, se manifesta pela intencionalidade. Esta se apresenta absoluta diante de uma intersubjetividade (sujeito-objeto), e somente por

meio desta é possível desvelar o fenômeno em estudo. Sendo que o eu é a fonte e a origem constitutiva do ser que tem sentido, enquanto atribui significado ao mundo.

O investigador descreve o campo da consciência transcendental a partir da intuição pura, e excluindo o circuito da existência (no primeiro momento), podendo estar seguros da legitimidade da norma que pretende seguir como fenomenólogos; não fazendo uso de nada que não seja aquilo que possa tornar eideticamente evidente para si na própria consciência, em pura imanência.

Ao fazer a reflexão dos atos transcendentes que está vivenciando, sabe que os está realizando com o que está percebendo ou tocando. Esse refletir é um novo ato, é uma nova vivência, corresponde à consciência de segundo grau, ou seja, é uma atualização da percepção (atos perceptivos são os de primeiro grau). Vivência é aquilo que se está vivendo com o outro. É ter consciência dos atos alheios que são registrados pelo pesquisador e adquire-se consciência[15]. Ales Bello (2005, 2006a) refere Husserl diz que identifica essa consciência também como uma vivência. A pessoa tem vivência empírica como também vivência consciencial.

Ales Bello (2006a, p. 94) enfatiza que o mais importante no estudo de Husserl não é a existência em si mesma, mas a essência, o sentido, o significado das coisas que existem. O que interessa para ele é conhecer o que é a coisa que se deseja estudar, qual é a sua essência, e não somente colocar em evidência o seu existir, mas mostrar o seu sentido. O autor ainda refere que as coisas físicas são conhecidas por meio da corporeidade. A análise inicial da corporeidade, feita pelo autor, foi a mesma realizada por Merleau-Ponty (o que diferencia é a atribuição de uma outra perspectiva na busca de sentido - existencialismo). Ales Bello (2006a) conclui Husserl que se pode dizer que se tem um corpo, baseando-se na análise dos atos registrados por cada um, ou seja, as sensações córporeas que se é capaz de registrar.

É no caminho da fenomenologia, que Ales Bello (2005) interpreta Husserl que diz a relação entre filosofia, teologia, e afirma que a filosofia deve ser reconhecida como uma via-a-téia (via sem Deus)[16] de pesquisa, mas segundo a mesma autora, Husserl em *Ethisches Leben. Thologie. Wissenschaften*[17], publicado em 1924, considera a validade de pesquisas teológicas que iniciam a partir de "princípios revelados" ou de intuições.

---

[15] Consciência é estar cônscio dos atos que se está realizando. Stein coloca que "a consciência é uma luz interior que acompanha todos os atos". Por meio dos atos se dá conta que se tem limitação. Quando em um momento se quer fazer algo e não se consegue (ALES BELLO, 2006a, p.97).
[16] Ales Bello, A. Edmund Husserl. Pensare Dio. Credere in Dio. Ed. Messaggero Padova, Padova, 2005.
[17] Manuscrito transcrito. A V 21. Husserl, E. *Ethisches Leben, Thologie, Wissenschaften* (Vida, ética, Teologia, Ciência), 1924.

Fenomenologicamente, já vê que o âmbito vivencial se evidencia pela redução transcendental e é, essa via horizontal que se aproxima de Deus, a via chamada teleologia - uma transcendência a um ser superior.

4.1.3 Fenomenologia e Psicologia

A psicologia se interessa pela Fenomenologia Husserliana porque como filósofo ajuda a solucionar os problemas que as ciências humanas não podiam resolver sem a base filosófica. A visão das ciências era muito positivista, e frente a essa redução da ciência, foi eliminada toda a subjetividade da consciência, na sua interioridade que abriga e oculta os estados psíquicos (DARTIGUES, 1992). As indagações desses problemas da subjetividade começaram, por volta do século XIX e início do século XX. A crise foi intensa nas ciências, pelo motivo de não ter construído uma base segura da razão, na qual o positivismo e as chamadas ciências da natureza dominaram o território, no desenvolvimento da investigação humana, estabelecendo-se como modelo único para psicologia e outras ciências (GOTO, 2008).

Nesse período ocorreu uma manifestação de algumas áreas da psicologia e filosofia contra as ciências da natureza e o positivismo, apresentando as considerações dirigidas à consciência e à subjetividade humana (razão), sendo que o método tem outra base de orientação que é voltado para as novas questões metafísicas de construção do conhecimento e/ou, com conhecimentos alternativos vindos de análises próprias e do desenvolvimento das cosmovisões.

Em uma conferência realizada em Praga, em 1935, Husserl (2007b) refere-se às questões essenciais do homem que estavam sendo eliminadas da existência, como o sentido da vida, do mundo, o valor da existência, da história porque as ciências positivistas não têm esta preocupação com a subjetividade, e sim com a objetividade que determina todo o seu método científico (GOTO, 2008).

Percebe a insuficiência das ciências positivas abrangerem os fenômenos que iam além da ordem do mundo objetivo físico-natural como do espírito (Geist) ou da consciência anímica ou alma (Seele), sendo estes não reduzidos somente à matéria que fez surgir a psicologia, como uma disciplina fundamental no conjunto das ciências, mas tem como meta explorar e abranger o que a ciência natural não foi capaz de fazer na área dos fenômenos psíquicos.

Husserl (1991, 2007a) esclareceu que a crise das ciências europeias é diferente da crise da psicologia científica, sendo que a primeira ocorreu pelo fato de que o problema não estaria na realidade científica, mas na fundamentação que este tem para o homem. E a crise na psicologia seria a consequência de o homem atingir o sentido da vida. Sabe-se que a psicologia é uma ciência reconhecida tardiamente, e em relação a outras ciências é considerada bem jovem (GOTO, 2008).

Já havia um projeto da psicologia desde o início da filosofia moderna, de emancipar a psicologia em relação à filosofia, pois, no início, os primeiros cursos de psicologia eram ministrados por filósofos e médicos. Goto (2008) menciona que a psicologia trata especificamente do cuidado da alma e busca compreender os fenômenos psicológicos por meio de conhecimentos teóricos sólidos. Estas compreensões, anteriormente, partiam da filosofia, sem recorrência aos métodos experimentais, e diziam que era necessário fazer uma argumentação racional (evidência dos fatos), um método e uma reflexão filosófica (dedução).

Frente a isso, Ales Bello (2004a, 2006a) faz uma consideração significativa que a filosofia fenomenológica não tratava de somente analisar o valor da ciência da natureza e redimensionar a pretensão da representação de uma consciência absoluta, mas de apreender o significado pessoal e a tomada de posição da ciência do espírito, ou seja, a psicologia procura compreender os aspectos importantes do ser humano na sua singularidade e na sua dimensão social e cultural. A psicologia ao fazer pesquisa, oscila entre o uniformismo do paradigma da ciência físico-matemática e a escolha decisiva de uma via humanística, existencial.

A crítica de Husserl (1991, 2007a, 2007b) não se origina nas perguntas a respeito da cientificidade ou utilizações das técnicas, nem de desqualificar o método praticado, mas de salientar esta oposição radical entre técnica e humanismo em nossos dias atuais. Não existe uma técnica sem uma fundamentação humana e seria inviável compreender o ser humano a partir de apenas uma teoria isolada. O que se apresenta em crise são os critérios de valores que foram concebidos, na chamada modernidade científica, e que não favorecerem o manifestar da subjetividade (GOTO, 2008).

Husserl (1991, p.323) já assinalava que o ser humano apresenta diversos aspectos, não apenas filosóficos, mas "é uma vida cuja atividade possui fins, que cria formas espirituais: vida criadora de cultura, em sentido mais amplo, numa unidade histórica".

Husserl (1991, 2007a) apresentou no prefácio das Investigações Lógicas, traduzida do original alemão, para o português, em Lisboa, o porquê precisou

passar pela psicologia (investigar fenômenos psíquicos) para passar à fenomenologia (subjetividade transcendental). No início apresentava a fenomenologia como uma espécie de "psicologia descritiva", porque ao fazer sua caracterização de conhecimento, não podia excluir os fenômenos psíquicos.

Depois no texto "Tarefa e significado das investigações lógicas" (2007a) relacionou o seu estudo de dez anos em torno das ideias puras da lógica e da psicologia. Nesse período, foi preciso retornar não somente à questão lógica, mas à consciência lógica, que fundamentou todo o seu pensamento, na intenção de fazer a ligação entre a lógica e a vivência lógica. Essa fundamentação não encontrou sentido para se tornar verdadeira, por ser uma incoerência chegar à subjetividade transcendental (universal) a partir de leis empíricas (HUSSERL, 2007a).

Husserl (2007a), nas Investigações lógicas, já tomou outro posicionamento, fazendo com que a fenomenologia se distanciasse da psicologia, mas, concretamente, isto ocorreu muito pouco porque ainda eram mantidos fenômenos psíquicos como fenômenos essenciais na produção do conhecimento, e surgiram duas consequências: uma luta contra o psicologismo lógico e simultaneamente, uma aproximação com a psicologia.

Na obra citada, Husserl (2007a) propôs uma nova psicologia, chamada psicologia fenomenológica pela descrição da vida psíquica e não seria outra coisa que ciência da intencionalidade, ou seja, consciência de alguma coisa, e cada conteúdo distinto na sua intuição interna. O autor critica: o que falta na psicologia científica é aprender a ter um olhar fenomenológico, porque quanto mais se investiga a pessoa externamente, menos é possível chegar a uma autêntica psicologia, e jamais conseguiria fazê-la sem reconhecer todas as dimensões humanas na sua concretude.

Em 1903, Husserl (1991, 2007a, 2007b) corrigiu inicialmente, a fenomenologia ao caracterizá-la como psicologia. O conceito mais adequado seria "psicologia descritiva", sendo que a fenomenologia não seria semelhante à psicologia, ao contrário, ela deveria retirar toda a percepção psicológica, porque não se direcionaria ao ser psíquico na sua total realidade. O papel da Escola Fenomenológica na Psicologia seria de servir de metodologia rigorosa para fazer uma investigação da consciência, a partir dos fundamentos universalmente válidos (*a priori*). Desse modo, tanto a fenomenologia como a psicologia se apropriam do mesmo projeto de fundamentar e esclarecer a subjetividade do indivíduo, ou seja, descrever a genuína vida interior e a sua correlação com a exterior, de acordo com os níveis fenomenológicos. Esse método só pode vir da fenomenologia transcendental, porque só assim se encontra a possibilidade de relações

entre a subjetividade e a objetividade, evitando o rompimento indivíduo-objeto, e entre mundo teórico e mundo vivido. A fenomenologia não apenas possibilitou à psicologia o método para ultrapassar o plano empírico, como antes de tudo se apresenta como a única filosofia transcendental possível de resgatar o autêntico projeto da modernidade.

Concluindo, a psicologia como uma ciência reconhecida, com seu valor próprio e a sua função no mundo, ainda é uma disciplina jovem, está sempre aprimorando o conhecimento da pessoa.

4.2 A Contribuição de Edith Stein para o Conhecimento da Pessoa Humana

4.2.1 Itinerário Intelectual de Edith Stein

Apresentamos sinteticamente o percurso intelectual de Edith Stein, bastante conhecida na Europa e que, no Brasil, vem sendo divulgada em muitas Universidades, contando com a contribuição da Profa. Ales Bello. Gradativamente vem crescendo o número de produções científicas sobre Stein no país (ALES BELLO, 1998, 2000, 2004a, 2006a; COELHO JR., 2006; GARCIA, 1988, 1998; MAFHOUD, 2005; 2007).

De origem judaica, Edith Stein nasceu em Breslavia, em 12 de outubro de 1891 e morreu em Auschwitz na câmara de gás, em 9 de agosto de 1942. Em 1911 frequentou a Universidade de Breslavia estudando cultura alemã, cursou quatro semestres de psicologia e se graduou em filosofia, onde conheceu as obras de Husserl. Transferiu-se para Göttingen para seguir os cursos do mestre e, em 1916, discutiu a sua tese de Doutorado "*Zum Problem der Einfublung*" (O problema da empatia), com orientador Husserl e, em seguida, tornou-se sua assistente voluntária na Universidade de Friburgo para onde se mudou. Garcia (1998) refere Husserl, na discussão da sua tese, deixa escrito um documento dizendo que o mérito maior de Stein, foi a sua tentativa de elaborar uma fenomenologia da empatia, e esclarecer a origem fenomenológica dos conceitos de corpo próprio, alma, indivíduo, personalidade espiritual, comunidade social e estrutura social.

Garcia (1998) fez um levantamento das publicações de Stein no *Jahrbuch für Philolosophie um phänomenologische Forschung* (Anuário publicado pelo grupo de fenomenologia), dirigido por Husserl, vol. V nas seguintes pesquisas: *Beiträge Zur*

philosophischen Begründung der Psychologie und der Geisteswissenschaften (Contribuições para a fundamentação filosófica da psicologia e das ciências do espírito). Descreve o processo da consciência, como observa o fenomenólogo, os atos dos diversos processos mentais (estímulo-resposta), a alma, a motivação e a relação entre indivíduo e comunidade.

A jovem adulta abandona a fé judaica e se considera ateia, buscando, porém, a verdade nos estudos. O ambiente dos filósofos fenomenólogos lhe abre uma perspectiva nova, diante do fenômeno religioso e, partindo de sua própria experiência, gradativamente, se converte ao catolicismo, quando realiza a leitura da autobiografia de Santa Teresa de Ávila.

Em 1925 publica, na mesma revista, o estudo *Über den Staat* (Uma pesquisa sobre o Estado) que trata das ideologias totalitárias que se percebiam no mundo, na sociedade, e aí identificou os limites do poder civil e estabeleceu uma fronteira entre o individualismo exagerado e o estado absoluto.

No período de 1922 a 1930, trabalhou como Professora no Instituto das Domenicanas, em Speyer, na Alemanha. Começou a fazer conferências em diversos países europeus. Em 1929, inicia a tradução das Quaestiones Disputatae de Veritate de Tomás de Aquino e publica o ensaio *Husserls Phänomenologie und die Philosophie des Hl. Thomas von Aquin* (A fenomenologia de Husserl e a filosofia de Santo Tomás de Aquino), na mesma revista.

Em 1931, se transferiu para Münster como livre-docente no Instituto Superior de Ciência Pedagógica. Já em 1933, foi obrigada a deixar a Universidade por um Decreto oficial do governo alemão lhe proibindo de exercer qualquer atividade no meio público, pelo motivo de ser judia. Nesse mesmo ano entra no Convento das Carmelitas, em Colônia, tornando-se religiosa. Continuou os seus escritos filosóficos, escreveu a obra Endliches und Ewiges Sein (Ser finito e Ser eterno), que foi publicada após sua morte, em 1951. A obra trata do significado do ser e busca aproximar a filosofia moderna com as formas da tradição filosófica, e fala também da sua formação fenomenológica. Trata-se de uma ontologia em Stein.

> A filósofa parte do fato indiscutível de sua própria existência, em contraposição, com a qual, coloca, como segundo fato irrecusável, o ser essencial. Destas duas premissas, a análise chega à idéia do Ser divino que é uma necessidade ontológica (GARCIA, 1998, p. 20).

Stein (1999c), ao fazer análise da existência do ser como fonte de conhecimento do eu, chegou à conclusão de que a vivência do ser humano parte da sua existência concreta, e esta representa o ponto de partida para a investigação fenomenológica, mas não estabelecendo esta como medida da verdade.

Em 1938, foi transferida para o Carmelo de Echt, na Holanda, fugindo da perseguição nazista na Alemanha. Em Echt escreveu sua última obra, *Kreuzeswissenschaft* (Ciência da Cruz, 2002), homenagem a São João da Cruz. Em 1942, foi presa antes de finalizar o livro, levada para Auschwitz - Birkenaw (Polônia), onde foi morta com apenas 51 anos e, em seu último escrito, fez um bilhete à sua Comunidade:

> Eu estou contente com tudo. Só se pode adquirir uma Ciência da Cruz, quando se sente no íntimo o peso da cruz sobre os ombros. Disso eu estava convencida desde o primeiro instante e, de mim, disse: Salve, Cruz, esperança única... (Campo de Concentração de Westerbork - Barraca 36, agosto de 1942) apud Garcia (1988).

Em 1987, em Colônia, foi beatificada pelo Papa João Paulo II, e em 1988 foi declarada Santa Teresa Benedita da Cruz - Edith Stein, em Roma, pelo mesmo Papa.

A concepção de Stein sobre a pessoa humana faz uma relação da filosofia com a religião, ou seja, uma filosofia cristã. Alguns autores referem que não se trata apenas de reunir filosofia e teologia para constituir uma metafísica, mas de proporcionar uma abertura à totalidade, aceitando questões teológicas para serem avaliadas filosoficamente (MAHFOUD, 2005). A análise de Stein do processo de formação da pessoa se fundamenta principalmente na ação do sujeito que se abre ao que lhe é doado, a ser examinado e favoravelmente assimilado, e nesse processo assimilar o próprio Deus para sua obra e para a participação mais plena na história.

4.2.2 O Método Fenomenológico e Edith Stein: a Questão da Empatia

Stein iniciou a fazer parte do grupo de fenomenologia de Husserl em Göttingen, em 1913, e passou a aprender o método fenomenológico e a desenvolver suas pesquisas aplicando o método na construção de uma fundamentação filosófica

rigorosa de ciências empíricas. Depois que escreveu seu primeiro importante trabalho, tornou-se assistente de Husserl, e esta tese se encontra no livro *O problema da empatia* (STEIN, 2000a). Como afirma Paolo Valori (1985)[18] no Prefácio da tradução italiana de *Zum Problem der Einfuhlung* (empatia)[19]:

> Fenomenologia é a filosofia do nosso tempo. Ela corresponde, efetivamente, àquela necessidade, tão percebida pelos nossos contemporâneos, de ir às coisas mesmas, de ver com os próprios olhos, e depois, descrever com exatidão e fidelidade, a realidade, assim como ela se manifesta, sem ídolos, preconceitos ou pressupostos ideológicos.

Stein (2000a) continuou a utilizar o método proposto pelo filósofo - a fenomenologia da essência - fundamentada no mundo assim como é vivido pelo sujeito. O seu ponto de partida metodológico é "voltar às coisas mesmas", prescindindo de todo conhecimento *a priori* e sem preconceitos que, a princípio, são suspensas na trajetória da pesquisa que ela pretende desenvolver. Esta atitude quer dizer que, ao estudar certo fenômeno, não se deve partir daquilo que já se sabe a respeito, mas voltar o olhar para a realidade mesma e procurar observar o que se lhe apresenta como essencial, sendo esta apreendida e, após, feita uma descrição rigorosa de como o fenômeno se mostra. Stein (1999a, 2000b) reconhece que, no ser humano, existe um eu que apreende a realidade e seus sentidos, acolhendo-os em sua interioridade e atribuindo valores de acordo com seu grau de significado e se identifica aí um indivíduo espiritual ligado a este mundo.

A redução fenomenológica é descrita de modo a "colocar fora de circuito" as preocupações a respeito da existência do indivíduo, o mundo psicofísico e físico, sendo que o pesquisador observa apenas o vivido em si mesmo e pode assim, chegar ao "eu puro" do outro, à essência dos fenômenos, no seu sentido estrutural e universal, mas isto fica claro que não pretende descartar os dados da existência, apenas os elimina por um momento da trajetória (STEIN, 2000b). Aqui há dois "eu": um "o homem real" e um "o eu puro". Cada um é um ser humano real (eu empírico) que é sujeito de suas vivências, e que está sujeito a erros, reduções, e se relaciona com o mundo objetivo e se reconhece aí que o "eu puro" é esta função de identificar, por meio da consciência todas as vivências. Todas as pessoas têm a função

[18] VALORI, P. Prefazione - Edith Stein – Il problema dell' Empatia. Roma: Studium. 1985, p.11.
[19] Garcia, J. T. Edith Stein: Ética na vida profissional. In: Anais Seminário Internacional de Fenomenologia 3. 2006b, São Bernardo dos Campos.

estrutural e essencial que pode ser avaliada sem se referir um específico 'homem real'. Mas, "estas funções vivem nos 'homens reais' e é evidenciado pela reflexão, que é a chave de todo este discurso" (ALES BELLO, 2004a, p. 180).

Quando Husserl (1991) fala deste "eu psicológico" ele se refere à individualidade do eu como "homem real" que também apresenta um "eu puro" nas suas características diferentes, que seria parte da estrutura universal do ser humano.

O objetivo da análise das vivências é compreender como uma pessoa experiencia algo específico, na sua constituição essencial de ser humano, ou seja, apreender o que é essencial em cada vivência. O que se experimenta, vive-se em atos: de ver, de tocar, de ouvir, de refletir, de imaginar, de recordar. Isso se chama o primeiro nível da consciência, que são os atos perceptivos, e um segundo nível de consciência que é o nível dos atos reflexivos. A qualidade desses atos, quando analisados, remete à corporeidade, à psique e ao espírito. Por intermédio do caminho da análise dos atos vividos (registrados na consciência), é possível explicitar que o ser humano é constituído de três dimensões dinamicamente entrelaçadas: material, psíquica e espiritual (ALES BELLO, 2004a, 2006a).

O ser humano vivencia a existência e a humanidade no outro e em si mesmo. De tudo que o ser humano participa, faz experiência de si. Quer se trate no mundo interior ou no mundo exterior, o homem sempre procura qualquer coisa que supera a si mesmo e do que existe, da qual ele e tudo isto que existe depende.

As vivências apresentam seus diferentes gêneros, como por exemplo: escutar um barulho (de algo desmoronando no prédio) e uma explosão. A primeira poderia reagir correndo impulsivamente do edifício, o que demonstraria o pânico da pessoa. Como é comum nessas situações dizerem: "não entrem em pânico, é preciso se controlar para podermos sair", e o segundo, poderia levar o homem a abaixar-se para se proteger (ALES BELLO, 2006a, p.71). Esta primeira atitude de controle é de natureza espiritual ou racional, quando a pessoa manifesta um governo de si mesmo. A vivência do passado também faz parte do eu que permanece no futuro, e que possibilita ao homem perceber surgir uma nova vida em si a cada momento, pois carrega consigo uma história vivida e reelaborada em cada instante (STEIN, 1999b). Todas estas vivências não eliminam a unidade do fluxo de vivências que se forma, se desenvolve em período de tempo determinado, não separadamente, mas um fluxo unitário de uma vivência pode desencadear o surgimento de outra em seguida. Cada vivência se liga a outra, numa sucessão de vivências. Pode-se dizer, então, que o "fluxo é uno porque provém de um eu" (STEIN, 1999b, p.52). Deve-se

fazer atenção que cada vivência possui suas características e se distinguem: 1) de um conteúdo que é recebido na consciência; 2) da vivência deste conteúdo ou do modo como a consciência apreende ou capta esse conteúdo; 3) da consciência desta vivência, seja ela de maior ou menor medida, sempre acompanha o viver e, por isso mesmo, pode ser chamada a própria vivência de consciência (STEIN, 1999b).

No primeiro caso, se destaca que no âmbito do conteúdo vivido existe uma diferença entre dois tipos: não-egológicos e egológicos. O primeiro diz respeito àqueles que estão diante do eu e que são apreendidos com sensibilidade, assim como também os outros indivíduos podem captar, e o segundo se refere aos conteúdos que pertencem ao sujeito da vivência, como sente as coisas e das quais apreende um valor e um significado. O que vai diferenciar um do outro é a intensidade e a forma como são vividos estes conteúdos: os não-egológicos que emergem de uma tensão maior para uma determinada coisa em maneira mais clara e mais vivaz para o indivíduo, enquanto os conteúdos egológicos apropriam-se totalmente da pessoa. "A diferença da clareza da consciência corresponde aos graus diferentes de tensão da vivência. Quanto mais intensa é a vivência, mais clara e desperta é a consciência disso." (STEIN, 1999b, p.53).

É na experiência de intropatia, ou empatia que possibilita viver a intersubjetividade com o outro que é semelhante a mim. Tanto Husserl como Stein reconhecem e enfatizam a dimensão espiritual constitutiva do indivíduo (ALES BELLO, 2006a). Ao iniciar a pesquisa, observa-se fisicamente o sujeito como se apresenta no seu modo de vestir, falar e mover-se, se revela à primeira vista, o seu estado social, a sua profissão e também a sua posição social. No primeiro encontro, dependendo como é estabelecido, já se pode perceber como a pessoa é, na sua essência e no seu caráter. Os sinais se manifestam na face da pessoa, pelo seu olhar, das vibrações da sua voz, das quais não se é completamente conscientes. Enquanto que ao falar toca o outro interiormente, e a reação é de afastamento ou de aproximação. Cada indivíduo é único e peculiar, tem uma relação interior mais ou menos profunda consigo mesmo, estando presente em cada encontro vivido.

Já a convivência estável com o outro, é exterior e universal, e na maioria das vezes desaparece de frente a si o que é interior e pessoal. O acordo recíproco se realiza mais explicitamente estando com um, e com o outro de modo duradouro e de conhecimento, ocorridas nas diversas comunidades; com um caminho percorrido com sua história e, em relação a isto, nasce a consciência da responsabilidade recíproca. A vida do ser humano é uma vida comunitária e é um desenvolvimento que nos condiciona reciprocamente (STEIN, 2000b).

4.2.3 Ser Pessoa Humana e sua Constituição Estrutural

Stein (1999a; 2000b) indagou as dificuldades na questão do homem e suas respostas, abrangendo a totalidade. A pergunta "o que é o ser humano" é o tema central em todos seus escritos, e apresenta características descritivas da estrutura da pessoa com a contribuição de uma fundamentação filosófica para as ciências empíricas como a psicologia, a antropologia e a pedagogia. Frente a isso, Stein criticou a psicologia moderna, contrariamente ao pensamento escolástico, que negou as categorias da alma e as faculdades psíquicas em nome da ciência da natureza, reconhecendo somente os fenômenos psíquicos como fatores da consciência. Sendo que estes não são isolados do corpo, ao contrário, são ligados ao corpo, o que falta é o elemento da consciência.

Foi somente a partir desta busca da fenomenologia pela psicologia que se puderam perceber suas falhas, e fez nascer na psicologia uma visão filosófica – antropológica e fenomenológica na concretude.

A finalidade das análises fenomenológicas visa não somente a uma descrição da interioridade do ser humano, e indagação sobre a estrutura, mas também para aqueles tipos de pesquisa que até o momento eram os únicos modelos metodológicos de ciência, o positivismo. Esse impulso empreendido pelas ciências humanas vem de Husserl e Stein pela exigência naquele período de fazer algo voltado para a subjetividade (ALES BELLO, 2004a).

Trata-se de uma questão epistemológica que se divide em três momentos: que é estabelecer o que é a psicologia, a ciência do espírito e o relacionamento existente entre estas disciplinas. A primeira justifica a investigação sobre a psique, tomando posição nos confrontos com outros grandes estudiosos do seu tempo, e diferenciando uma psicologia empírica de uma psicologia pura. Esta última utiliza a descrição essencial para individuar a estrutura fundamental da psique, que emerge sobre o vivido, e é indispensável para a compreensão do que é o psíquico. Toda pesquisa empírica apresenta casos particulares com uma concepção determinada que parte da estrutura fundamental de seu objeto, para mostrar cada vez o que se percebe. É papel da fundamentação filosófica das ciências empíricas mencionarem suas ideias predominantes (STEIN, 1999b).

A autora menciona que as análises do comportamento não são somente uma psicologia *a priori,* e chama a psicologia como ciência do espírito. Para compreender melhor esta definição, é preciso retomar o termo "alma" que indica uma realidade

formada mais com a psique do que com o espírito e, ao contrário, a vida psíquica resulta da ação combinada entre força psíquica e espiritual. Então, uma psicologia pura cujo interesse é o psíquico não poderia deixar de pensar que o ser humano é uma realidade complexa, e deve-se dar atenção sobre o espiritual, pois é neste plano que se elabora a teoria e, consequentemente, a análise aqui conduzida se apresenta por meio da dimensão corpórea.

A motivação racional é característica própria do espírito, a descrição parte de uma reflexão teórica que se apropria da intuição da essência. Se a ciência do espírito observa as singulares expressões humanas no sentido espiritual, e aí se recortam indagações referentes às áreas específicas - como a ciência social, a história, o direito, aqui se trata de uma pesquisa filosófica-fenomenológica, que vai à profundidade, e pressupõe sempre uma atividade espiritual. Stein (1999b) apreende as estruturas apriorísticas do espírito, e junto está presente o pressuposto antropológico que abrange a totalidade do ser humano, e fazendo assim, ela chama de "psicologia como ciência do espírito". Mas, é importante perceber que a psicologia não deve ser confundida com a ciência do espírito, como já foi sublinhado anteriormente.

A filósofa refere que nos resultados obtidos na relação com o outro, depois de serem refletidos, não se esgotaria o conhecimento sobre a pessoa. Esta afirmação é fundamental na corrente fenomenológica que consegue contestar a possibilidade de uma dedução transcendental da ideia de uma psicologia como ciência de todas as leis relativas do âmbito da psique.

Stein (2000b) busca compreender o ser humano na sua essencialidade, seja na sua universalidade, seja na sua singularidade, o que o torna pessoa. É necessário fazer uma reflexão sobre o que significa "humano" e avaliar as diferenças e as afinidades com os outros seres viventes, como as plantas e os animais. Mais adiante será mencionada a questão da diferença do gênero, entre o feminino e o masculino, não somente como questão sociológica e biológica, mas como elemento estrutural e essencial do ser humano (ALES BELLO, 2007).

Stein, ao analisar fenomenologicamente os atos que caracterizam o ser humano, procura inicialmente colocar entre parênteses o que a tradição havia ensinado, mas não negando estes valores. Ao indagar a essência das vivências do ser humano, constatou diferentes gêneros de experiências que dirigiam os aspectos distintos da pessoa: corporeidade, psique e o espírito (STEIN, 1999b; 2000b). Estas análises foram primeiramente feitas por Husserl e, depois, apropriadas por Stein e interpretadas por Ales Bello (2000a; 2005, 2006a). O conjunto destes aspectos

presentes no indivíduo permitiu reconhecer que todo ser humano é microcosmo, no intuito de integrar os elementos estruturais típicos com os seres do reino animal e vegetal (STEIN, 2000b).

Stein (1999b, 2000b) adotou o termo "pessoa" a partir de seus estudos na filosofia medieval, sendo que todo conhecimento produzido nessa época era visto apenas como filosofia e teologia. Ela estudou São Tomás, e foi assim que chegou à filosofia aristotélica para compreender melhor a filosofia da natureza. Foi, ao estudar o ser humano, a natureza que estabeleceu uma relação entre a leitura aristotélico-tomista e a interpretação que os fenomenólogos (Husserl e Conrad - Martius) haviam proposto. Serão apresentados mais adiante os conceitos e termos apropriados por Stein dos escolásticos que expressaram com precisão a "unidade da pessoa", assim como ela também havia reconhecido nos resultados obtidos de sua pesquisa pelo método fenomenológico.

A concepção de Stein (1999b, 2000b) sobre o indivíduo é ele ser uma dimensão corporal, psíquica e espiritual; e nesta unidade, as dimensões são externamente independentes delas, e internamente completam-se num organismo que se ordena e subordina por uma natureza própria. Concluindo, a alma humana é o centro do ser que precisa de um tripé: espiritual, psíquica e física. Serão descritos separadamente esses elementos estruturais da pessoa humana. Assim, se analisa a constituição estrutural da pessoa:

A. Corporeidade

Ao partir da atitude fenomenológica, o primeiro contato da pesquisa, referente à estrutura da pessoa humana, é aquilo com que se interage e se constrói a experiência vivida com o outro, por meio da nossa corporeidade. Neste encontro, o outro indivíduo é diferente de si, é um estranho que fala, em um primeiro instante, o observa e o descreve no seu aspecto físico, a sua estatura, a sua cor, todas as características próprias de cada coisa material. O que quer dizer que o ser humano, na sua constituição corpórea, pode ser considerado como "coisa material" como as outras coisas, inserido no âmbito da natureza material (STEIN, 2000b). Stein (2000b) refere Husserl apresentava que se tem um corpo baseando-se na análise dos atos registrados por si, isto é, das sensações corpóreas que se registra. E, juntamente às qualidades sensíveis apreendidas na forma material identificada, vê também que o ser humano possui pontos de percepção através dos quais capta a realidade que está diante de si e, simultaneamente, uma capacidade de se mover,

ou seja, responder de modo motor àqueles estímulos que o tocam, configurando-se como "ser sensível" e "ser animado". Esta capacidade sensível se liga ainda a processos reconhecidos e a estados atuais nas pessoas, no qual esta capacidade de mover-se está influenciada inicialmente pelos impulsos internos.

Deve se levar em conta que o corpo não é somente uma massa corpórea (Körper), porém um corpo vivente próprio (Lieb) (STEIN, 2000b). Quer dizer, que o percebe não somente quando algo o toca, mas também como percebe e sente este algo dentro de si, e se apresenta na sua temporalidade e espacialidade, o que faz com que identifique a sua existência, de modo que não pode existir um corpo próprio sem sujeito. A autora acrescenta que a pessoa ao realizar atos de fantasia e recordação não precisa utilizar o seu corpo.

É a *forma interior* que qualifica o todo do indivíduo, é algo qualitativamente determinado: uma espécie, do mesmo modo que é a *força vital* que possibilita atribuir a forma. Essa dá a forma material a uma matéria. Tudo isto que se percebe no mundo é a matéria formada, e se diferencia dos organismos das outras coisas materiais (coisas "mortas") que a formação é um processo vital. A forma vivente começa a agir a partir de uma matéria já formada, por meio desta recebe vida, que é destinada a organizar-se por si mesma, novo material para formar-se e estruturar-se progressivamente o organismo. Isso depende das condições materiais que a forma[20] do indivíduo possa reagir de maneira pura e sem obstáculos, no modo de conduzir o organismo. É necessário mencionar que a força vital é limitada e se deteriora com o tempo. A forma vital, a "alma", faz do corpo humano um organismo (STEIN, 2000b).

> A alma não "habita" no corpo vivente como em uma casa, não indossa-o e retira como um vestido, e se os filósofos gregos definiram como "prisão" ou "tumba" da alma, foi para exprimir com isto uma ligação forte e dolorosa, mais para sempre uma "ligação" (STEIN, 2000b, p. 56).

Então, o ser humano, como ser vivente, tem um núcleo que anima e vivifica a corporeidade, dando uma direção própria ao seu processo de desenvolvimento até a falência dor órgãos ou o fim da vida. A corporeidade pode se manifestar de modo

[20] Forma: morphé, determinante. Determinação do ser, o que faz que ele seja isto ou aquilo. Ex: alma, mesa, mar. Forma interior do corpo ou alma ou entelechia ou força vital – que dá forma à matéria. Causa ou razão de ser de uma coisa, pela qual a coisa é o que é. Princípio e fim de seu devir. Há uma única forma em cada ser. São Tomás (I, 118, 2, ad.2.) Informação verbal fornecido por Marina Massimi e Miguel Mahfoud), no Curso na FFCL - USP, em Ribeirão Preto.

impessoal, através das sensações advindas dos sentidos não despertando na pessoa nenhuma apreensão de significado, ou seja, não toca o eu espiritual do indivíduo; ou de maneira pessoal, assumido cada movimento livre e intencionalmente, constituindo atos pessoais em referência ao próprio corpo, vivenciados como instrumentos da pessoa. Deste modo, o eu humano não é apenas um eu puro, nem unicamente um eu espiritual, mas também um eu corporal. (STEIN, 2000b, p.383). O corpo ao fazer movimento parte de seu centro, que tem leis próprias e outras que foram adquiridas pelas leis externas. É próprio do ser vivo a possibilidade de mover-se. O organismo é um constante movimento, partindo de dentro e dirigindo para fora. Então, o fenômeno se move conforme a relação com as suas próprias leis orgânicas, com a sua forma interior. O ser humano, portanto, é um corpo material, vivo, próprio, e diverso do outro.

A discussão dessa temática entre o corpo e alma ocorre há séculos. O corpo humano deve ser visto como uma substância material autônoma e não pode ser refletida sem a alma. É impossível pensar uma matéria interior ao corpo que não seja conectada com a alma; e do mesmo modo não se deve entender que um evento somente espiritual possa evocar um evento corporal, porém o processo espiritual se for processo psíquico é sempre um processo psicofísico que deve materialmente desenvolver-se num modo físico. Stein (2000b) enfatiza que se deve está atento como ocorrem os diferentes modos dos processos no ser humano, podendo ser causados pelo mundo espiritual ou material, mas a experiência apresenta o que ocorre no corpo e afeta o psíquico, e vice-versa, por exemplo: cessação do rendimento espiritual no caso de forte cansaço ou nutrição insuficiente, incremento das atividades da fantasia com o aumento da temperatura córporea ou sobre o efeito de estimulantes.

Stein (2000b, p.155) menciona os erros principais que poderiam estar entre ambas as teorias metafísicas:

1) Essas colocam a "matéria" e o "espírito" como realidades independentes e unitárias, enquanto se deveria considerar como reais as partes dos indivíduos;

2) Esse conhece apenas o dualismo "matéria" (o "corpo") e espírito, e essas teorias não percebem os estádios intermediários constituídos pelo mundo orgânico e animal;

Então, esclarecendo, a alma pertence ao mundo espiritual, e a partir deste vem qualquer coisa que penetra o corpo vivente (que é uma matéria organizada) e coloca-a em movimento. Sendo assim, não somente a matéria torna-se corpo

vivente permeado pelo espírito, mas também o espírito torna-se espírito materializado e organizado.

B. Psique

Do ponto de vista psicológico, ao fazer a análise da corporeidade, se reconhece uma interioridade que interage com a materialidade do corpo próprio, o que constitui a unidade de um indivíduo psicofísico, formado por corpo e alma (STEIN, 2000b).

Quando o ser humano está diante de uma coisa ou pessoa, ocorrem reações externas e internas, que podem se tornar sentimentos, desejos e intenções. Husserl traz um exemplo de uma folha branca diante de si, Stein faz menção à árvore olhada da janela e Ales Bello faz menção do copo de água diante dela enquanto faz a conferência (ALES BELLO, 2006a). O que estes autores querem dizer com isso?

Ales Bello (2006a) explica o exemplo feito tantas vezes em sala de aula. Ao segurar o copo de água afirma "se tenho sede posso beber esta água", suscitando nos ouvintes o desejo de beber água. Aqui a autora traz o conceito de vivência consciencial de Stein, e pode-se observar isso aplicado à psicologia. Stein (1999b) avalia o "eu puro" como solicitado pelo seu mestre, que dispensa uma existência real e concreta por ser algo que faz parte da estrutura do ser humano. Ela reconhece que, para além dessa consciência, apresenta uma vivência, ou seja, se tem vivência empírica, e também vivência consciencial. Ao experienciar algo dentro de si mesmo (copo), percebe sua vivência (erlebnis) diante desse objeto, a sua relação com a vontade, e se pode beber ou não a água da Professora. O outro (aluno) mostra consciência disso, o que é diferente de apenas segurar um copo de água, pois a pessoa tem sensações, reações e o controle do porque não irá à mesa pegar o copo de água (Professora) e beber.

Ao refletir sobre outros sentimentos vivenciados pela pessoa em sua essência (em suas características concretas), como a tristeza, o sofrimento ou a dor frente a algo ou alguém, Stein (2000b) menciona que cada vivência empírica apresentada é, ao mesmo tempo e de modo consciente, as características que se tem de algo estrutural do funcionamento da pessoa: como percebe as coisas, a potencialidade com que as compartilha com as outras pessoas, podendo ou não atualizá-las. Desse modo, ao fazer tudo isso, está vivenciando a si mesmo.

> A relação entre a esfera física e psíquica pode ser compreendida melhor se faz atenção que a consciência e o fluxo das vivências podem ser pensados como desprovidos dos sentimentos vitais; neste caso, isso significa que se encontra frente de um fluxo de dados de espécie, qualidade e intensidade diferentes, mas sem uma 'coloração' e uma tensão que, justamente são próprias da esfera vital. Na verdade, é preciso constatar a presença de sentimentos vitais, ou seja, de uma 'área' que tem características próprias, mas que "colore" cada dado do fluxo e tal fluxo é irrefreável (ALES BELLO, 2000b, p. 146).

Então, a força vital é diferente em cada indivíduo; somente conhecendo-o é possível arriscar alguma previsão, o que a princípio tem apenas um valor empírico. A autora afirma que não existe determinismo na vida psíquica. Apresenta uma causalidade aí, mas diferente da exata, característica do pensamento científico; é inadmissível qualquer determinação quantitativa dos estados psíquicos, porque está diante de estados qualitativos que favorecem reconhecer sua estrutura essencial.

Ao tratar da estrutura da psique específica do ser humano, Stein (2000b) apresenta o seu conceito de alma. Descreve que a psique é apreendida estruturalmente como uma psique unida e alterada pelo espírito. Esta é identificada como atividade do eu que atualiza as capacidades de se voltar para os objetos interiores, constituídos a partir das vivências da pessoa (apreensão, elaboração de significados e posicionamento livre diante destas experiências) ou para os objetos externos do mundo cultural ou natural. As vivências da psique estão simultaneamente influenciadas pela vida espiritual, que capta o significado apreendido pela corporeidade, pelo estado vital, pela intensidade da força vital sensível, e pela tensão da pessoa (que apreende os objetos e se posiciona voluntariamente frente a eles).

Stein (2001, p.175) ainda refere que "o âmbito autêntico do caráter é aquele da vida afetiva e da vontade. O caráter é a capacidade de sentir e o impulso com o qual este sentir se transforma em vontade e ação [...]". Diante disso, a pessoa pode apreender, frente aos estímulos que a realidade lhe apresenta, de modo adequado ou não, o significado revelado, apresentando uma reação correspondente a este significado (STEIN, 1999b).

Ao se referir a uma predisposição de características na personalidade da pessoa, não quer dizer que se trata de uma concepção de homem limitada, estanque ou fatalista. Ao contrário, ao se dar conta de que é através da dimensão espiritual que a liberdade e a responsabilidade da pessoa estão presentes e exercem uma ação imprescindível no processo de desenvolvimento vital, assim como as

condições ambientais a que ela está submetida. O ser humano pode ter uma influência (decisões) pelos atos livres quando se posiciona frente às qualidades originárias, ou seja, exercita aquelas que deseja desenvolver e inibe aquelas ações que deseja excluir. Isso se chama de processo de autoformação onde as virtudes e vícios vão se constituindo como qualidades do caráter e atuarão no modo da pessoa se posicionar frente à realidade empírica. Compreende-se que o ser espiritual está inserido na unidade de uma natureza humana.

C. Espírito

A dimensão espiritual inicia-se a partir dos "atos" (Akte) ou das vivências intencionais (intentionale Erlebnisse) que são dirigidos intencionalmente para algo ou alguém. Como foi apresentado anteriormente, que na vida psíquica é possível descobrir certa intencionalidade, mas ela se mostra superficialmente. Ao analisar os atos vividos no cotidiano, a pessoa conscientemente atribui o significado da sua real intencionalidade (STEIN, 2000b).

A pessoa ao atribuir valor e significado à realidade vivida está exercitando a dimensão espiritual, aí se pode apreender o espírito como um "emergir de si mesmo" e também uma abertura do ser para o mundo objetivo das coisas da natureza, para o mundo subjetivo da vivência das outras pessoas humanas ou para o mundo voltado para Deus (encontrar a si mesmo). A vida espiritual é a área mais autêntica da liberdade, onde a pessoa toma posição diante de uma situação difícil da realidade (exemplo, a guerra, a doença), se comunica e atua de modo criativo (STEIN, 1999b). Por meio dos atos livres como a aceitação ou rejeição de um pensamento ou impulso, a decisão de algo, o indivíduo atribui uma direção com propósito a suas ações, podendo fazer atenção a um argumento específico da experiência.

Então, a força vital espiritual do indivíduo está essencialmente ligada aos estados psíquicos espontâneos dos sentimentos (força vital psíquica) e aos estados sensíveis da corporeidade (força vital sensível), sendo reconhecidos e sentidos de modo diferente em cada indivíduo. A força vital psíquica se refere aos valores objetivos, ao mundo cultural, e aos valores subjetivos, à atitude recebida da tomada de posição dos outros em relação a si, e nutre todo o dinamismo vivencial do indivíduo através de seus propósitos, dos seus atos livres e de suas tomadas de posições (STEIN, 1999b).

Ao se relacionar com o outro indivíduo, inicia-se uma observação exterior, porém esta não é uma experiência de base e se funde com a percepção da

interioridade, quer dizer, a pessoa ao se colocar consciente do seu eu, não somente corpo vivente, instrumento de sua realização, mas experienciando a totalidade do seu eu corpóreo-psíquico-espiritual, a pessoa pode viver o seu centro, aprimorando sua personalidade e assumindo uma existência autêntica (STEIN, 1999b). Stein (2000b, p.70) ainda refere que "a existência do homem é aberta em direção ao interno, existência aberta para si mesmo, mas com isto é também aberta em direção ao externo e é existência aberta, que pode conter em si o mundo".

A pessoa ao estar atenta ao seu movimento que parte do seu núcleo, pode viver de uma maneira mais tranquila e integrada consigo mesma, pois é daí que apreende as sensações que vêm do mundo interno e externo e se posiciona frente a eles. Stein (2000b, p.132) afirma que é somente deste modo que a pessoa pode tomar decisão de modo consciente, e também serve para qualquer compromisso na vida, seja em fazer qualquer coisa, podendo doar-se e sacrificar-se a si mesma. Assim se experiencia a liberdade, ao poder escolher de modo livre e consciente a partir do centro e experienciar a partir dele ou se orienta por vivências superficiais, ou seja, da massa, como fazem todos os outros.

O resultado desta escolha definirá o tipo de caráter da pessoa que se manifesta em todos os seus atos, pois o homem é chamado a viver também em seu íntimo e, consequentemente, governar a si mesmo, o que somente é possível a partir deste ponto de apoio. Pode decidir, assim, assumir um lugar conveniente no mundo. Stein (1999b, p. 134) sublinha que o homem jamais com suas forças explorará completamente o seu íntimo, este é um segredo que pertence a Deus, o infinito que somente Ele pode desvendar conforme lhe aprouver.

É somente a partir do íntimo da alma, que se pode formar a própria pessoa e favorecer a sua autorrealização, pelo fato de já estar coligada a uma imagem autêntica estrutural. Mas, para isto depende sempre do movimento do indivíduo, da matéria que é oferecida em seu processo ativo de assimilação, pelo qual vem a plasmar e formar o seu próprio ser em corpo e alma; referindo a partir de um centro pessoal como sede fundante do ser pessoa, na medida em que oferece uma imagem autêntica.

D. Unidade da pessoa humana

A pessoa, ao vivenciar sua unidade como corporeidade e psique, parte do espírito, ou seja, faz-se "consciência" tanto das experiências quanto das ações vividas, não se tratando aqui somente de uma reflexão, mas de uma luz interior que

é jogada sobre esse processo de um pensar de modo consciente que orienta o caminho vivido, conforme explica Stein escrito por Ales Bello (2007, p. 86). Esses atos podem partir da percepção, da recordação, da imaginação, do pensamento, e assim se manifestam na relação com mundo externo e interno. Esses atos são registrados, sejam partindo de dentro ou de fora do mundo do indivíduo, eles podem ser movidos de uma parte à outra, sendo desvelados e elaborados em cada momento a si: a percepção externa, como dito anteriormente, é a primeira que surge e faz registros das sensações vividas. A realidade interior manifesta a complexidade de sua constituição como seres humanos.

Ales Bello (2007) define claramente estas dimensões configurando-lhes uma unidade, traz o reconhecimento do outro e de si mesmo: a percepção diz que se tem uma dimensão corporal; as tensões, as emoções, as reações de atração e repulsa falam que existe uma dimensão psíquica; e a terceira dimensão espiritual se refere os atos de vontade, as tomadas de posição conscientes, as avaliações ulteriores, qualitativamente diferentes das duas primeiras (dimensão psíquica e corporal), que se definem como espírito.

Todas essas dimensões constituem a unidade e a complexidade do indivíduo. O ser humano é feito de corpo e alma, como é indicado pela tradição, mas segundo Ales Bello (2007) pode ser questionado, analisado em profundidade e, entretanto, substancialmente convalidado partindo através dos atos vividos na experiência cotidiana. Ao fazer esta análise, inicia-se a partir da experiência de si mesmo e sobre si mesmo, tendo os outros como pontos de referência.

Um ponto importante a ser considerado é que as dimensões do indivíduo estão ligadas ao modo como a força vital da pessoa condiciona a tensão das próprias vivências (STEIN, 2000b). Estes fatores externos influenciarão a vida psíquica, e estes também atuarão na atividade espiritual exigindo maior esforço do eu frente a alguma situação específica, como, por exemplo, escrever uma tese, que vai exigir uma atenção e concentração na elaboração e organização das idéias (COELHO JR., 2006).

4.2.4 Ser Homem e Ser Mulher: Dualidade do Ser Humano

Stein (1999b) descreve o que é o ser humano e como é constituída a sua estrutura, já apresentada, na trilogia dimensional, sendo que se podem perceber

algumas afinidades do ser humano com a vida vegetal e animal, como, por exemplo, as características de um ser vivente, sensível, que tem um corpo material e psíquico, na sua constituição interna orgânica. Já a estrutura da pessoa humana tem seu diferencial das outras espécies, pela sua complexidade, partindo da sua universalidade, que não é somente corpo, mas tem a dimensão psíquica e espiritual, e assim chegando às singularidades específicas, seja mulher ou homem, oferecendo os fundamentos necessários para o reconhecimento destas características.

A autora, em sua busca interior, se indagava filosoficamente onde melhor se encontrava a verdade do ser humano; como pesquisadora, professora, se centrava no problema da formação educacional das mulheres. O resultado de suas longas pesquisas sobre o "feminino" foi escrito no livro intitulado *A mulher: sua missão segundo a natureza e a graça* (1999a), não parte de uma contraposição do pensamento masculino, mas sim reivindica um papel público e uma posição social, pois a mulher, até o início dos Novecentos era desprezada e sem privilégio nenhum.

A primeira característica que Stein (1999a) trata é que entre o homem e a mulher existe uma diversidade estrutural e cultural, ou seja, tem uma alteridade, mas não subordinação da mulher. Ainda se vê na sociedade a mulher como o sexo frágil e desprotegido, não sendo possível, para ela, fazer uma racionalização inteligente e coerente sobre o mundo. Stein (1999a) apresenta um novo feminismo, sem negar a essência do fenômeno mulher. Inicia pela ontologia fazendo distinção entre os sexos, o que é diferente de muitas outras feministas que contribuíram com suas reflexões filosóficas e indagações fenomenológicas, que tentavam criar algo inovador, não partindo de algo já existente, mas queriam criar a estrutura de um pensamento original, mas acabaram eliminando a essencialidade da mulher; ao tentar destruir a filosofia tradicional, apresentaram em uma prospectiva machista, um prejuízo para a filosofia, como, por exemplo, as filósofas: Luce Irigaray, Simone Beauvouir, assim como outras filósofas sobre o feminino na contemporaneidade apresentadas por Ales Bello (2004b) no livro *Sul feminile: scritti di antropologia e religione*. Pode-se observar que nos dias de hoje essas ideias se fazem importantes serem conhecidas e difundidas no meio acadêmico e profissional, pois aqui apresenta uma visão de ser humano na sua estrutura; com uma antropologia que atribui uma unidade de viver simultaneamente na mesma pessoa características masculinas e femininas, e favorecendo um equilíbrio na estrutura dessa pessoa de poder autogovernar seus sentimentos e ações.

Portanto, para conhecer melhor estas características especificamente femininas, e masculinas, Stein (1999a, p. 188) faz um apanhado epistemológico de quatro diferentes métodos de análise para identificar como são observadas e descritas. Ela pergunta: "de que teoria se podem tirar critérios para os seus elementos essenciais para uma base sólida? Que caminho temos disponível para chegar ao conhecimento e tomar posição diante de uma análise presente?" É preciso verificar qual foi o objetivo desta análise, qual o caminho escolhido, e se neste foi possível alcançá-lo.

- Método das ciências exatas: refere à psicologia científica ou elementar que descreve características femininas e masculinas de modo isolado e estatístico; também realizado pela fisiologia na compreensão das funções do corpo (STEIN, 1999a);

- Método das ciências humanas (psicologia individual): refere à psicologia individual, compreensiva ou estrutural que busca um conhecimento geral da psique masculina e feminina, por meio de uma análise de conteúdo psiquiátrico, literário, prático-pedagógico e também de material biográfico de vivências pessoais (STEIN, 1999a);

- Método filosófico: se refere à análise dos conteúdos universais da espécie humana, de sua especificidade do homem e da mulher, e sua singularidade. Supõe-se como evidente que a experiência individual inclui algum conhecimento genérico. Daí aparece para o filósofo a tarefa de destacar essa função geral de conhecimento que se mostra em cada experiência, e depois treiná-la até chegar ao rigor de método científico (STEIN, 1999a);

- Método teológico: se refere à filosofia cristã, fala da salvação do homem, da Revelação divina e possibilita uma visão mais ampla do que é ser homem e mulher, diz respeito à essência da natureza, e da missão de cada um no mundo. É aqui que se podem responder as perguntas essenciais que a vida coloca, como por exemplo: que coisa esperamos ao fim da vida? Que coisa se deve fazer para ir ao paraíso? (STEIN, 1999a).

Para Ales Bello (1998), é somente pela integração de diversas informações dos métodos e de outras ciências que se podem apreender melhor as particularidades do ser feminino e ser masculino. A autora traz sua discussão fundamentada no método filosófico, apoiada no referencial fenomenológico; e no método teológico descreve a natureza do homem e da mulher, os compara e os diferencia na sua essencialidade, sendo que as características diferentes são

avaliadas pelo âmbito do conhecimento, dos aspectos afetivos, e das relações intersubjetivas.

Stein (1999a) faz uma comparação entre a filosofia e a teologia para explicar o que poderia contribuir e ampliar o horizonte da sua compreensão, e diz que somente por meio da fé integra o fundamento teórico entre estas teorias. "Teremos como ponto de partida aquilo que a fé nos propõe como finalidade do ser humano, valendo-nos da reflexão filosófica, apenas quando é apropriada para elaborar intelectualmente o conteúdo da fé ou para complementar aquilo que a fé deixa aberto" (STEIN, 1999a, p.212).

O ponto central de sua contribuição é a antropologia dual, ela faz a comparação da diferença essencial entre as características de ser mulher e ser homem em sua concretude. Leva em conta que tanto o homem como a mulher são seres humanos e têm seus direitos e deveres, mas ao mesmo tempo são diferentes. Não somente o corpo é estruturado de maneira diferente, não somente diversas são algumas funções fisiológicas particulares, mas também a vida do corpo é diferente, o relacionamento da alma com o corpo não é o mesmo. É diferente o relacionamento do espírito com a sensibilidade, como interação da potência espiritual entre eles (ALES BELLO, 2004a).

A diferença dos gêneros consiste em questionar de que maneira a vida de um e de outro surge, e consequentemente intervir do ponto de vista pedagógico. Apresenta algumas particularidades fundamentais da distinção: "à espécie feminina corresponde unidade, integridade de toda a personalidade psíquica-física, o desenvolvimento harmônico das forças (potência); e a espécie viril se destaca pela potencialização máxima de forças isoladas" (STEIN, 1999a, p.206).

Tanto a mulher como o homem apresentam traços estruturais humanos, mas é diferente o modo de se comunicarem e se colocarem em relação ao outro e ao mundo cultural. Cada um, na sua interioridade, no seu modo de ser deixará uma marca peculiar na construção de si mesmo e da realidade, pois na essência, têm os mesmos potenciais humanos, o que os diferencia é a relação que cada gênero estabelece em relação à alma com o corpo e com o espírito, porque cada um tem sua constituição diversa e, consequentemente, terá um modo peculiar de lidar com sua corporeidade, e eles terão características estruturais diversas que poderão ser atualizadas em cada pessoa individualmente. O homem tem o impulso de conhecer, e se apossar desse objeto que deseja até que possa realizá-lo. Sem pausa e moderação, cultiva apenas uma tarefa a fundo, e assim abandona as outras, podendo levar a uma atitude de tirania, ou seja, domínio brutal (sobre todas as

criaturas, mas, especificamente sobre a mulher); e a mulher por ter uma tendência de ser disponível, e se doar no cuidado do outro, pode também acabar se degenerando em uma escravidão ao homem, e no afundamento do espírito na vida do corpo e dos sentidos (STEIN, 1999a, p. 209; ALES BELLO, 2007, p.93).

Ao fazer a análise da dualidade, é preciso retornar o olhar ao contexto histórico, social e particular de cada pessoa, conhecer o seu núcleo profundo e irrepetível. Assim, se pode chegar à alma espiritual (STEIN, 1999a).

Qual seria o destino do homem e da mulher no contexto social? O que deve ser levado em consideração é que ambos foram criados para se complementarem e ajudarem na realização de si mesmos, e tentar lidar com os obstáculos que surgirem no caminho devido a suas diferenças, pois tanto um como outro têm responsabilidade diante da alteridade (STEIN, 1999a). Como se pode ver que ambos têm diversidades ao caracterizar corpo, psique e espírito, mas que a origem destes contrastes, e, entretanto, a solução do problema, pode ser encontrada no terreno ético-religioso, em particular na tradição hebraico-cristã. Há possibilidade de conhecer a correspondência humana experimentada na relação com o Filho de Deus que passou a fazer parte concreta da história como homem, de maneira tal que sua presença plasme o íntimo de ambas as almas e, percorrendo toda a pessoa, na sua atividade espiritual, e na relação social, favorecendo a constituir uma cultura marcada por certa correspondência com o humano que só algo divino pode proporcionar (MAHFOUD, 2005).

Ao tratar de comunidade familiar, não se fala de domínio do homem sobre a mulher, mas de viverem em companhia, e que possam auxiliar de modo harmônico, a completude e a reciprocidade no desenvolvimento de suas características psicofísicas e espirituais para constituição de uma natureza íntegra. É necessário também que ambos sejam apoiados em uma ética aberta à dimensão religiosa.

Muitos dos problemas surgidos na vida da comunidade, que chamamos de enfermidade, de anormalidade e de problema educacional advêm do pecado original, sendo esta a chave interpretativa onde inicia a desordem do mundo, e nascem outros conflitos, mesmo aqueles entre "irmãos e irmãs" (STEIN, 1999a, p.209; ALES BELLO, 2007, p.97). Então, o pecado obscurece a comunidade em viver em paz um com o outro, pois predomina o desejo de domínio de um sexo sobre o outro. Por isso, o trabalho de formação necessita abranger a meta sobrenatural.

4.2.5 A Formação da Pessoa: o Processo de Tornar-se si Mesmo

O ser humano ao ser lançado no mundo é formado pelo seu ambiente que o circunda, e é influenciado por este, pois, muitas vezes suas potencialidades podem ser transformadas das suas condições naturais, pelas externas onde está vivendo. Isso não impede que ao receber as contribuições culturais, a pessoa possa discernir e agir na criação de transformar a realidade que está à mercê, o que contribui na sua própria formação pessoal (STEIN, 1999a; 2000b). O ser humano é livre e responsável pelas suas ações, por isso, ao tomar decisão deve ser pensado duas vezes antes de agir porque não se pode voltar o tempo atrás. O processo de formação do indivíduo parte deste reconhecimento de característica ativa na participação e na construção sociocultural que é constituída.

Um ponto importante é "a ideia da formação", escrito por Stein (1999a), aparece numa conferência, em que ela apresenta diversos conceitos. O primeiro se refere ao conhecimento que não é apenas "posse externa de conhecimentos e, sim, a forma que a personalidade humana assume sob a influência de múltiplas forças vindas de fora, ou então o processo dessa moldagem" (STEIN, 1999a, p.137). Trata-se de formar uma matéria (vir-a-ser) e criar nela uma forma ou uma imagem, ou seja, a formação pressupõe um modelo a ser matéria (corpo) em que atua. Garcia (1988) afirma, na mesma linha da autora, que a pessoa não é formada somente com o aspecto intelectual, que deve somente memorizar os conteúdos, e na transmissão de aspectos morais, mas que a pessoa deve aprender valores e praticá-los. Todo ser humano tem esse bem interno e a partir daí se podem desenvolver valores, sendo que cada um deve priorizar determinados valores que vão ao encontro com a sua meta, com sua vocação.

Ao formar uma matéria é necessário, primeiro, saber responder quais são as características particulares dessa matéria que se deseja formar, seja ela matéria animada ou inanimada. Stein (1999a) discute iniciando com as categorias da filosofia aristotélica- escolástica com uma certa maleabilidade e uma predisposição, ao passar pelo processo de formação.

A autora antes de explicar a matéria animada, introduz o que é a matéria inanimada - seriam os objetos que são suscetíveis a uma forma exterior e servem de modelo ou imagem mental, partindo de uma ideia *a priori*, em que sejam respeitadas as características essenciais destes objetos: consistência, elasticidade, densidade. Essas características oferecidas para os objetos plasmados são

introduzidas apenas exteriormente. Ao entrar no reino das matérias animadas que são três: vegetal, animal e ser humano, elas devem se partir que a formação da matéria vem de dentro, tendo os seus limites e possibilidades.

Ao avaliar a matéria vegetal, as plantas, pode-se identificar a existência de um processo formativo que tem um interior e lhe dá uma direção para o desenvolvimento e uma definição de suas propriedades específicas. Este se formar do interno vem indicado por Tomás de Aquino como *forma interior ou alma*, reconhecida como *princípio vital, alma vegetativa*[21] ou entelechia[22] de acordo com Aristóteles.

> Compreendemos, neste modo, que o processo de formação tem um fim, que tende a uma determinada forma. Este fim é a estrutura desenvolvida e articulada que age do interno, para manter-se nesta forma - precisamente age de maneira que cada membro cumpra de um modo particular o âmbito total, é isto um organismo, pelo qual o todo é organismo, mas que vai além de si, produz a partir de si outras formas do mesmo tipo. (STEIN, 2000b, p.76).

Com isso, pode-se dizer que a unidade pessoal assume a "*alma vegetativa*" que é inteiramente forma corporal, vida interior que vai se desenvolver, conforme o modo como são respeitadas pelas influências externas, como o mundo natural, e a atitude humana pode florescer seu potencial como pode secar e morrer. Pode se dizer que as características do ser das plantas, no seu processo de formação, podem crescer no sentido de adquirir resultados mais eficientes à sua natureza (STEIN, 2000b). Segundo a cosmologia, o mundo criado se apresenta com uma série hierárquica de formações: coisas materiais, plantas, animais, seres humanos e puros espíritos.

> Os níveis se delimitam por princípio um do outro de modo tal que com cada um é dado qualquer coisa de novo. Não são privados de ligações recíprocas, vale dizer que no grau de 'volta em volta superior' é conservado isto que é próprio daquele inferior (somente os puros espíritos não valem, a motivo da livre liberdade da matéria, isto é, a causa da materialidade, é própria da criatura terrena). Age, consequentemente em cada nível uma lei de continuidade (...) (STEIN, 2000b, p. 78).

---

[21] Alma vegetativa: é o princípio vital interior que tem como funções a alimentação, o crescimento e a reprodução (STEIN, 2000b, p.94).

[22] Entelechia: origem grega. Em Aristóteles indica a perfeição de um ente que é em ato e não mais em potência que alcança o seu fim. Entelechia é nos seres viventes, a alma. A entelechia é consequentemente um conceito lógico-ontológico, não biológico; é também perfeição atuada em oposição ao ato em via de fazer-se (Morselli, Emilio. Dizionario di filosofia scienze umane, Milano: Carlo Signorelli Editore, 1997).

Cada ser humano na sua formação tem um nível superior e um inferior. A cosmologia se apresenta como um problema do ser humano ligado a todo o mundo real e à distinção entre os âmbitos da realidade. São Tomás de Aquino interpretado por Stein (2000b) afirma que ser homem é tudo o que é em virtude de uma forma interior que é a alma racional, que é diferente da alma das plantas e dos animais, porém contém em si, como parte inferior, tudo o que é próprio daqueles.

A alma se expressa através do corpo vivente que é provocado por um estímulo que influencia a si mesmo e à própria vida interior em mostrar-se de um modo acessível aos sentidos. Isto que emerge por via do corpo é uma interioridade num sentido mais próprio, e não somente perceptivo que vem do externo e reage ao externo. Essa é chamada *alma sensitiva* ou *animal* que é caracterizada pela sensibilidade (abertura sensível), liberdade[23] de movimento no espaço e está ligada aos sentidos sensoriais (visão, audição). Há uma unidade de equilíbrio; não uma unidade entre duas substâncias separadas, mas uma matéria formada de modo vivo, no qual a forma se mostra na matéria e se exprime, na contemplação interior, compreensão e atualização da "vida na alma" (STEIN, 2000b). Há um significado particular dos animais, de um lado, como expressão da vida psíquica e do caráter específico, de outro como distinção entre animal e humano.

Tem uma série de categorias que classificam a multiplicidade da vida psíquica atual. Não será uma enumeração exaustiva. O "*corpo vivente*" não é somente um corpo material, também tem alma (*Durchseelten*); e pergunta se aí há algo de "corpóreo", e como se juntam no corpo vivente as leis da natureza material, do mundo orgânico e do mundo animal. São Tomás escrito por Stein (2000b) abrange o todo deste corpo e, ao mesmo tempo, estrutura tudo isto numa multiplicidade de membros pertencentes à mesma alma. O termo espécie indica não somente a forma de agir do ser humano, mas a totalidade da formação real. A unidade da espécie não é unicamente coletiva, mas genética. O tender do indivíduo, a espécie não tem somente o sentido de formar a si mesmo como exemplo da espécie, mas de gerar a partir de si novos exemplos.

A alma humana tem existência própria e superior à do corpo. Stein chama de *alma intelectiva*. "A alma intelectiva deve constituir, formar e governar a si mesma e ao mesmo tempo construir um mundo no qual ela possa viver e operar: seu ambiente é um mundo espiritual(...) nela há formação do ânimo e formação da pessoa inteira, do homem uno corpo e alma" (MAHFOUD, 2005, p.7). Na pessoa, a

[23] Liberdade: não significa livre arbítrio. Refere que o movimento animal é determinado do exterior e do interior, com base em lei e é resultante da soma dos dois sentidos (STEIN, E. La struttura della persona umana. Roma: 2000b, editrice Città Nuova).

matéria a ser formada não está à mercê do externo, como o vento (sem direção), ou a argila, que se pode ser moldada como quiser, de um modo passivo, mas constitui-se uma matéria viva que está em processo de desenvolvimento desde o seu começo, partindo de dentro. A força germinativa do ser humano é a alma humana, que porta em si uma potência e que espera que se cresça em um determinado caminho, chegando a uma "certa estrutura que é a personalidade madura, totalmente desenvolvida, uma personalidade com características individuais claramente definidas" (STEIN, 1999b, p.137).

O que significa que o "eu" deve formar a si mesmo? O eu e o si mesmo significam a mesma coisa? Sim e não. Si mesmo é onde já se encontra a reflexão. Seria a pessoa formada, enquanto o eu, é uma matéria que ainda não está formada (completa). Por exemplo, o bebê ainda não tem a capacidade de dizer por si mesmo, pois ainda é apenas um eu, uma "matéria" para a formação através da atividade do eu, ou seja, através da intersubjetividade com a mãe ou substituto formador (MAHFOUD, 2005). Stein (2000b) explica que se decide em cada momento, define não apenas a estrutura da vida atual presente, mas é fundamental para isto que eu, ser humano na sua própria inteireza, torna-se.

Segundo Stein (1999c), nos seus escritos psicopedagógicos do "Ser Finito, Ser Eterno" que fala do Ser pessoal do indivíduo e mostra uma abertura do Ser Eterno, onde se pode chegar ao verdadeiro encontro com o Ser pessoal no qual se verifica o ser em sua Plenitude: "Seu Eu é um presente eternamente vivo, sem início nem fim, sem erros nem escuridão".

Stein (2000b) deixa bem fundamentada sua contribuição ao se referir a si, humano, não se limitando apenas a um desenvolvimento completo corpóreo, psicológico, se não chegar a atuar com a sua capacidade do espírito em sua corporeidade, com suas qualidades psíquicas e espirituais, consultando um horizonte de possibilidades, e limites, na sua capacidade de mudança e desenvolvimento pessoal. Nada seria suficiente se não contribuísse para formação pessoal de tornar-se si mesmo. O esforço da pessoa em sempre buscar ser e fazer algo mais é infinito, nenhuma coisa e ninguém podem ser capazes de limitar a pessoa frente às possibilidades oferecidas no mundo, que se abre a si e se permite fazer uma atualização e crescimento pessoal. É esse dinamismo que permite cada indivíduo tornar-se mais si mesmo. Para a autora a vontade se abre pelo meio espiritual, através das três particularidades: sentir, querer e conhecer. Esses são os três elementos essenciais da constituição do eu da pessoa. Eles acontecem

simultaneamente num único ato, e se o outro está aberto, esse sentir é uma forma de conhecer.

Já a intuição espiritual nutritiva "assume o estímulo à ação - sente-se levada a fazer com que a própria essência, aquela que interiormente a plasma, demonstre a própria eficácia no exterior, em atos e obras que a testemunhem: é uma parte essencial da personalidade" (MAHFOUD, 2005, p.8). Ales Bello (1998, 2004a, 2006a, 2009) apresenta com propriedade Stein, com um novo olhar de fazer pesquisa, um modo diverso de compreender e analisar o ser humano, o pesquisador também sofre a análise, tornando-se participante na investigação. Isso possibilita mergulhar e fazer uma correlação entre a interioridade e a exterioridade que se mostram nos desdobramentos das análises desenvolvidas e na sua trilogia fenomenológica (físico, psíquico e espiritual); as suas vivências, o modo como foi intuído pelo sujeito e o sentido desse dado.

5 AS ESPECIFICIDADES DA BUSCA RELIGIOSA PELA PESSOA

Para compreender o fenômeno religioso se indicam duas importantes interpretações de Van der Leeuw e de Stein que se combinam e se completam para este estudo, que serão apresentados a seguir.

5.1 Abordagem do Fenômeno Religioso - Gerardus Van der Leeuw

Dentre os fenômenos estudados pelo método fenomenológico, o fenômeno religioso tem sido estudado por muitos pesquisadores. Destaca-se um texto que é fundamental ao se tratar do fenômeno religioso na experiência religiosa. Será apresentado um pequeno percurso da clássica obra do historiador das religiões Gerardus Van der Leeuw que procura conhecer o que é a religião, e o modo melhor que encontrou para isso foi utilizando a fenomenologia - enquanto método e filosofia. Esta obra chamada Fenomenologia da Religião (*Phänomenologie der Religion*) foi publicada, originalmente, em holandês, em 1933. A proposta deste autor foi a de transformar a fenomenologia da religião em uma "ciência" do estudo do sagrado, do sobrenatural, do transcendente, distinguido-a das outras ciências naturais, e foi pelo método fenomenológico que ele conseguiu atingir o objetivo de apreender a estrutura e a essência de cada religião (VAN DER LEEUW, 1992).

Na opinião de muitos pensadores, a experiência religiosa, longe de ser uma barreira para a pesquisa racional, se constitui, pelo contrário, como um estímulo poderoso. Que coisa é a religião? É originada de uma experiência humana. Ales Bello (1998; 2004a; 2004b; 2005), uma grande estudiosa em Fenomenologia da Religião, menciona que entende porque Van der Leeuw refere que não se pode falar da experiência religiosa, ou qualquer experiência se o pesquisador não estiver mergulhado nela. Quer dizer, é necessário vivenciar o que se deseja estudar para poder melhor compreender como o outro poderia vivenciá-lo. A experiência é o ponto de partida da pesquisa fenomenológica. O passo seguinte é fazer a compreensão reflexiva do objeto de estudo (experiência religiosa), portanto, "partindo do fenômeno tal como se apresenta na sua facticidade para procurar os seus elementos essenciais. Trata-se, da distinção crucial entre "viver" um fenômeno e descrevê-lo fenomenologicamente" (ALES BELLO, 1998, p. 108).

Ales Bello (1998) menciona que Van der Leeuw não era propriamente um filósofo, fenomenólogo, mas historiador, que apresentou excelentes trabalhos com apoio e orientação de Husserl e os seus passos metodológicos para fazer a análise. O que levou o autor a estudar o tema religioso foi a convicção de que tal pesquisa lhe permitiria identificar um conceito importante: a ideia de potência[24].

Van der Leeuw (1992) resumindo o método de Husserl, a fenomenologia é o estudo do fenômeno, pois tudo que existe, existe como fenômeno. A fenomenologia procura o fenômeno, e este se apresenta a si. Isto quer dizer três coisas: 1) é algo; 2) este algo se manifesta; 3) É fenômeno porque se mostra para alguém (relação). O fenômeno está na correlação sujeito-objeto, e assim o fenômeno não é um objeto puro, ou seja, a verdadeira realidade, pois a essência se mantém oculta na aparência dos fatos, manifestando-se progressivamente; e relativamente transparente. Estas três etapas apresentadas correspondem àquelas vivências da vida: experiência vivida (Erlebt), compreensão (se não tem significado, não tem sentido as coisas) e testemunho (com o significado atribuído através do outro forma unidade).

Antes de dizer o que é a fenomenologia da religião, Van der Leeuw (1992) fala o que ela não é: 1) a fenomenologia da religião não é poesia da religião; 2) a fenomenologia da religião não é história da religião; 3) a fenomenologia da religião não é psicologia da religião; 4) a fenomenologia da religião não é filosofia da religião; 5) a fenomenologia da religião não é também teologia. O objetivo do autor é dizer que cada ciência tem seu objeto de estudo, e a fenomenologia da religião é autônoma, não depende das outras disciplinas, sendo que estas se interligam entre si, e se apoiam no método fenomenológico, que por si só é uma ciência. Van der Leeuw (1992, p. 538) descreve os seis passos de sua análise fenomenológica do fenômeno religioso:

> A fenomenologia da religião tem que evidenciar termos como: sacrifício, oração, salvação, mito, etc. Com isso convoca estes fenômenos. Em segundo lugar, tem que inserir estes fenômenos na própria vida, vivenciá-los metodicamente. Em terceiro lugar, tem que deixar de um lado e pretender ver do outro pela epochè, o que se mostra. Em quarto, tentar esclarecer o contemplado e em quinto e último (reunindo os atos anteriores) compreender o que se mostra. (VAN DER LEEUW, 1992, p. 531).

[24] Potência: o autor descreve com a mesma representação de Deus no período arcaico, a noção de mana, que designa infinito. Mana indica "uma potência ou uma influência que não é física, em certo sentido é sobrenatural, e se revela na força física ou em todas as forças e capacidades humanas que o homem possua (...)." Esse poder pode ser atribuído de diversas maneiras, que vão desde as coisas físicas ou não. Um exemplo de poder, pode está nas palavras: influência, força, inteligência, dominação, divindade, capacidade e extraordinário. Cada objeto desse pode servir-se de veículo a potência, ou seja, quando se está em ação. Outro exemplo: o agir entre o sagrado e o profano; cada gesto que sai de cada um produz uma experiência de potência, seja lá qual for a intenção ao fazê-lo (VAN DER LEEUW, 1992, p.8).

Ales Bello (1998) faz um comentário interessante referente à obra de Van der Leeuw (1992), dizendo que é difícil serem mostradas estas experiências religiosas, porque não se pode "ver concretamente"; mas que se compreende como algo diferente, e o surpreendente é o poder que nasce na relação deste algo que transmite a si ao tocar e ao sentir. Então, Van de Leeuw (1992), ao fazer a reflexão de todas as religiões, percebe que existe a experiência religiosa, essa qualquer "coisa" se manifesta de um modo diferente ao próprio indivíduo da experiência, justamente porque é algo visto com estupor, com maravilhamento e que salta aos seus olhos. Concluindo, a experiência religiosa seria todos os seus gestos dirigidos ao mundo, ao outro e a Deus, podendo encontrar algo de sagrado e misterioso. O ser humano está sempre em caminho, em desenvolvimento de seu eu durante toda a vida, e jamais chegaremos próximo dessa plenitude se não procurar este poder em Algo superior a si.

O autor não se interessava somente por aquelas experiências vividas compreensivelmente de algo que se apresenta, mas também por aquelas que manifestavam uma revelação não compreensível à pessoa. A revelação não se mostra como um fenômeno, e sim como uma resposta do indivíduo à essa revelação. O que ele fala do revelado, isto já é um fenômeno, que permite deduzir indiretamente a presença da revelação (VAN DER LEEUW, 1992).

O autor, como se vê, parte de um plano existencial, para demonstrar que tudo o que é produzido pelas capacidades humanas é a resposta à busca de um sentido. Todo homem tem a percepção da transcendência em si. O homem jamais se contenta a aceitar a vida que lhe é oferecida, e não encontrando em si mesmo a potência, vai à procura de fazer entrar na sua vida o poder em que crê, isto é, busca elevar a vida, acrescentando sempre algo a ela, procurando atribuir, em cada instante, um sentido mais profundo a ela (vida) (VAN DER LEEUW, 1992).

Então, o que significa para o homem ser religioso? Para que serve a religião para o ser humano? Parece ser necessário que o homem viva o senso religioso de algo, de uma coisa - o mais amplo e profundo sentido que possa encontrar, é esse sentido último e extremo significado é o religioso. Homem religioso, em latim *homo religiosus*, significa situar-se dentro da realidade de nosso eu e direcionar-se ao caminho da onipotência, da onisciência e do sentido último. "É um sentido que se apresenta se oculta e estará sempre no além" (ALES BELLO, 1998, p. 109). É algo que não podemos alcançar com nossos olhos, é invisível, indeterminado a nós, e não tem nome, é o sentido de tudo, é a última palavra.

A vida é algo que não se pode apanhar em si mesmo. Cada história, ao ser pronunciada pelo homem ao outro, sempre partirá de um ponto, e esse saberá quando parar, pois no fim, sabe que chegará a si mesmo. Desse modo se faz uma reconstrução de um modo mais amplo, atualizado e atribuindo um significado ao que está contando, e somente depois pode estruturá-lo melhor. Este processo não ocorre de modo imediato e linear, ele é construído partindo da realidade mesma, o quer dizer que não se pode dizer com certeza o quanto é a sua experiência apreendida na sua essência ou se é compreensível do objeto experienciado. É impossível fazer uma neutralidade dos acontecimentos vividos, pois a pessoa é ser em relação e pode atribuir sentidos, partindo também do objeto.

A intenção no estudo de Van der Leeuw (1992) é observar dois pontos fundamentais: o primeiro, mostrar que a experiência religiosa necessita ter uma estrutura essencial permanente, ou seja, o indivíduo precisa buscar sempre por esta experiência, se for legítimo dizer do fenômeno religioso como fenômeno unitário. O segundo ponto é que tal experiência é constitutiva do ser humano. Diversos estudiosos reafirmam a mesma ideia do autor: não existe essencialmente um ser humano que não possua a dimensão da religiosidade, uma procura por um sentido último, uma abertura para as questões da vida (ALES BELLO, 1998, 2000a, 2004a, 2004b; FRANKL, 1993; GARCIA, 1988; GIUSSANI, 1993; GOTO, 2004; HOLANDA, 2004; VALE, 2004; VAN DER LEEUW, 1992).

Van der Leeuw (1992) menciona Otto, grande estudioso do fenômeno religioso, que denomina a experiência religiosa, como se fosse vinda de um país estranho; por isso considera este poder como *numinoso*[25] - o divino manifestando-se como sentimento religioso, sendo este o melhor termo para exprimir tal experiência.

Otto (1992), ao examinar a história das religiões diante desse poder, presencia estupor, espanto, e, por último, a fé. Este autor se refere à religião como "estraneidade sagrada" (ele quer dizer uma vitalidade experienciada dentro da vida). O ser humano ao dar-se conta de seu limite no caminho horizontal, e ao procurar a potência divina, e ao encontrar pode se tornar objeto de salvação, indo para o caminho vertical, sendo jamais experimentada e vivida inteiramente, embora participe daquilo que se experimenta na vida. Percebe-se que frente à

[25] N*uminoso:* seria o indefinível (aquilo que não podemos expressar), mas pode-se se apresentar à consciência dos indivíduos e ser conhecido através do sentimento. Então, seria uma coisa viva, inserida em todas as religiões, e apreendido pelo sentimento. As religiões adotaram a palavra alemã *heilig*, que quer dizer "*sagrado*", e que tem a mesma origem de *heil*, que exprime saúde e poder, correspondendo à palavra semítica *qādes*, à latina sanctus e à expressão primitiva *tabu*. Os dois significados reunidos significam separado, segregado e quer dizer que o significado da experiência religiosa advém de um poder estranho, diferente que entra na vida (OTTO, 1992).

temporalidade do homem, se encontra o limite, mas esse não é negativo, e nem O fim de tudo, ao contrário, é a possibilidade de uma abertura ao infinito, e é um sinal que vem a si para ser interpretado, e somente se pode conhecer a partir da realidade de que se faz parte.

Será apresentado como são configuradas a religião do distanciamento (ou ateísmo) e a religião do amor, como é chamada pelo Cristianismo. Os considerados ateus, ao tentar se libertar do estranho, ou seja, de Deus, e buscar tragicamente a "morte de Deus", se encontrará em dificuldade de realizar esse gesto, será sempre impossível se colocar no mesmo lugar de Deus, pois Deus está dentro de si, e é um Ser diferente a si, é infinito, ilimitado e eterno, o ser humano é finito, limitado e terrestre. Frente a isso, se não o aceitar, jamais dominará sobre ele e encontrará em si o mesmo poder.

Os ateus, ao procurarem uma resposta à pergunta feita, mencionam que todo homem "sabe com certeza que alguma coisa vem ao seu encontro no caminho" (VAN DER LEEUW (1992, p.466). Podem existir duas possibilidades: acontecer algo de bom, como um anjo que atravessa na sua frente, para orientar a sua estrada com segurança; mas pode ser também algo estranho, como um anjo com uma espada que corta a estrada de sua potencialidade. Um exemplo o ateu, chamado pelo autor como Figura de fuga ou ateísmo, considerada também figura religiosa, mesmo sendo de "fuga", ou seja, um afastamento de Deus.

O autor não nega nenhuma das religiões de modo radical. Ele deixa claro esse seu pensamento e afirma pelos seus estudos como historiador que o ateísmo não ocorreu em nenhuma forma histórica, nem nos primórdios da história, nem em seguida: sempre e em todos os lugares a religião se apresenta. "Cada religião conhece o elemento de fuga de frente a Deus; o ateísmo seria a dúvida mais profunda, inserida na religião a tensão radical que o impedisse de focalizar-se" (VAN DER LEEUW, 1992, p. 467).

Outra afirmação que esclarece bem o ateísmo é quando Ales Bello (2006a) se refere ao ditado popular que quando um não crê em Deus, crê em tudo. O que acontece é que muitos não reconhecem Deus, e O substitui com qualquer outra coisa que proporciona potência à pessoa, ou seja, seria um elemento substitutivo da experiência religiosa, como por exemplo, ídolos.

A religião de afastamento é configurada pelo distanciamento de Deus. A sua primeira manifestação histórica ocorreu na China, como exemplo, o Confucionismo que é uma religião sem Deus e se refere ao homem que vive de regras, doutrinas de caráter ético, político e social. É uma religião civil, e é preciso ser um bom cidadão.

Então, os costumes e a moral devem ser aprendidos por todos. O homem que tem essas características é considerado onipotente e poderá se tornar também um mestre, que é um ponto de referência estável e imutável para os outros seguirem. A outra característica considerada também potência nesta religião é o humanismo. Para exemplificar melhor, é citado um trecho de Tseng: "fidelidade verso si mesmo, e bondade verso aos outros; isto compreende cada coisa" (VAN DER LEEUW, 1992, p. 465). Segundo eles, isso é coerente com a filosofia humanitarista que pretende somente seguir bem os costumes e regras, a todo custo, e somente assim se vive melhor. Ainda nessa religião de afastamento há diversas atitudes que são consideradas sagradas, como, por exemplo, fazer determinados gestos, ritos que são realizados com objetivo da moral e costume, e não por Algo superior, pela fé, como na religião do amor. Para eles, Deus está presente, mas é assim "Deus é do céu, e o céu é longe" (VAN DER LEEUW, 1992, p. 465). Compreende-se com isso que, se Deus aproximasse deles faria com que eles se tornassem violentos, agitados e inumanos, fazendo com que o homem confucionista perdesse o controle das coisas e não saberiam o que poderiam fazer nas circunstâncias, e se existe regras tem somente aquele modo para agir.

Já a religião do amor, o autor parte da sua experiência religiosa, e menciona que não se pode mais se separar totalmente de seu condicionamento religioso, da sua cultura. É como se recebesse algo que não poderia mais tirar de si mesmo, como o batizado, ocorre uma modificação ontológica no ser da pessoa. Este é o movimento da potência verso ao mundo, o movimento do mundo verso Deus é o amor transformado; não se apresenta nenhum outro termo: "o amor para Deus é o reflexo do amor divino para o homem (...). Deus tanto amou o mundo que deu a si mesmo ao mundo sob a figura de filho" (VAN DER LEEUW, 1992, p. 505). Então, a característica essencial do Cristianismo é o amor.

5.2 A Vivência Religiosa

Ao utilizar o método fenomenológico de Husserl para conhecer a estrutura do indivíduo, Edith Stein parte da apreensão das vivências, e analisa em profundidade a essência da pessoa para reconhecer sua unidade constitutiva que é corpórea, psíquica e espiritual, apresentando suas características e atitudes diversas, o

gênero masculino e o feminino, no seu relacionamento entre as diferentes dimensões.

A experiência religiosa se desenvolve pelo núcleo, que é o centro do eu espiritual, onde desenvolve todas as outras dimensões. A pessoa ao viver essa relação pessoal com Deus através de uma abertura e desejo ao infinito, de estar com Ele. Isso é possível quando se permite fazer um silêncio interior, e dialogar com Ele; com esse Algo ilimitado, extraordinário que toca realmente a nossa alma. Deste mesmo modo também se pode compreender a experiência mística (SAVIAN, 2000).

Um exemplo de um Deus pessoal, quando uma pessoa se encontra frente à situação de sofrimento de um câncer, é possível tentar eliminar o mal, fazendo uma cirurgia. Essa seria a prioridade: tentar retirar a circunstância de sofrimento (FRANKL; LAPIDE, 2006). Caso não seja possível essa intervenção, a pessoa aceita a doença que lhe foi permitida por Ele, pode ocorrer transformação de valores e de atitudes. Frente a essa situação, a pessoa imediatamente precisa tomar uma atitude de decisão (consciente e fazer o que é possível); reconhecendo aí uma superioridade, que surgiu de um modo vertical (Deus, algo misterioso que interveio no caminho), ao viver de modo horizontal (no cotidiano) ocorreu uma revelação (meio) que aconteceu (a doença) para salvar a vida.

Como se pode observar, foi tomado um posicionamento pessoal espontaneamente frente ao sentido apreendido nesta vivência de adoecimento. Frankl chama este ato de "valor de atitude" quando a pessoa passa por qualquer coisa (difícil) que não se espera (FIZZOTTI, 2008). Frankl (1989a) comenta que é necessário aceitar o paciente como um ser humano, isto é, um ser em contínua procura de um sentido para seu viver.

Para Stein escrito por Mahfoud (2005), o íntimo da alma tem poder formador sobre a própria pessoa e é garantia de autorrealização pelo fato de já estar ligada a uma imagem autêntica estrutural da pessoa. Mas, para isto depende do movimento do sujeito, da matéria que é oferecida ao sujeito para seu processo ativo de assimilação, pelo qual vem a plasmar e formar o seu próprio ser em corpo e alma; referindo a um centro pessoal como sede fundante do ser pessoa na medida em que oferece uma imagem autêntica (interior). Existe aí a possibilidade de conhecer a correspondência humana experimentada na relação com o Filho de Deus (Cristo - que passou a fazer parte da história dos homens), de maneira tal que sua presença plasme o íntimo da alma, percorrendo toda a pessoa, toda sua atividade espiritual, toda relação social, favorecendo constituir uma cultura marcada por uma certa correspondência com o humano que só algo divino pode proporcionar.

As vivências pessoais podem ser avaliadas por três aspectos chamados por Stein (1999a; 1999b) de vivências religiosas [26] que são: o senso religioso e conhecimento natural de Deus, a fé, e a experiência mística (STEIN, 1999b) que serão explicadas posteriormente. A dimensão religiosa pretende buscar a Deus e procura saber o que é Deus. Esta procura do indivíduo a Algo superior é também intelectual, mas sabe-se que seria impossível conhecê-lo apenas intelectualmente. Todas as tentativas de aproximação desse Algo serão sempre inatingíveis, pois o ser humano é limitado, e não se pode chegar a conhecer plenamente Algo ilimitado, e extraordinário que ultrapassa nossa medida humana.

A vivência religiosa pode ser também considerada comunitária, quando surge por intermédio de um testemunho, de um ato de aprendizagem que desperte a busca religiosa, ou por meio dos benefícios da Graça recebida pela oração de um terceiro; como é também o ato de compartilhar o sentido assimilado na vivência religiosa individual, com as outras pessoas da comunidade.

5.2.1 O Senso Religioso e o Conhecimento Natural de Deus

O senso religioso e o conhecimento natural de Deus significam o lugar (interno) que possibilita um encontro da pessoa observar o sentido da realidade e o mistério nela presentes, os ordena e atribui significado. Neste processo a pessoa pode ir além e se perguntar sobre a mensagem que a realidade quer lhe transmitir, questionar também sobre "quem" lhe diz através desta, podendo apresentar-se, esta, como uma experiência religiosa na proporção em que ocorre um relacionamento com este Outro que se direciona à pessoa através dos acontecimentos (STEIN, 1999b; COELHO JR., 2006). Quando não se é "bem educado", segundo Stein (2000b) sem limites e valores, a pessoa pode se encontrar sem direção e abandonado no mundo exterior. Seria a mesma coisa que dizer: a falta de um juízo de valor frente às circunstâncias ocorridas, ou alguém que se mantenha cego diante ao chamado (fato) que vem apresentado através do mundo que leva a Deus. Quando são percebidos e desenvolvidos esses valores, a autora chama de senso religioso.

---

[26] La struttura ontica della persona e la problematica della sua conoscenza. In: ___. Natura, persona, mistica: per una ricerca cristiana della verità. 2ed. Tradução M. D'Ambra. Roma: Città Nuova, 1999a, p. 49-113.

Todo ser humano tem o senso religioso dentro de si, e se deve observar a realidade apreendendo nela o seu sentido, estar atento ao que a realidade quer lhe dizer através das coisas, e das pessoas. De modo que, suscita dentro de cada um de nós respondermos às perguntas que se colocam nas diferentes situações da vida, como aquelas tomadas de decisões importantes para formação pessoal que formarão a personalidade. Além de que, em todos os meios vividos, está relacionado em conjunto: à corporeidade, ao psiquismo ou ao espírito, sendo estes instrumentos da pessoa mesma; o que possibilita conhecer mais a fundo o significado da realidade, ao aproximar e conhecer a si mesmo e ao Outro. Coelho Jr. (2006, p.97) sintetiza que a vivência religiosa "torna-se um reconhecimento e uma resposta a uma Palavra que é dirigida ao homem".

O ser humano procura sentido, vontade de significado, e a descoberta de sentido é um fator terapêutico central que oferece também um conteúdo para uma "vida rica de sentido" como se fala na Alemanha. *Sentido* em alemão compreende que as coisas têm um sentido antes do nascimento, e também depois da morte do indivíduo. Parece ser uma atribuição inerente à coisa mesma. Etimologicamente se refere a duas coisas distintas: na Alemanha antiga, *sinan* provém de *sintha* (sentno) e significa seguir o sentido de uma meta, e na Alemanha medieval *sinnan* significa "caminhar, viajar, aspirar alguma coisa", da qual deriva a palavra er-fahren "fazer experiência" (FRANKL; LAPIDE, 2006). Numa meditação do Novo Testamento, iniciando com duas passagens: a primeira do Evangelho de João que ilustra bem a compreensão do sentido do próprio ser - "No começo era o Verbo" - e da carta de Paulo aos Colossenses - "Ele existia antes de todas as coisas" (1, 17).

Sabe-se que o ser humano tem consciência da limitação do conhecimento humano e também da escuridão da fé; tal consciência é a filosofia:

> A realização plena daquilo em que visa à filosofia como, por exemplo, o anseio da sabedoria, é exclusivamente a própria sabedoria divina, ou seja, aquela visão simples mediante a qual Deus abrange a si mesmo e a criação inteira. A mais alta realização que um espírito criado pode alcançar - certamente não pelas suas próprias forças - é a visão beatífica, que Deus lhe dá unindo-o a si: Com isso, ele vai participar do conhecimento divino, ao participar da mesma vida divina. Durante a vida terrestre, a aproximação máxima a esta altíssima meta é a visão mística (ALES BELLO, 2000, p. 233).

Nesta mesma linha de pensamento, Giussani (1993, p.85) traz resumidamente o que é senso religioso "a capacidade de a razão exprimir a própria natureza profunda na

interrogação última, é o 'locus' da consciência que o homem tem da existência". Ainda acrescenta que religião é "aquilo que o homem faz na sua solidão, mas é também aquilo em que descobre a sua essencial companhia que não é gerada por minha vontade, mas sim lhe é dada. Antes da solidão está a companhia que abraça a solidão da pessoa." O autor exemplifica esse sentido religioso no poema do Prêmio Nobel de Literatura de 1951, Lagerkvist (GIUSSANI, 1993, p.94):

> É meu amigo um desconhecido,
> Alguém que não conheço
> Um desconhecido de muito longe...
> Por ele meu coração está cheio de
> Saudades
> Por que ele não está junto de mim?
> Talvez por que na realidade não exista?
> Quem és tu que preenches o meu
> Coração com tua ausência?
> Que preenches toda a terra com tua ausência?

Sintetizando, a experiência religiosa se apresenta à pessoa no seu caminhar ao longo da vida (numa linha horizontal). Ao viver, busca sempre encontrar algo superior, podendo encontrar e reconhecer aí um sentido que pode ser aprofundado ou a pessoa pode se fechar a esta possibilidade que atravessa o seu percurso (por exemplo: ter uma doença grave, uma perda). O sentido é apreendido a partir desse Mistério que surgiu na realidade e passará a ser sinal dessa presença misteriosa (Deus, não sou eu que faço as coisas) no desencadeamento das vivências, que são reatualizadas e reelaboradas em cada instante.

5.2.2 A Fé

No que foi falado anteriormente, a pessoa ao estar no mundo se move em direção a algo, ou alguém. É preciso entender o sentido do "por quê" faz determinadas coisas e não outras, e como as faz. O que impulsiona cada um é o conhecimento, a fé e o amor que está implícito no fazer as coisas. O que pode dizer que é a fé? Ao verificar este tipo de experiência, se utiliza este termo para se referir aos atos que transmitem a ideia de certeza da existência de algo que possui determinadas características específicas, e a tomada de posição garante a convicção

de algo. Ao estar aberto pode ser verificada e abandonada também, ou decidir acreditar cegamente em algo; o que afirma uma certeza interna que pode contestar ao saber partindo de uma certa posição intelectual do que aceitar a verdade que se apresenta na realidade (STEIN, 1999b).

Ao olhar a realidade, a pessoa pode ter uma visão reduzida, podendo desenvolver uma crença cega ideológica no intuito de construir uma segurança intelectual, porém pode também dirigir-se ao Outro que se revela naturalmente, ou sobrenaturalmente, em perguntar a verdade do que se refere à vida, o que é o ser humano, o que ele pode vir-a-ser, quem dá o sustento à vida. A fé é definida como ato específico de tipo religioso, que implica a tensão em relação a cada coisa que faz quanto no objeto da fé. Trata-se de um posicionamento consciente e livre que experiencia a presença de Deus com uma certeza vivencial, conhecendo Deus por meio das características que assimila em sua vivência e/ou por meio da Revelação de algo que se apresenta no caminho (ALES BELLO, 2004a, 2004b; STEIN, 1999b).

Ao estar em relação com as coisas no mundo, e com o outro, este se apresenta como objeto da fé, considerado como o próprio Deus, sendo que conhece-O através das características apreendidas pela experiência como manifestação à infinitude: onipotência, onipresença e onisciência, que conhece algo mais de si que talvez sozinha naquele momento não pudesse conhecer tão claro. Aí se apresenta o Mistério, que nos ajuda a dar um significado, ou seja, uma resposta, e depois tomar uma posição consciente e livre frente a algo. Isso é fé. No novo testamento, Jesus diz na carta de Jacó: "Assim é a fé; se não tem obras, é por si mesmo morta" (Giacomo, 2,17). Stein (1999a; 199b; 1999c) refere que a fé é o ponto de partida e a finalidade do ser humano. Já Frankl; Lapide (2006) afirma que a fé como princípio e fim não é nada; a fé como mola para agir é tudo. Stein (1999c) acrescenta que é a fé que conduz todas as ações. A expressão teológica fé se refere não somente à virtude (*fides, qua creditur*), mas ao objeto da fé, à verdade revelada (*fides quae creditur*) e à viva atuação da virtude, o crer (*crer*), ou o ato de crer.

Fizzotti (2008) afirma que a fé não sai de um pensamento, um ato mental no qual foi retirada a realidade objetiva pensada, pelo contrário, a fé sai de um pensamento no qual foi colocada a existencialidade de quem a pensa.

Ao falar de fé, remete compreender a etimologia da palavra crer, que vem do verbo alemão *glauben* (crer) significa esposar qualquer coisa com a alma e o corpo. No latim deriva de dar o próprio coração, doar-se. Em grego, crer retém alguma coisa como verdade, coerente com o coração e a mente. Em hebraico, crer se diz

hae-aemin significa "confiança" que não conhece limite. O hebraico na bíblia se diz diretamente "eu lhe credo" (FRANKL; LAPIDE, 2006, p.49).

Para Stein (1983), a vivência da fé é um ato do indivíduo de aceitação da revelação sobrenatural e da fidelidade a esta. Neste mesmo modo de conceber a fé, Frankl e Lapide (2006) afirmam que o ato da fé é substancialmente um ato existencial. É o ser humano que decide o que dizer, fazer, mas toma decisão partindo do profundo de seu ser; e ao decidir se realiza uma possibilidade de pensamento. Pode-se perguntar: o que é Deus? Deus é a voz que pronuncia dentro de si, que induz a tornar aquilo que se é destinado a poder vir-a-ser. O ponto principal é a aceitação e a fé que se apresenta na Revelação comunicada pelos Outros (mensageiros da palavra divina) considerada como uma percurso de conhecimento religioso seja ligado a Deus, à realidade objetiva e a seu sentido.

Há dois caminhos que se pode procurar por Deus: a primeira estrada para Deus é ontológica, ou seja, no sentido que o ser humano se considera sustentado por um fundamento originário. No fundo de seu ser há uma nostalgia que pode referir-se apenas a Deus. O outro caminho crer ou não crer nasce somente de uma escolha racional que pode partir da existência (FIZZOTTI, 2008). Isto quer dizer que na livre decisão da fé de cada pessoa, Deus não aparece como uma necessidade lógica, mas como uma possibilidade lógica existente dentro de nós.

Um outro conceito relevante de fé de Flowler (1992, p.16) a ser mencionado. O autor apropria de palavras de Tillich e Niebuhr e diz que:

> "é uma preocupação humana universal. Antes de sermos religiosos ou não-religiosos, antes de nos concebermos como católicos, protestantes, judeus ou muçulmanos, já estamos engajados em questões de fé [...] já estamos preocupados com as formas pelas quais ordenamos nossa vida e com o que torna a vida digna de ser vivida. Além disso, procuramos algo para amar, e que nos ame; algo para valorizar, e que nos dê valor; algo para honrar e respeitar, e que tenha o poder de sustentar nosso ser"

O ser humano está sempre procurando dar um sentido espiritual às suas ações, atitudes e gestos. É preciso acreditar, ter fé no que se decide fazer em seu caminho.

Paixão Netto e Machado (2003) referem que frente à globalização que se vive, se faz necessário que a pessoa tenha fé para poder expressar-se; ou seja, que perceba nela a inteligência e a vontade, os sentimentos e os afetos, os desejos e as

aspirações, assim como os sinais postos em ação e gestos concretos. A fé pode ser desenvolvida em uma comunidade religiosa, por exemplo, na igreja (ou templo) que pertence àquelas pessoas que ali frequentam como um depósito a elas confiada. A objetividade da fé é a certeza para todo homem crente que tem convicção da sua crença como daquele que não tem disponibilidade de conteúdo (viver o carisma da comunidade) para ser reduzido à interpretação da própria pessoa.

5.2.3 A Experiência Mística

A experiência mística é uma vivência de sentir-se em contato direto com a presença de Deus, um encontro de Deus de pessoa a pessoa, onde a estrutura do indivíduo é mobilizada, de forma que o sujeito aceita a presença Dele em sua interioridade e pode, através desta, responder à realidade (ALES BELLO, 2009). Considerada como uma vivência irracional, ilógica e emocional, e até patológica para alguns que interpretam na base da teoria da credulidade, do materialismo médico, não vem apreendido na sua totalidade de seu significado, é reduzido. Por exemplo, diziam nas análises comentadas por William James em Fizzotti (2008) que as críticas foram feitas com a Santa Teresa que ao viver o êxtase e dizer que Deus estava perto, ela era vista como uma histérica e com um autoerotismo não declarado; São Paulo era observado como um epilético quando caiu do cavalo caminhando pelo deserto e São Francisco era um deserdado pelo modo como vivia.

Ales Bello (2009) escreve que na sua busca pela verdade acolheu intelectualmente a experiência mística descrita por Santa Teresa D'Avila, São João da Cruz e muito acrescentou o seu horizonte de compreensão do que é o ser humano. É fundamental entender que foi a partir destas experiências religiosas que a Stein (2002) reconheceu que estas referências místicas atuam de modo particular na estrutura da pessoa, em sua profundidade, ou seja, na alma espiritual. Esta tem um lugar mais central e outros mais superficiais que a alma pode ocupar, e é aí que o eu se move, dependendo do empenho e do valor de cada um nesta espacialidade da alma.

Ales Bello (2009) faz análise da interioridade (pessoa mística), a partir do livro *Scientia Crucis. Studio su san Giovanni dela Cro*ce (2002). Os resultados deste estudo mostram que Stein segue a direção de São João da Cruz: peque o caminho da Cruz, que significa estar livre de todos os desejos, e se voltar totalmente para Deus. Para ocorrer este acontecimento é para poucos. Inicialmente é preciso que a alma (pessoa) entre na "noite ativa" dos sentidos, ou seja, entregue a crucificação;

quando as três energias da alma (inteligência, memória e vontade) estiverem voltadas para fé. Desse modo, é que se faz experiência mística, ao se unir na inteira obscuridade com Deus, superando qualquer inteligência e compreensão natural. Nesse momento entra a "noite passiva" onde de fato Deus intervém na vida dessa pessoa mística e permite contemplar dentro de si mesma esta sabedoria misteriosa. Isto significa que se eleva a Deus e Este desce a si mesmo, é o lugar mais profundo da alma, e nenhum espírito pode entrar além de Deus. Ela insiste na comunhão com Deus, não vivida abstratamente intelectual, mas plena de sentido entre o ser humano e Deus. Então, este é o caminho para que de fato aconteça a experiência mística, é este mistério entrar verdadeiramente na realidade da pessoa.

Stein (2002) aplica o método fenomenológico para compreender a contemplação da experiência mística e para descrever as características essenciais da estrutura subjetiva, sabendo que é um conhecimento difícil se apropriar, por não se situar no plano dos fenômenos visíveis, e assim permite o fundamento de Husserl de que conhecer é avaliar as evidências apresentadas nos dados da intuição sensível (SAVIAN, 2000). O método não só ilumina na tentativa de dilatar a análise fenomenológica. Aqui se trata de transcender a razão a um plano extraordinário, e não é possível a comunicação, e nem é visível. Isso se conceitua de conhecimento místico. Stein (2002)[27], que foi o mais profundo no sentido de espiritualidade: quando não se fala de uma ciência da cruz, a palavra ciência não vai ao sentido habitual: não se trata de uma teoria, vale dizer de um simples complexo de proposições verdadeiras - reais ou hipotéticas, se refere, ao contrário disso de uma verdade viva, ativa e real.

Concluindo, Stein, conforme escrito por Ales Bello (2004b), é considerada a Santa do período moderno, de Novecentos, que viveu uma experiência mística e quando falava, sempre partia da sua própria experiência, depois que se converteu ao catolicismo. Dizia viver um relacionamento estreito com Deus, e compreendia todas as coisas em Deus. Havia também uma disponibilidade para escutar e compreender o outro na sua profundidade do ser. Trata-se de uma pessoa que viveu este relacionamento religioso místico. Só poderia ser alguém especial que sente e vive Algo específico que normalmente não se experiencia. Essa estudiosa e Santa além de sua contribuição intelectual é uma presença que transmite algo extraordinário ao valor de pessoa, para compreender como é constituído e estruturado o ser humano.

[27]Stein, E. Scientia Crucis. Studio su san Giovanni della Croce, tr. It. Di Edoardo di Santa Teresa, postulazione Generale dei Carmelitani Scalzi, Roma, 1982; nuova edizione C. Dobner (ed.), OCD, Roma, 2002.

6 TRAJETÓRIA FENOMENOLÓGICA

6.1 Participantes

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Beneficência Portuguesa em Ribeirão Preto, São Paulo, no período de julho/06 a fevereiro/07. Este é um hospital-escola da UNAERP (Universidade de Ribeirão Preto). O Setor de Oncologia é constituído por um médico-chefe, dois oncologistas contratados, um radioterapeuta, dois residentes R1, dois residentes R2 e dois residentes R3, uma enfermeira-chefe, duas assistentes de enfermagem, uma dentista e uma psicóloga (filósofa, especializada em Psico-Oncologia). Esta instituição é um lugar onde os profissionais de saúde em formação estão ali para aprenderem e aperfeiçoarem os seus conhecimentos. Com isso, ocorre uma rotatividade dos cuidadores, uns passam apenas alguns meses, e os residentes passam até três anos. Outra característica é que este atendimento é de âmbito público e também particular, atende pelo convênio São Francisco.

As entrevistas ocorriam no intervalo entre a chegada dos usuários ao hospital e o início das consultas médicas. Pacientes e profissionais de saúde eram convidados a participar do estudo, sendo retomado de que a adesão ao estudo era livre. A pesquisadora conduzia o paciente ao consultório disponível do Centro Especializado de Oncologia - Ceon (anexo do hospital Beneficência) ou em uma sala de atendimento médico do ambulatório de Oncologia. Passam por esse Centro aproximadamente 8 a 10 pacientes por dia com diferentes diagnósticos e faixa etária diversa, sendo prevalente adulto e idoso. A predominância de pacientes é de Ribeirão Preto e da região. A maioria dos pacientes encontra-se em tratamento oncológico, passando pela quimioterapia ou/e pela radioterapia. Normalmente eles passam um curto período de tempo nas consultas para exames periódicos. O tempo das entrevistas durava cerca de quarenta minutos.

Foram feitas pela pesquisadora 12 entrevistas com pacientes em tratamento de câncer (ANEXO A). Não foi especificado tipo de câncer e nem gênero, a idade variou de 45 anos a 77 anos de idade. Não foi delimitado o nível socioeconômico, nem a escolaridade e nem a afiliação religiosa, mas nos preocupamos em olhá-los na entrevista acolhendo-os na sua totalidade. Para selecionar os sujeitos, a pesquisadora lia alguns prontuários de pacientes que vinham para consulta médica (realizada pelos médicos contratados e residentes oncologistas).

Foram feitas também 11 entrevistas com os profissionais da oncologia (3 médicos, 4 residentes, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 dentista e 1 psico-oncologista) (ANEXO B). Procuramos agendar com eles um horário, mas, às vezes, não era possível ser realizado, devido às muitas atividades destes e falta de disponibilidade, mas sempre era remarcado um novo horário.

Ao fazer a entrevista individual com cada indivíduo, deve ficar claro que cada um é inserido em uma comunidade com outros seres humanos, o que significa vê-los em ação e agir com eles na formação da vida humana. Aproprio a ideia de Stein (2000b) que o mundo do ser humano é um mundo espiritual pluriforme feito de pessoas individuais e de comunidade, de modo social e de obras espirituais.

6.2 Aspectos Éticos

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e só depois foi iniciada a execução da coleta de dados (APÊNDICE A).

Para obter o material discursivo, foco do estudo de compreensão das vivências dos sujeitos do estudo, foram realizadas as gravações das entrevistas com o uso do MP3 (gravador digital) tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

O rigor da condução de uma pesquisa qualitativa que implica participação de seres humanos possui aspectos éticos e complexos que exige do pesquisador responsável uma condução cuidadosa e atenta às pessoas envolvidas da pesquisa. Não somente o pesquisador deve seguir as normas preestabelecidas, mas principalmente ter a preocupação e a responsabilidade no contato com o sofrimento e sentimento mais íntimo destes pacientes fragilizados e vulneráveis.

Foi pedida permissão e garantido o sigilo dos depoimentos, não permitindo a identificação dos participantes. Para isso o paciente, como os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A e B), informando o objetivo e justificando a relevância do estudo, e os direitos dos participantes encontravam-se em um texto que repetiam nossas palavras faladas. Este Termo obedece à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que lida com pesquisas em seres humanos.

6.3 Procedimentos

A coleta de dados ocorreu quando o investigador chamou o sujeito a cooperar e participar do estudo e explicou a sua relevância social e psicológica para o estudo. A partir de uma entrevista fenomenológica, o pesquisador procura, por meio da sua linguagem, com sua experiência consciente que desvela a essência do estudo. Ela se dá nesse encontro entre este indivíduo que sabe alguma coisa e vai descrevê-la ao pesquisador que deseja conhecê-la, e que tem a intenção de estudar, envolvendo aí uma intersubjetividade que permite partilhar compreensões, interpretações e comunicações (AMATUZZI, 2004; FORGHIERI, 1993; MARTINS; BICUDO, 1989).

Esse instrumento de fazer pesquisa procura compreender a experiência vivida, apreendendo o entrevistador o discurso do entrevistado "na sua intencionalidade própria e constitutiva, ou seja, naquilo que ele pretende efetivamente dizer" (AMATUZZI, 2004). Torna-se possível ao pesquisador encontrar um sentido para essa experiência que lhe permita integrá-la em sua totalidade psíquica, existencial e espiritual, ampliando assim sua saúde e seu recurso de enfrentamento pelas necessidades e exigências da vida.

A pesquisa foi iniciada com uma aproximação aos pacientes com câncer e em tratamento ambulatorial, quando nos apresentamos e explicamos o objetivo do estudo. Foi realizada a entrevista aberta em um único encontro, com a seguinte questão norteadora: Como o sr/ sra. está vivendo este momento de sua vida? A partir daí buscamos ampliar e aprofundar as respostas dos pacientes com outras questões que foram necessárias e relevantes para o tema em estudo (MARTINS; BICUDO, 1989) (ANEXO C).

Os pacientes puderam falar livremente, no seu tempo necessário, expondo suas vivências. Foi adotada uma postura cuidadosa, empática e compreensiva, para proporcionar aos pacientes e aos profissionais de saúde sentirem-se livres para expressarem seus medos, angústias e conflitos frente à situação de doença.

É papel do pesquisador aprimorar estas atitudes. É esta postura do investigador que define a maneira como o conhecimento vai ser compreendido, pois a imparcialidade completa do seu mundo-vida é praticamente impossível. O pesquisador não é apenas presença física, ele é humano e carrega os seus valores e vivências. Então, é preciso estar atento a estas atitudes onde ocorre uma comunhão, com o outro, um compartilhar, e assim é possível apreender e compreender o paciente no seu modo de ser no mundo em que habita (MARTINS;

BICUDO, 1989). Quando necessário, foi sugerido para o paciente com câncer procurar o serviço de psicologia do Hospital.

O pesquisador utilizou, além de questões preestabelecidas, também as seguintes intervenções sugeridas por Erthal (1994): inquisitiva, continuação, refletora de vivências emocionais, como por exemplo, "Fale mais sobre isso", "Como se sente frente a isso?", "Como foi isso?" "Como está vendo isso?" Procurei favorecer aos pacientes o alívio de sentimentos, ao possibilitar ventilá-los. Em alguns momentos, respondia com gestos não verbais, como forma de transmitir apoio, e retomava a questão inicial, quando necessário.

O mesmo procedimento foi feito com os profissionais de saúde. A pesquisadora se aproximava, explicava o objetivo do estudo e iniciava a entrevista com a pergunta "Como o sr. percebe a questão da religiosidade e da fé para os pacientes com câncer? Como o sr. vê a fé na sua vida? Foram feitas também pontuações e intervenções no decorrer da fala dos profissionais para ampliar e aprofundar as suas respostas com outras questões, quando fossem necessárias e relevantes para o estudo (ANEXO D).

Logo após cada entrevista, quando possível, era feita a transcrição no computador, evitando a perda das expressões não verbais dos pacientes e dos profissionais de saúde, assim como outras informações importantes para o estudo eram registradas. Todos os participantes convidados aceitaram livremente participar do estudo (ANEXO E e F).

No entanto, para a análise compreensiva não foram utilizadas todas as entrevistas. Não é preestabelecida a definição do número de entrevistas a serem realizadas, tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde. As entrevistas cessam quando o pesquisador percebe nelas a convergência de temas, falas comuns aos entrevistados. As divergências também são consideradas, tendo em vista o objetivo do estudo.

7 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DAS VIVÊNCIAS DOS PACIENTES COM CÂNCER E PROFISSIONAIS DE SAÚDE À LUZ DE STEIN

Dentro do método fenomenológico, uma modalidade de pesquisa qualitativa em Psicologia, apresentamos algumas etapas que irão nos auxiliar na análise fenomenológica dos discursos sobre as vivências dos colaboradores desta pesquisa. O referencial de análise fenomenológica baseada nas propostas de Giorgi (1978), Martins e Bicudo (1989), Forghieri (1993) e Valle (1997) constituem os seguintes momentos:

• Fazer uma leitura geral cuidadosa de cada entrevista para ter uma visão do todo;

• Reler cada entrevista, quantas vezes for necessário, para encontrar falas reveladoras da interrogação inicial do pesquisador, que aparecem como evidências da experiência vivida e, assim, chegar às unidades de significado. É importante mencionar que na abordagem fenomenológica a trajetória do estudo é "disparada" pela interrogação do pesquisador. É através desta que se definem os procedimentos, os sujeitos e os caminhos para a análise dos dados e sua interpretação;

• Diante das afirmações significativas de cada sujeito, ter uma postura imaginativa e reflexiva para expressar o que se intui dentro delas mesmas. É preciso ter claro que os recortes selecionados mostram a disposição, a atitude e a expectativa do pesquisador;

• Buscar as convergências e as divergências dessas unidades de significado e constituir as categorias temáticas que devem expressar o significado da religiosidade para os pacientes com câncer, bem como os profissionais de saúde atribuem significado à religiosidade de seus pacientes.

• Por último, diante do que se desvelou ao pesquisador, é feita uma síntese descritiva para mostrar a compreensão que a pesquisadora teve dos pacientes com câncer e dos profissionais de saúde frente ao tema religiosidade/espiritualidade.

Utilizam-se, também, algumas reflexões de Forghieri (1993)[28] nessas etapas de compreensão dos discursos dos sujeitos deste estudo. O pesquisador deve ficar atento a dois momentos essenciais, ao fazer a análise. Primeiramente, o pesquisador deve manter uma postura de abertura para a vivência que deseja estudar e, assim, obter, de modo espontâneo e experiencial, o contato com a

[28] Forghieri(1993) é uma das pioneiras estudiosas, na Psicologia, em trabalhar com pesquisas qualitativas na abordagem fenomenológica no Brasil.

mesma. Nesse momento, é preciso que o pesquisador suspenda seus conhecimentos *a priori* sobre a vivência e, se esforce para abandonar sua conduta intelectualizada. É fundamental que manifeste sua percepção, sua intuição, as sensações e sentimentos para que se forme uma compreensão geral, intuitiva e pré-reflexiva da vivência do sujeito.

O segundo passo é o pesquisador procurar se distanciar da vivência, para que possa fazer uma reflexão sobre aquela compreensão intuitiva, quando pretende captar e descrever um sentido para a vivência. Forghieri (1993) afirma que estes dois momentos ocorrem ao mesmo tempo em nossa experiência original e são reversíveis. Não tem separação deles, apenas se dá ênfase de um ou do outro. Por mais rigor que alcance, será a visão subjetiva obtida pelo pesquisador em relação ao fenômeno observado. Portanto, a experiência original pura é perdida no momento da entrevista.

7.1 Vivências dos Pacientes com Câncer

A partir da análise das entrevistas, conforme descrita anteriormente, emergiram as seguintes categorias:

- **Corporeidade**

1 Os pacientes relembram as dificuldades no início da enfermidade;

2 Os pacientes relatam a experiência com o tratamento e com seus efeitos colaterais.

- **Psique**

1 Os pacientes se remetem às perdas pessoais e sociais frente ao câncer;

2 Os pacientes atribuem ao seu modo de ser os fatores contribuintes ao câncer;

3 Os pacientes relatam as suas preferências, suas necessidades e seus desejos;

4 Os pacientes falam de seus sentimentos contraditórios frente ao câncer: ora apresentam força, coragem, esperança e ora manifestam preocupação, medo, incerteza quando falam sobre a doença e o tratamento**;**

5 Os pacientes afirmam que a fala de outras pessoas (outros pacientes e familiares), às vezes, atrapalha-os;

6 Os pacientes falam sobre a importância do apoio dos familiares, dos amigos e de outros pacientes;

7 Os pacientes expressam o apoio recebido dos profissionais.

• **Espírito**

1 Os pacientes buscam passar para os familiares seus valores, crenças e atitudes;

2 Os pacientes relatam o que dá sentido à vida.

- **Religiosidade**

3 Os pacientes relatam a sua opinião sobre a religião, seus dogmas e crenças;

4 Os pacientes falam da importância de buscar fé em Deus, o que proporciona a confiança e a força para enfrentar o câncer e o seu tratamento.

• **Corporeidade**

A seguir, serão apresentadas as falas dos pacientes com câncer que constituíram cada categoria.

1 Os pacientes relembram as dificuldades no início da enfermidade

Os pacientes falam do seu corpo que adoece. Relatam a peregrinação feita pelos consultórios de vários médicos e os exames realizados até chegar ao diagnóstico do câncer.

> No princípio que descobriu a doença (câncer) eu fiquei internado, fiz vários exames. Precisei ficar 14 dias internado... Aí deu um "tumorzinho" no pulmão. (Jair)

> Tudo começou no final do ano passado (2005) quando fui tratado na Unaerp com Dr. E., e disse que o meu pulmão estava com água. Eu fiquei muito inchado... Sentia muita dor, febre. Na época eu fumava muito, fizeram vários exames. Eu nunca havia sentido nada até os 62 anos de idade. Daí me encaminharam para Beneficência Portuguesa, fui internado e pediram para chamar a minha filha. (Abraão)

> Fizeram vários exames, a biópsia constatou vários tumorzinhos. Aí pediram para fazer cirurgia. Eu fiquei com dreno, fizeram vários furos em mim. Eles drenaram o líquido do pulmão. Eu fiquei bem inchado. (Abraão)

Eu no começo não queria fazer a cirurgia (reto), eu precisava... Ele (médico) falava comigo: "fica sentindo essa dor..." Fiz e me senti melhor depois. (Letícia)

Apareceu essa doença em maio(2006) e precisei parar de trabalhar. Eu estava com garganta inflamada, deu febre... Eu comecei a ser tratado no Postinho por garganta inflamada. Então, o doutor me encaminhou para o Hospital e lá fizeram biópsia ... Faz 6 meses que já estou tratando. Perdi 11Kg. Agora está normal (a situação). (Edmar)

Foi assim, em outubro estava em Marília, trabalhando em uma empresa que foi terceirizada (transporte), e foi para outro lugar. Acertei todo o fundo de garantia e, vim para RP, espalhei currículo, cheguei a fazer psicotécnico, e na segunda semana de janeiro descobri a doença. Vim encaminhado para Hospital B. P. fizeram todos os exames e os médicos disseram quer eu estava com tumor, e teria de operar urgente. (João)

Este problema veio do nada. Eu não sei se foi porque eu sou pedreiro, e trabalhava com botina, entrava água de cimento, e molhava toda botina. Formou um calo, lixei, depois apareceu na ponta da unha. Depois, usei um remédio, secou e sarou. Mas, tornou a voltar aquele machucado. Aí, tirei a botina, passei a trabalhar com a sandália. No final, sarava, mas voltava o machucado. Aquilo foi crescendo com a carne esponjosa na unha. Fiquei 8 meses assim. Meus filhos falavam para ir ao medico. Eu dizia que ia sarar. Passou a dar umas ferroadas debaixo da unha, e saia sangue. Fui ao médico e ele falou que meu caso não era nada bom, e fizeram à biópsia. Dizeram que é câncer de pele, e o tratamento não vai ter cura. (Questionei): mas como câncer de pele debaixo da unha? (Pedro)

Vocês (médicos) fazem o que precisam fazer. Vamos fazer o que é necessário. Quando cheguei aqui, veio uma psicóloga e fizeram umas perguntas e foi só também. (Pedro)

Faz 2 anos que eu amputei o dedão. Fiz cirurgia aqui (na virilia). Foi muito boa a recuperação, com sete dias tirou os pontos e, já voltei para casa. Tomei remédio durante 1 ano e 2 meses. Eles tentaram, se isso aí eliminasse tudo... mas agora ela (oncologista) disse que vou precisar fazer a quimioterapia. (Pedro)

Fiz a cirurgia do intestino dia 25/01/06 e levei 25 pontos. Internei dia 21/01 e 25/01 fizeram a cirurgia. Depois que tirou o tumor furou o intestino. (O tumor) estava no tamanho de uma laranja. Não desejo isso nem para nenhum cachorro... Fiquei uma semana sem comer, sem beber água... fiquei bom antes do previsto. Eu cheguei a pesar 56 kg e hoje já estou com 80 Kg. (Paulo)

Penso o que já passei e como estou hoje. Eles tiraram 30 cm de cada lado do estômago. Eu vi o médico conversando com minha esposa, longe de mim. Por que? Às vezes penso porque pode abalar... Ele (médico) disse que meu caso estava sério. Eu não estava ligando para mais nada: ou fazia (a cirurgia) ou morria.(Paulo)

Eu morava em Franca, e fiquei internado na Santa Casa durante uma semana. Fez endoscopia, RX, aí deu hérnia no intestino. Antes, eu havia ficado internado no Hospital do Coração durante 3 dias, e o que tomei de soro nesta vida dá para encher um caminhão. Um dia, eu vomitei umas 70 vezes... Por fim, já estava entregue e vim para RP. Me mudei dia 17/01 para cá. Voltei a vomitar, fui para Postinho Cuiabá, e me deram soro, e tentaram uma vaga no hospital. Um absurdo! Custamos a conseguir uma vaga na B. P. O médico disse: "pelo visto, o senhor não tem hérnia de disco é nada". Eu falei: 'não fiz medicina, não sei avaliar'. (Paulo)

Foi aí que o médico disse que ia precisar operar. Durou quase 5 horas. O médico disse que limpou e deu para tirar tudo. Depois falaram que ia fazer quimioterapia durante 6 meses, e voltar para ver como está. Espero que ocorra tudo bem, como foi na cirurgia... Não tô sentindo nada, como falei. Parece que nasci de novo e estou aí caminhando... (Paulo)

Uma paciente percebe a doença como uma fatalidade e se compara com a história de saúde de seus familiares.

> Não tenho vontade de viver mais. Eu não devia ter vindo ao mundo. Para que vir ao mundo para sofrer tanto? Já vivi tanta coisa... Tive um derrame há pouco tempo. Sou de uma família de 18 irmãos. Sou a 17ª filha, é uma família muito grande, e todos aqui morrem de enfarto. Ninguém morre de outra doença. Minha mãe morreu de enfarto, faz cinco anos em maio. Ela tinha 104 anos. O médico disse: "ela (a mãe) foi como uma árvore, que secou naturalmente. Não teve nada, nunca tirou um órgão do corpo. Morreu de velha". Morreu lúcida, boa. Só tomava apenas remédio para controlar a pressão. (Ana)

Alguns pacientes explicam como percebem o aparecimento do câncer e as suas atribuições.

> O coração é o sopro da vida e a cabeça carrega o corpo. E depois que a médica identificou esse derrame, eu fiquei com uma "ausência epilética", só que não acontece nada comigo, como desmaiar, cair. É uma ausência que você só vê quando acontece... eu vou conversando e quando eu vejo vou para outros caminhos. E aquilo que eu comecei a falar, desaparece, dá branco. (Ana)
>
> Aí foi que apareceu um caroço, aí vim ao médico. Faz mais ou menos um ano. Eu comecei a fazer quimioterapia, ia fazer um ano, mas como todo mundo que é cardiopata, a Drª (Residente) falou: "você é hipertensa, tem problema no coração, o coração ficou mais fraco, e foi preciso parar a quimioterapia". (Ana)
>
> O que está me atrapalhando é a dor no joelho. Eu tinha cirurgia em julho no HC, é de desgaste na rótula do joelho, mas não vou fazer não. Eu acabei de fazer uma cirurgia, não vou fazer outra... A minha irmã fez e teve rejeição, ela anda com muleta... É que lá em casa todo mundo é gordo. E pessoa de idade tem que andar devagar mesmo. (Letícia)
>
> Eu tenho problema de pressão alta e diabete. Fiz 8 lavagens, injeção toda hora para diabete, a pressão subia porque eu ficava normal e não tive nenhuma febre. Fazer o que? (Paulo)
>
> Estou afastado do trabalho há 4 anos porque operei o joelho e parei (de trabalhar). (Edmar)

2 Os pacientes relatam a experiência com o tratamento e com seus efeitos colaterais

Os pacientes rememoram a experiência com o tratamento e os sintomas dos seus efeitos colaterais: a queda dos cabelos (alopecia), a falta de apetite, dentre outros, e expressam seus sentimentos e preocupações.

> Eu vou fazer a cada 3 meses uma avaliação médica. Eu venho aqui no hospital para fazer exames, RX do tórax. Tomo, por via oral, um remédio preventivo que se chama "Arrimeder" (quimioterapia). Eu saía daqui muito mal, caía minha pressão. Eu ficava na casa de minha filha aqui em RP. Eu fiz apenas 4 sessões de quimioterapia. Caiu meu cabelo... Vou tomar esse remédio durante 5 anos... Se Deus me der vida até lá... (Ana)
>
> Já fiz tratamento desde Março/06, mas estou afastado faz 1 ano (trabalho). Fui para a Beneficência fazer quimioterapia. Fiz seis sessões e ele (oncologista) suspendeu a quimio. Agora vai repetir os exames para ver como é que está, se vai precisar fazer mais algum outro tipo de tratamento. (Jair)
>
> Porque de repente tem uma vida normal, e aparece a doença... A gente tem uma queda... O cabelo muda, a cabeça... Veêm sentimentos, muda tudo... (Jair)
>
> Eles (oncologistas) indicaram fazer a quimioterapia. Eu fiz 6 sessões. Faz 20 dias que fiz a última. E, hoje eu vim saber dos resultados dos exames (tomografia) que eu fiz para ver como está o pulmão... E, é a partir daí o médico vai decidir se suspende a quimioterapia ou se faz outra coisa. (Abraão)
>
> Passei um período muito difícil... Por tudo que eu passei, eu tô bem. Só o cabelo que caiu. Eu sinto ainda a pele do lugar, onde ficou o dreno, repuxar... É como se tivesse machucado o local onde colocou o dreno. (Abraão)
>
> Não, não é que só isso (tratamento) resolve... Hoje a medicina está bem avançada. Então, a gente pensa: "será que esse remédio vai me curar?" (Abraão)
>
> No começo eu não queria aceitar essa doença. Porque eu fiquei amedrontada. Eu tinha que fazer radioterapia, depois cirurgia e quimioterapia. Depois começa tudo de novo... Mas, depois voltei e fiz o 1º ciclo durante 5 dias. Agora vamos ver hoje se vai poder iniciar o 2º ciclo. Estou esperando o resultado do exame de sangue. (Letícia)
>
> Faz um mês (tratamento). Vou fazer mais ciclos. O tratamento vai até dezembro... Na consulta perguntou o que estava doendo. Eu respondi: está doendo é meu medo. O meu medo dói demais. Mas, ela (oncologista) me adiantou: "não precisa ter medo. Falou também que não vai cair o cabelo, vai depender de cada pessoa. O que pode acontecer é prender o intestino e soltar". A gente vai chegando numa realidade e vê que não é um bicho de sete cabeças. (Letícia)

Sabe de uma coisa, antes (início) do tratamento eu sofri mais do que agora. A radioterapia me deixou cansada porque eu precisei vir aqui todos os dias. Foram 25 sessões. Aí eu achei difícil. Na quimioterpia eu senti um pouco fraca. (Letícia)

Estou consciente com a doença, porque no começo não fiquei satisfeito com as coisas... tem medo... não imaginamos nunca uma realidade dessa... A gente sente meio diferente dos outros... Ah, assim... Não tem aquela harmonia de ficar junto numa festa, bater papo... Tenho vontade de ficar mais quieto de tudo... Eu tenho dentadura, na parte da frente. Precisei arrancar 7 dentes com cárie, oito dias para começar a radioterapia que é no local da boca... Você não pode ficar olhando para trás. É muita mudança. (Edmar)

A radioterapia fiz 4 semanas, todos os dias, e a quimioterapia fiz quatro sessões. E hoje é o retorno. Hoje estava pensando o que será que vai ser feito. Vamos ver o que vai precisar ser feito. (Edmar)

Não gosto de ficar parado. Todas as pessoas que têm isso (câncer) não pode ficar pensando... tem que fazer esse tratamento, que é rigoroso... eu venho. Eu faço toda a quimioterapia. Na antepenúltima eu tive enjôos e precisei tomar remédio para estômago. (João)

Em janeiro/06 fiz a cirurgia. Demorou 2 meses para começar a quimioterapia. Comecei em Março e este mês (agosto) vim fazer a última sessão. Chego ao hospital, espero a minha vez, faço a quimioterapia, almoço (aqui mesmo), sem ficar nervoso. Eu levo tudo nas melhores formas que tenho de levar. (João)

Eu cheguei e falei para meu irmão: traz um prestobarba para eu fazer a barba. Passou o tempo e já estou na última sessão de quimioterapia. Vou ter de vir 5 dias direto. (João)

Já fiz 6 sessões. Agora vai para sétima e apareceu uma manchinha no pulmão. Aí, chamaram as minhas filhas, e o médico explicou para elas: "ocorreu uma lesão no lado esquerdo, mas nós não vamos operar não. Será feita a quimioterapia para combater essa "manchinha"... tem que sumir do pulmão. Venho durante 3 dias (fazer quimio). O primeiro é o dia todo, o segundo até 10h da manhã e o terceiro também. As manchas estão desaparecendo... E os médicos pediram para fazer mais um exame de sangue. (João)

Já fiz 5 quimioterapias, e agora venho semana que vem para fazer a sexta. Espero que seja a última, depois passo pela avaliação médica no HC, em um aparelho que a Beneficência não tem. Eles dizeram que quando termina o tratamento precisa vir aqui (hospital) de 6 em 6 meses. (Pedro)

Hoje vou aproveitar e passar pelo médico, e amanhã volto só para tirar sangue. (Paulo)

• Psique

1 Os pacientes remetem às perdas pessoais e sociais frente ao câncer

Os pacientes relatam, queixosos, a situação atual vivida, pois além da perda de saúde, ocorrem outras perdas na vida pessoal e social.

> Ontem peguei a escada e tentei subir para limpar os vitrôs. Hoje, eu estou deixando de lado de ter as coisas excessivamente limpas. Eu descobri que a gente tem limite. E isso a gente vai descobrindo a cada dia. Esse braço levanta, mas esse em que eu fiz a cirurgia (retirou uma mama) não levanta mais. Tudo é muito diferente. Mas, eu queria lavar meu vitrô como eu lavava antes. Eu não posso fazer as coisas que fazia antes, mas eu estou criando galinha. Eu aprendi com a minha mãe a chocar (os ovos). E ela também fazia isso. (Ana)
>
> O que mudou é que eu não estou fazendo (serviço mais pesado), é que eu cuidava da Casa do Senhor, do altar na igreja. Cuidava das flores. Esta semana já estou voltando a cuidar das flores. Já estão percebendo, e falam: "L. passou por aqui". (Letícia)
>
> Ah, as coisas deram uma defasada. Você tem saúde e depois você tem uma doença. Você ficar 1 ano parado é muito ruim, o que a gente ganha do INPS é muito pouco, e fica muito difícil de viver só com isso. (Jair)
>
> Sou funileiro. Mas tem um ano que já estou parado e estou recebendo (benefício do governo). (Edmar)

Os pacientes expressam o reconhecimento e o valor do trabalho na vida.

> Eu selecionava frutas num barracão (comércio) de frutas durante muito tempo. E, antes de trabalhar nesse lugar eu sempre trabalhei com isso. Parei, depois deste problema. Estou parado faz mais de um ano. Tem 7 meses que eu estou fazendo tratamento. Sinto falta (do trabalho)... (Jair)
>
> Eu não agüento ficar parado. Tenho que trabalhar... Apesar que já tô aposentado... mas estou sempre fazendo alguma coisa. (Abraão)

2 Os pacientes atribuem ao seu modo de ser os fatores contribuintes ao câncer

> Eu sou uma pessoa muito sensível e acho que é até por isso sou depressiva. Tenho síndrome do pânico e depressão. Falei para o Doutor que a depressão é sofrimento, desprezo, desamor, solidão. A depressão também mata. E foi através dela que eu tive câncer. Isso tudo dá câncer. E eu tive essa doença no meio de 18 irmãos. (Ana)
>
> É realmente, hoje eu estou bem. Há um ano atrás eu não tinha vontade de sair da cama. Eu fiquei 5 meses sem sair da cama. Eu queria que o mundo caísse. Eu "cai na real" e levantei. (Ana)
>
> Eu tinha os vícios da gente, eu fumava, bebia e ficava em noitada. Gostava de sinuca, de baralho e chegava em casa uma hora da manhã... Sei que isso pode ter contribuído para doença. (Edmar)

Um paciente relata o seu pessimismo, a falta de esperança e a falta de gosto pela vida que podem ter proporcionado o surgimento da doença.

> Por exemplo... sigo o tratamento: se me pedem para tomar esse remédio, eu tomo o remédio porque é bom. Não com aquela esperança que o remédio vai curar... E, o que a senhora estava dizendo: "eu não tenho vontade de fazer as coisas"... se eu não fizer sei que vai ser pior... (Jair).

Outro paciente atribui ao seu modo de ser a causa de seus problemas pessoais.

> Eu sou enérgico e bravo, por isso nós (eu e a esposa) não demos certo. Separamos depois dos netos criados. Problemas com os netos... (Abraão)

Um outro paciente relembra a educação dada pelos seus pais.

> Eu batia (nos filhos)... mas não espancava como meus pais batiam. Hoje em dia não se pode bater mais nos filhos. Eu apanhei muito quando criança, mas porque eu era muito arteiro. Se eles faziam isso é porque eu merecia. Me lembro das vezes que eu apanhei... (Abraão)

3 Os pacientes relatam as suas preferências, suas necessidades e seus desejos

Os pacientes expressam como gostam de viver o seu tempo livre, quando não estão em tratamento, e se sentem "bem".

> Não troco o sítio para ficar aqui na cidade. Aqui você tem que ficar atento aos bandidos, fechar os portões. Não tem a tranqüilidade da roça. (Abraão)
>
> A única coisa que sinto falta é de não poder dançar Forró por causa do "pó" (poeira). Eu gosto muito. Eu comecei a sentir falta de ar, na época que eu dançava... eu precisei parar... (Abraão)
>
> Pretendo também comprar um carro. A minha filha aconselhou a comprar um que seria bom para mim. Até que de lá da roça até aqui eu não preciso muito. Eu tenho uma moto, mas na chuva é ruim. (Abraão)
>
> Tenho vontade de organizar minha situação financeira, de ter a minha casinha. Tenho um dinheiro para receber da aposentadoria que vai sair este ano. Penso, em voltar a trabalhar, mas lá tem tinta. Dizem que é material canceroso, então vamos ver... Mas, a cabeça não pode parar, tem que sonhar... Não sonho com um carro, quero um cantinho (casa)... (Edmar)
>
> Agora eu estou mais confortável. A minha vida é isto aí. Aumentou a minha aposentadoria. Eu mesmo construí uma casa de 12 metros, subi o alicerce e, só contratei pessoas para fazer o acabamento. Esse aumento melhorou muita a minha vida. Eu tinha também um dinheiro parado na aposentadoria e retirei. Também o meu sonho foi comprar uma casa na praia, e realizei o sonho. Todos os parentes estão querendo ir lá. Eles falam que é muito bonita na temporada. Mas, eu quero ir fora de temporada. Quero alugar com a intenção de, pelo menos, poder pagar o condomínio. (Pedro)
>
> Eu comprei o apartamento com móveis velhos e quero trocar algumas coisas. Estou precisando fazer algumas arrumações. Já comprei fogão, geladeira e, está tudo encaixotado para levar para Santos. O fim da minha vida é passar desse jeito. (Pedro)
>
> Ontem fiz 77 anos e me sinto ainda bom das pernas. Vejo as obras que eu fiz na cidade. Sempre fui muito enérgico e sempre busquei fazer o melhor de mim. Gosto de estar o tempo todo junto no serviço, mesmo quando estou administrando a obra. (Pedro)

4 Os pacientes falam de seus sentimentos contraditórios frente ao câncer: ora apresentam força, coragem, esperança e ora manifestam preocupação, medo, incerteza, quando falam sobre a doença e o tratamento

> Essa doença não tem cura... pode ser que um dia a medicina chega lá. (Ana)
>
> A gente (pacientes) fica também muito angustiado. Tem dia que está bom, tem dia que não está... Fico ansioso... Fico preocupado, ficam essas coisas na cabeça... Se sara, se vai demorar muito... (Jair)
>
> A gente (paciente) sente muito inútil. Não se pode fazer mais nada. Às vezes não é, mas... A gente pensa isso aí (sentimento inútil). (Abraão)
>
> É, antes eu não sabia como era, agora eu aceitei, e antes eu fiquei em depressão. Eu fiquei no ataque de nervo... Eu ficava debaixo do chuveiro e achava que eu ia me afogar... Depois, me deram calmante, deram outro e não deu certo. Estava me fazendo mal, mas graças a Deus, Ele me deu a paz e estou aceitando... (Leticia)
>
> Antes tinha esse problema (câncer): será que isso nunca terá solução? Ficava num desespero... Não tenho ânimo de ficar dentro de casa sentado numa cadeira, deitado num sofá. Eu quero estar andando, falando, mexendo com uma coisinha e outra. Antes eu estava desanimado (período da cirurgia). Agora não, eu pego e faço tudo. Tem dia que não estou com mesma disposição de um dia para o outro.(João)

5 Os pacientes afirmam que a fala de outras pessoas (outros pacientes e familiares), às vezes, atrapalha-os

> O que atrapalha é o falatório. Me deu um medo (tratamento)... Pois, cada um falava uma coisa, uma dizia que caía o cabelo, enjôo. Isso foi quando eu fiz cirurgia, eles queriam fazer a quimioterapia depois da cirurgia. Aí o sangue estava baixo e eu estava com anemia. Mas, anemia eu sempre tive desde nova. (Letícia)
>
> A pessoa já está assustada e essa filha (acompanhante) minha mesmo, ela me deixava mais nervosa: 'Isso vai doer'... Eu já estava agitada e ela não me ajudava. Mas, a minha neta, sim, ela dizia: "não vai doer vovó, vai passar..." O médico tinha falado: "se eu não operasse ia sofrer muito mais". (Letícia)
>
> A única coisa é que tem de prestar atenção e ter cuidado com que as outras pessoas dizem sobre o tratamento. (Letícia)
>
> Tenho um problema, eu não escondo de ninguém, nem de meus vizinhos. Eles perguntam: o que você tem? "Eu tinha um negócio no

> intestino e precisou tirar." O que vou fazer? Eles falam que eu não posso beber só porque fiz essa cirurgia... Ele (doutor) disse: "desde que ele beba moderadamente, eu não vou estragar a cervejinha dele." (João)
>
> Outro dia, a minha esposa me acompanhou (ao hospital), mas ela falou ao doutor que eu estava bebendo cerveja. Aí eu falei: não quero mais mulher para me acompanhar. Não quero mulher "velha" atrás de mim, quero coisa nova. (riu) Vou trocar você por duas de 20 anos." (João)
>
> O pessoal fala (mal-estar) do tratamento, mas eu não sinto ainda nada. (Paulo)

6 Os pacientes falam sobre a importância do apoio dos familiares, dos amigos e de outros pacientes

Os pacientes relatam como se organizam nas atividades da vida diária, com ajuda do cônjuge, dos filhos e dos netos.

> Só um (filho) que ainda não casou. Ele está em Montes Claros. Ele esteve aqui no período em que fiquei internado e, me ajudava a tomar banho. Eu ficava com vergonha. Você sabe como é velho! Eu não tinha força para nada. Eu dizia: "se fosse para ficar dependente dos filhos, eu não queria viver daquele jeito". Hoje, venho (para Ribeirão Preto) e, se preciso, vou para casa de minhas filhas. (Abraão)
>
> Se for preciso morar com as filhas, eu moro muito bem. A gente se dá bem. Elas cuidam mais de mim do que da mãe. Elas já moraram comigo um ano... Agora, para elas (filhas) morarem com a mãe... não ficam juntas mais do que dois dias. Ela (mãe) tem um temperamento difícil. (Abraão)
>
> Mora eu (72 anos) e minha filha de 50 anos. Ela sai para trabalhar, vem almoçar, mas eu faço as coisas. A minha mãe (90 anos) mora ao lado (da minha casa) e minha neta trabalha numa casa de uma família em frente.(Letícia)
>
> Tenho duas filhas: uma de 5 e outra de 12 anos. O certo é vir uma acompanhante. Um exemplo: eu preciso passar protetor. Quando eu saio da quimioterapia, eu desço para pegar o ônibus no centro. Vou meio tonto, preciso ir ao lado do muro, me segurando... depois vai melhorando o corpo. (João)
>
> A minha esposa cuida da casa, das crianças, quando eu preciso ela vem no hospital. Se eu sentir alguma coisa eu ligo para ela (esposa). Ela me acompanhou na primeira semana (quimioterapia). Mas, como temos as crianças pequenas, ela precisava levá-las na escola. (Paulo)

> Eu gosto muito de cozinhar. Uma coisa que não gosto de fazer na casa é passar roupa. A minha esposa lava roupa, eu falo para ela: deixa que eu estendo. Agora, que estou em casa eu ajudo às vezes fazer uma coisinha e outra. É bom que distrai a cabeça. (Paulo)
>
> Moro com meu pai e minha mãe. Ela (mãe) cuida da casa e dos afazeres domésticos. (Edmar)

Mas, alguns pacientes queixam da falta de apoio e compreensão dos familiares, nas atividades da vida diária, devido a limitações causadas pelo câncer e pelo tratamento. Mostram preocupações e problemas com seus familiares. Também manifestam, no relacionamento familiar, sentimentos de irritação e intolerância de um com o outro.

> Mas meu marido bebe muito, eu não gosto disso não. A minha filha tem um temperamento muito difícil. Ela não me ajuda, tudo é troca. Eu preciso pagar para ela (filha) limpar (os vitrôs). Se eu peço um copo de água, ela fala para eu pedir para o meu marido. Aí eu falo: vou te dar um real. Ela pede o dinheiro primeiro e depois pega a água. Eu a chamo de "Susana" (aquela que matou os pais). Eu digo a ela: o mundo já está cheio de Suzana e nós não temos nem onde cair morto. Então não tenta "rançar" dinheiro. (Ana)
>
> Outro dia, estava escutando o programa de TV e pedi: minha filha, pode copiar a receita com frutas exóticas que é bom para quem está com câncer? Aí, nesse dia, ela fez, mas ela é muito capitalista (mercenária). Ela é assim. Eu tenho mais outras 2 filhas... mas quando ela faz é muito caprichosa. (Ana)

Um paciente expressa o desejo de a esposa trabalhar para ajudar financeiramente nas despesas da casa.

> A minha esposa não tem um emprego fixo. Até que ela está procurando e se aparecesse é claro que ela iria. Aí já melhorava bem mais a situação financeira. Tenho um filho (24 anos) que contribui com a metade do aluguel. Isso ajuda. Fomos à Casa de Apoio aqui do Serviço e já estamos ganhando uma cesta básica. (Jair)

Um segundo apoio mencionado é ter o carinho, a atenção e a solidariedade dos amigos.

> Fico conversando com as pessoas no hospital, aonde eu vou. Outro dia aqui me dizeram: "parece que você não tem nada..." Eu respondi: eu tive (câncer estômago), agora estou fazendo esse tratamento (quimioterapia). Eles disseram: "está corado". Eu respondi: Eu estou comendo e bebendo normalmente. Eu só não deixo a doença me dominar. (João)
>
> Os amigos rezam pela gente... tudo isso ajuda. Tem pessoas preocupadas comigo. Nós também precisamos preocupar com as pessoas. O meu patrão foi me visitar (no hospital). Eu chegava a chorar... Ele dizia: "se precisar de dinheiro, pode contar comigo". Isso tudo me fortaleceu. (Paulo)
>
> Sou separado. Moro no sítio em Serra Azul, já moraram 2 filhas comigo, mas agora estou sozinho... mas os donos do sítio têm um grande carinho por mim. Não fico sozinho. (Abraão)

Os pacientes relatam as suas experiências de modo a ajudar a outros, assim como aos pacientes com câncer e às entidades sociais.

> O tratamento evoluiu demais. Hoje, os pacientes que têm isso (câncer) estão mais confiantes. Eu já fiz toque de próstata com 38 anos, e agora vou fazer de novo. Quem gosta de mim sou eu. Hoje tive um problema. É melhor precaver. Eu gosto de conversar com as pessoas. Outro dia aqui (no hospital): uma moça me disse que seu pai está com câncer no pulmão. Eu disse: se ele tiver aqui na próxima semana (eu venho fazer quimioterapia) converso com ele, e explico... Tive um problema semelhante, mas o dele é no pulmão e o meu é no intestino. Fiz a cirurgia, foi sofrido... Quando cheguei em casa, falei para minha mãe: não vejo a hora de comer arroz, feijão e bife... Agora, sinto bem. Estava abatido, parecia um velho de 60 anos. (João)
>
> Outro dia um paciente estava queixando que o cabelo estava caindo, estava desesperado... Eu olhava, e pedia que Deus abençoasse ele. Chegou uma senhora (com cabelo muito bonito) atrás dele e contou que havia perdido o cabelo e olha hoje... Depois disso o paciente sorriu... Tudo tem a hora da compreensão. Outro dia observei que este paciente (que apoiei) estava mais disposto para fazer a quimioterapia. Não adianta nada, só porque vou ficar careca vou ficar "xingando" os outros. Tem que olhar para realidade precisa ter paciência. Se tiver que fazer(tratamento) eu faço, é para meu bem. (Paulo)
>
> Agora o Padre W (antigo) morreu, e agora tem um outro no seu lugar. Já ajudei a reformar a igreja, dei material para ajudar na construção. (Pedro)
>
> Tem que procurar manter (o ânimo). No dia a dia você vê uma pessoa que não está bem, tenho vontade de aproximar e conversar, mas, fico com medo de ofendê-la e a pessoa responder mal. (Paulo)

7 Os pacientes expressam o apoio recebido dos profissionais

Eu aceito participar (do atendimento da psicóloga)... estou precisando mesmo conversar com alguém. Tô muito nervosa... (Ana)

Eu que tenho de agradecer à senhora (psicóloga). Você me ajudou muito, estou me sentindo até melhor. Eu estava muito ansiosa. Agora estou me sentindo mais aliviada. (Ana)

Essa enfermidade, por exemplo: eu acredito tudo que o médico está fazendo para mim. Eu falo para o médico que estou tomando o remédio direito. (Edmar)

O pessoal aqui é excelente, as enfermeiras orientam, perguntam se está gripado, resfriado... que não pode fazer a quimioterapia. Não posso reclamar. (João).

Da alegria de estar aqui... do apoio que eu tive e tenho, de todos (da senhora, dos médicos, das enfermeiras). Às vezes, chego aqui e vejo pacientes mal humorados: pensam que elas (médicos, enfermeiras) têm culpa pelo que está acontecendo com eles. (Paulo)

Não é que só isso (tratamento) resolve... Hoje a medicina está bem avançada. Então, a gente pensa: "será que esse remédio vai me curar?" (Ana)

• Espírito

1 Os pacientes buscam passar para os familiares seus valores, crenças e atitudes

Eu pergunto para minha filha: vocês não têm saudades (das pessoas queridas que se foram)? Vocês não sentem amor? (Ana)

Hoje eu estou bem... meu marido até me deu dinheiro para comprar sapato, só que eu não vou comprar o sapato. Eu só faço isso para tirar o dinheiro dele porque ele bebe, e a gente é pobre. A gente tem uma casa, não pagamos aluguel e temos um terreno em Brodowiski. A maior riqueza é a saúde. Ele sabe que eu não gosto de estar devendo. Assim, ele me ajuda a não sofrer nesta parte. Eu falo: faz sentido pagar juros à toa, sendo que eu posso pagar hoje? (Ana)

Eu tenho uma família, graças a Deus... Como meu pai me criou, eu criei os meus filhos. Eu sou que nem meu pai, muito responsável com os patrões. Eu era elogiado. Eu ficava com a chave da loja, e a confiança era recíproca. (Pedro)

Uma paciente fala da perda e da saudade de seus entes queridos.

> Sinto saudade da madrinha... disse à minha mãe: sendo ele ou ela, eu vou batizar (madrinha). Isso é maravilhoso! Eu amo a minha madrinha! (Ana)

2 Os pacientes relatam o que dá sentido à vida

Os pacientes falam o que dá sentido à vida é ver a família com saúde, bem. É poder ver os filhos, netos crescerem e estarem reunidos. É a presença, o carinho, o afeto e a atenção dos filhos, e, principalmente, dos netos.

> Como eu descobri que eu quero viver... Tenho meus netos, o mais velho tem 10 anos, ele gosta muito de mim. Não parece (fisicamente) comigo. (Ana)

> Seria ver meus netos crescerem: de ver a minha neta caçula, e de ver a outra crescer. Depois de 10 anos nasceu a caçula, Izabela. A caçula me ama. Eu chego na casa dela, ela vem logo para o meu colo. Você precisa de ver... É tudo isso que dá força para gente. (Ana)

> Agradeço o Senhor ter me confiado criar 8 filhos. Ter me dado saúde e condições de sustentá-los. Pois teve época que eu precisei tirar da minha boca para dar para eles. Isso é o motivo da vida. A gente quer viver, para ver os netos crescerem. Eu não sou tão velho, ma já tenho bisneto. Eu casei novo. A minha filha faz o seu sustento e cria a sua família. Isso me dá prazer de viver. O Senhor deu meus filhos, todos sadios e os meus netos sem nenhuma deficiência. (Abraão)

> Quando eu estava no hospital era muito bom: "saber que eu tinha sempre um filho chegando (para me visitar)". Eu nunca ficava totalmente sozinho. Sempre tinha carinho e atenção de um filho, um neto. Meu quarto estava sempre cheio. Quando não tem ninguém para te dar carinho aí perdemos o gosto da vida. (Abraão)

> Saber conviver bem com as pessoas: tudo é bom e maravilhoso. É pela força de Deus que eu vivo assim. Eu acordo fazendo oração, passa um tempo eu oro de novo. Eu prefiro cantar (em oração). Gosto muito de louvar ao meu Deus. Isto me motiva muito. (Letícia)

> Se eu desaparecer desta vida (choro) vou deixar 6 filhos casados e 4 bisnetos. Ontem (dia 29/08) foi meu aniversário. Encontrei com os meus filhos e falei: eu queria fazer uma festa de aniversário no domingo para reunir todos. Foi dia da Santa Mônica, e na segunda (hoje), dia de Santo Agostinho. Eles estavam organizando uma festa surpresa linda para mim. Só da minha família tinha 30 pessoas, somando filhos, genros e netos. Eu fiquei muito emocionado. Eles alugaram uma casa de festa e foi muito boa. (Pedro)

> Os netos se preocupam muito comigo. No fim do ano fizemos uma festa com toda a família, e coloquei dinheiro no envelope e dei para cada filho (choro). As minhas filhas ficaram muito emocionadas. Eu não podia dar um estudo, mas agora estou mais equilibrado. Agora é só eu e a esposa, cada um tem sua casa. Graças a Deus, tudo em paz... Todos têm saúde... só eu não... mas vou sair logo dessa (situação de doença). (Pedro)

Os pacientes expressam que sentiam falta de sentido em suas vidas e, após viver o câncer, demonstram perceber uma transformação em si, em seus valores e o desejo de buscar um sentido nos acontecimentos pelos quais passam.

> Lutar... porque não pode parar, né? Assim (doente), eu não tenho prazer em viver. Não tem sentido viver... Por exemplo, eu não tenho aquele prazer... Se vivo é porque eu tenho de viver. Se eu faço aquilo (tratamento) é porque não tem ninguém que faça para mim. (Jair)

> Para falar verdade eu não faço nada, por exemplo, porque eu amo meus filhos, aí vou fazer isso. Eu quero comprar um carro. Então, vou lutar para comprar esse carro. Eu já fui ao psiquiatra, antes mesmo de ter esta doença. Vou trabalhar porque tenho de ganhar (dinheiro para sobreviver). Não faço as coisas porque estou alegre, contente. Isso vem dentro de mim. (Jair)

> Eu sempre fui uma pessoa sem prazer de viver. Eu ia para o trabalho, brincava com os colegas, para o outro não dizer que sou chato. Eu convivo bem com a família. Na época, o psiquiatra perguntou: o senhor tem algum problema? Meu relacionamento com a minha esposa é bom, tem umas briguinhas, mas não é aquela felicidade. Não que eu não goste dela. (Jair).

> Nada me faz ficar alegre, sorrir com o coração. Agora eu venho aprendendo a palavra de Deus. As vezes penso que é falta de ter encontrado com Deus porque tem um mal que ronda (circula) a gente também. (Jair)

> Tem dia que eu pensava: por que viver? Se for para ficar assim (deitado), ficar sendo cuidado pelo filho... Tem dia que fico com essas coisas na cabeça. Eu pedia que o Senhor acabasse com isso (com o sofrimento) que eu não estava mais suportando isso. Levo o pensamento a Deus: "se Ele deu isso é porque tenho condição de suportar. O Senhor morreu por nós na Cruz... se Ele me deu esse sofrimento é porque sou capaz de suportá-lo". (Abraão)

> Passei a ser Evangélico e o meu coração aceitou mesmo. Encontrei o meu caminho. Eu senti que eu precisava (buscar Deus) por causa da minha saúde, da vida que eu levava (de beber, fumar). Não vou falar que eu perdi muitos anos de vida. Foi uma lição de vida para mim. Fala que o mundo é uma escola, a gente aprende a viver. Eu não vou chegar numa loja e comprar, se eu não souber que não posso pagar. Vem uma coisa no coração me dizendo do meu caráter. (Edmar)

> Em relação a tudo mudou: a saúde, a alimentação. Parece que eu fiquei mais novo. Estou com 66 anos, parece que sinto com 30 anos. Sinto-me mais alegre de estar vivendo e, assim, vou tocando a vida. (Paulo)

É importante destacar a religiosidade dentro da espiritualidade.

- **Religiosidade**

3 Os pacientes relatam a sua opinião sobre a religião, seus dogmas e crenças

Os pacientes buscam fé, proteção em uma força superior, algo extraordinário (Deus) que supera a si mesmos. Alguns pacientes procuram seguir rituais (missa, culto), rezar junto à comunidade ou em casa, fazendo oração pelo programa de televisão – Redevida, junto aos outros membros da casa ou rezando em silêncio.

> Existe um Deus que tudo pode. Tem hora que a minha cabeça desacredita de tudo. Na bíblia está escrito assim: "quem crê em mim, terá a vida eterna e saúde em abundância". Mentira! O mundo está assim (sem Deus). Eu peço perdão a Ele (Deus), mas, eu leio: "Ele está entre nós", está escrito na bíblia.(Ana)

> Eu fui à igreja evangélica que a minha filha freqüenta, e com uma semana eu odiei a igreja inteirinha. Eu falei para o pastor: eles ficam fuxicando da vida do outro. Porque aquele "povinho" acha que são os bons, e o resto não é gente. Ele quis explicar para mim que somos seres diferentes. Eu falei para minha filha: que povo metido! Ir para igreja rezar e chegar em casa e fazer tudo errado. Fui sincera com o pastor. Religião não se discute. Eu acredito em Deus e pronto. Porque eu não conheço Deus. Acredito que Ele está aí (entre nós). Esse céu misterioso foi criado por Ele. Atualmente, não sou praticante de nenhuma religião. (Ana)

> Se não tiver fé, a gente não caminha. É como tomar um remédio**:** se você confiar, você sara. Você vai ao médico, se você for com a cara dele, só de você olhar na cara dele, você sente bem. Como com você (pesquisadora)... Sinto bem de estar perto de você, senão eu não estaria mais aqui. É isso que faz sarar. Tudo isso faz parte: a confiança e a fé no outro. (Ana).

> Para a gente ser mais forte na fé é preciso ser curado e depois... dar o testemunho... (Jair).

> Eu tenho 2 nomes: um é Allan Kardec... e, o outro, fui batizado (igreja Católica) aos 7 anos pelos meus pais e colocaram outro. Meus pais eram Espíritas e, na época, a igreja Católica não aceitava este

nome para ser batizado na igreja... Hoje, já aceitam, não tem mais esse preconceito. Eu queria ir para igreja (católica). Eles diziam que eu era Pagão, e se não fosse batizado na igreja não podia freqüentar. Hoje me considero Católico e Kardecista, mas não vou à Igreja (Católica) já faz um tempo... mas para mim lá têm as mesmas orações: Ave-Maria e Pai-Nosso. (Abraão)

Freqüento a Igreja Pentecostal já faz 20 anos. (Letícia)

Eu sou evangélico. Freqüento a Congregação Cristã do Brasil. Vou lá na quarta e sexta-feira. Mas, nestes dias, não tenho ido porque tenho me sentido fraco e com tonteira. Chego em casa tarde, não tenho fome e sinto fraco. Tenho medo de andar sozinho na rua e passar mal. Outro dia eu voltei, 11 horas da noite, sozinho e me senti mal. (Edmar)

Com a minha religião, eu vou à igreja com fé, buscando Deus para o meu coração. Busco ter harmonia, um coração limpo. Não, um coração cheio de inveja, de maldade, como é no mundo hoje. Nem para o bandido podemos desejar o mal. A religião traz totalmente a mudança na vida do ser humano. Mas, não vejo isso em toda religião, pois tem Igreja que eles querem só o dinheiro do outro. A Católica, é a mesma coisa da minha Congregação... Só muda é que nós não acreditamos em Santos. O Católico crê, como o Evangélico... Agora, as outras... (Edmar)

Tudo Deus dá jeito. Com fé em Deus vai dá tudo certo. Não se pode ficar revoltado: com a doutora (psicóloga), com os médicos, comigo mesmo. Eu poderia estar são, e estar com uma dívida grande, e ter outro problema... (Edmar)

Sinto-me mais fraco espiritualmente quando não vou à igreja. É como o remédio, quando não tomamos, parece que sentimos mais fraco para enfrentar a vida. A dor é psicológica, quando você se distrai dela, você esquece da dor, aí ela some... Eu estou tomando remédio para tirar a dor, mas eu vou parar. Se não, eu vou acostumar... Vou tomar só mais esta cartela. (Edmar)

Não se deve levar pela doença. Tem que ser otimista. Sou católico. De vez em quando vou à missa... Já marquei a viagem para Aparecida do Norte no dia 09 de setembro para agradecer. Peço, rezo muito à Nossa Senhora Aparecida. Eu tenho a imagem da Nossa Senhora lá em casa. A pessoa tem que ser ela mesma... lutar pelo problema que tem. Você é que tem de dominar (a doença). Vai dominar com que? Com a cabeça! Para mim, cada dia está sendo bom... (João)

Eu assisto à missa todos os dias na Rede Vida (porque falam o nome dos Santos). Sou católico. Tenho muita fé para sair dessa... (Pedro)

Deus desejou que eu continuasse vivendo... Tô aqui... Espero que continue muito tempo aqui. (Paulo)

Agora (com a doença) vou mais ao Centro espírita... toda sexta-feira. Faço um tratamento espiritual... Eles conversam e explicam (o adoecimento). Eu tenho compromisso neste dia... Se ontem eu estava mal, hoje quero estar melhor. Não adianta ficar com astral ruim, porque amanhã... isso não leva ninguém a nada. (Paulo)

Um paciente relata que precisa sempre pedir força a Deus, para que possa ajudar à outra pessoa.

> Eu vejo as pessoas se lastimando... Eu falo: Não é assim a vida, você tem de levantar a cabeça... Se você deixar a cabeça cair, ela vai baixando, baixando...Quando você levanta a cabeça, você diz: eu vou vencer isso aí... Sempre para frente. Tenho de pensar que estou bom, vou recuperar. Tem que pedir sempre a Deus que Deus ajuda... e tocar para frente... Já pensou se você está mal humorado amanhã, como você vai ajudar o outro? (Paulo)

4 Os pacientes falam da importância de buscar fé em Deus, o que proporciona a confiança e a força para enfrentar o câncer e o seu tratamento

> Eu espero ficar bom, a minha fé é em Deus... e Ele é que pode tudo. A gente não espera, não sabe se vai ficar bom. A fé é em Deus. É só Deus que pode curar a gente. Tem gente que tem esse problema e sara, outros que morrem. (Jair).
>
> Eu sempre fui uma pessoa apegada a Deus. Sempre fui à igreja Evangélica e sempre gostei de buscar Deus... e agora continuo indo. Tenho pedido mais a Deus para ser curado logo. Hoje vou mais (à igreja) porque eu estou afastado (trabalho) e tenho mais tempo para ir. (Jair).
>
> Eu não mudei (depois da doença)... Continuo com a mesma busca. Mas, me sinto mais fortalecido. Venho pedindo, buscando... vou terça, quarta, sexta e domingo. Esse encontro com Deus é Deus te mudar por dentro. De ser uma pessoa feliz, que tudo para você está bom. (Jair)
>
> O médico F. achou que eu ajudei muito. Ele falou: "é difícil uma pessoa sobreviver desse problema do pulmão. Você não se entregou (a doença)" Aí, senti que tenho fé... e ela vem me fortalecendo a cada dia. Depois, pelo que passei, posso dizer que tô bem, pois me senti próximo da morte.(Abraão)
>
> Eu fui orando e pedindo para abençoar a mão do médico (na cirurgia de reto). No começo eu só senti... só aquela fraqueza da sonda... correu tudo bem a cirurgia. Hoje eu uso uma bolsa. Graças a Deus, as mãos do Senhor ajudou muito e eu saí (viva) da cirurgia: eu entrei às 7 h da manhã e sai às 4h da tarde. (Letícia)
>
> Sinto que mudou minha vida porque eu vi as mãos de Deus trabalhar (operar)... como Ele é misericordioso! Como Ele nos ajuda! Eu não queria aceitar (no início), quando fui para Centro Cirúrgico... me senti que estava entrando num pedacinho de céu. Eu olhava no médico e não o via, mas um anjo. A mão do Senhor trabalhou muito, e guiou as mãos dos enfermeiros e dos médicos. Senti maravilhada, da alegria que o Senhor me fez. Quando eu me lembro: o que eu presenciei no Centro Cirúrgico, eu fico com vontade de chorar... Aquela emoção da presença (Cristo) que eu senti. (Letícia)

> Deus quer que você seja humilde, ajude o outro. O mundo hoje não está mais assim, cada um olha para si mesmo. Agora vou ver minha Mãe (Nossa Senhora Aparecida)... vou pedir muita graça para Ela... pelo jeito que sou... que eu tive um problema (câncer)... eu nunca desanimei, sempre toquei a "bola para frente". Mudou, muda... mas, não muda muito não. Você tem Deus no coração, rezo muito para Nossa Senhora dar bastante saúde, Ela sempre me protegeu na estrada. Trabalhei 20 anos como motorista. (Pedro)
>
> Estou aceitando ela (doença), ela vai ser passageira, ela vai sair... se Deus quiser, peço proteção para Nossa Senhora Aparecida e o Senhor Bom Jesus da Lapa de Jardinópolis. (Pedro)
>
> Me apego mais com Deus, de abençoar meus netos que estão me ajudando e os remédios também.(Ana)
>
> Isso (a religião) me alegra, e me faz sentir bem aqui com você (psicóloga), com o colega (em tratamento), com o outro (que encontro ali)...(Ana)
>
> Você já ouviu falar: "você nunca fala de seus problemas para Deus?" Peço muito a Deus, à família, aos profissionais, a todo mundo... A gente tem que ser humilde.(João)
>
> Sinto que minha fé aumentou após a doença. Eu rezo o terço com o canal da Aparecida do Norte... tem às 22h. Só que ontem ia rezar, mas dormi... Eu pedi à médica para me dar um calmante para dormir, mas só tomo quando é preciso. Gosto de deitar cedo. Mas, tenho acordado de hora em hora para ir ao banheiro. É incrível! (a oração). Essa noite mesmo eu peguei o terço que fica na cabeceira da minha cama e pedi que o Senhor e a Nossa Senhora me abençoasse. Eu precisava acordar 5h da manhã para vir ao hospital. Sabe que acordei esse horário? Tenho rezado não só para mim, mas para o médico, para toda a equipe... que sejam iluminadas as suas idéias, as mãos deles para curar a gente. (Pedro)

Um paciente relata a importância da família ter fé.

> Os meus filhos também não são praticantes, mas eles têm muita fé. Tem uma filha que tem um caminho abençoado. Eles não deixam também de orar a Deus, como eu. (Abraão)

7.2 Análise Compreensiva das Vivências dos Pacientes com Câncer

A análise fenomenológica foi estruturada seguindo os três momentos que Stein (2000b) refere como essenciais em sua antropologia para o conhecimento da pessoa humana e sua constituição estrutural: corpo, psique e espírito. Procuraremos

destacar, neste momento, dentro de cada um destes aspectos, os pontos mais relevantes no que se refere às experiências vividas pelos colaboradores da pesquisa. Os procedimentos da entrevista terapêutica já foram descritos no capítulo 6.

O discurso de todos os pacientes revela que eles percebem que algo diferente ocorre no corpo. Vivem uma peregrinação, passando de 'médico em médico' até chegarem ao diagnóstico de câncer. Eles são conscientes do seu corpo e sentem que algo aconteceu e que precisam se tratar imediatamente.

A maioria dos pacientes rememora toda a trajetória da experiência com o câncer, o tratamento e os seus sintomas: a dor e os efeitos colaterais que os tratamentos podem provocar. Percebe e sente interiormente o impacto do tratamento no corpo: a queda dos cabelos (alopecia), a falta de apetite e expressa seus sentimentos, preocupações e expectativas.

Os pacientes, no geral, apresentam de um modo queixoso a perda de saúde e que, além desta, ocorrem perdas na vida pessoal e social. Refletem sobre as limitações que vão permeando a sua vida e vão se dando conta de que precisam se adaptar à nova realidade que se impõe a eles.

Apenas Ana buscou resposta em seus antecedentes familiares do porquê tem um câncer, mas não encontrou nenhum caso em sua família. Mencionou a longevidade de sua mãe que viveu até 104 anos. Ana ainda explicou ter o câncer por apresentar certas características pessoais, como ser mais sensível, estar deprimida e fazer tratamento medicamentoso. Já Jair acredita que a sua doença veio pelo estilo de vida que teve, com o vício da bebida e do cigarro. Atribuiu também ter sido sempre uma pessoa pessimista e desesperançosa para olhar a vida e enfrentá-la, o que pode ter proporcionado o surgimento do câncer.

Alguns pacientes mencionam a importância do lazer em suas vidas, o que fazem no tempo livre quando não estão em tratamento e se sentem "bem". Eles demonstram consciência de sua realidade do momento, o que podem e não podem fazer, se questionam e realizam reflexões sobre as suas possibilidades atuais. Também expressam como irão realizar seus projetos e planos em um futuro próximo.

A maioria dos pacientes expressa sentimentos contraditórios frente à perspectiva do câncer e o seu tratamento: ora apresentam força, coragem, esperança e ora manifestam preocupação, medo, incerteza, quando falam sobre a doença e o tratamento. Falam deste paradoxo existencial que vivem e desta angústia diante de uma verdadeira possibilidade de morte. Letícia, João e Paulo sentem-se envergonhados e incomodados com o "falatório" de outros enfermos no ambiente hospitalar, e das pessoas de seu meio social circundante, reconhecendo

que isso mais os prejudicam na assimilação das novas informações recebidas sobre a doença, o tratamento e os seus efeitos colaterais.

Destacamos que os pacientes, no geral, revelam positiva a rede de apoio, principalmente, o apoio familiar. A maioria dos pacientes informa como se organizam nas atividades da vida diária. Quando a paciente é mulher, geralmente, é preciso fazer um rearranjo familiar e contar com a participação do cônjuge, dos filhos e dos netos nas tarefas. As mulheres expressam também ter a atenção, o afeto, a proteção e a compreensão destes familiares. Entretanto, Abraão e Ana queixam-se da falta de apoio da família. Ana apresenta sentimentos de irritação e intolerância para com os membros pela falta de cuidados a ela. Menciona incompreensão da filha, uma vez que esta parece não se esforçar para cooperar com a situação. Fala também de um marido alcoolista. Nos discursos destes dois pacientes se observam também uma certa desorganização familiar, ou seja, conflitos na relação entre marido e mulher. Nesse momento de adoecimento grave, sentir-se cuidado e amado são condições fundamentais que o paciente deseja e busca nas pessoas que o rodeiam.

Alguns pacientes expressam a importância da presença e apoio dos amigos, como receber visitas, seja em casa ou no hospital, ter o carinho, a atenção e a solidariedade destes e, até mesmo, poderem rezar juntos. Percebem isso como um valor e uma contribuição essencial para a superação da doença.

Uma outra fonte de apoio, também revelada por alguns pacientes, foi a atenção, a compreensão e as orientações recebidas da equipe de Oncologia. Alguns expressam que o que pode levar à cura da doença é o conjunto vindo das diversas redes de apoio: a família, os amigos, os profissionais e Deus. Ana menciona também a contribuição da tecnologia atual avançada, o cuidado que a equipe médica, a psicóloga e os enfermeiros têm com os pacientes.

Ana e Pedro revelam a importância de passar os seus valores, as suas crenças e suas atitudes aos filhos. Ana fala da saudade de um bem ausente, e das perdas de seus entes queridos. A maioria dos pacientes expressa que o que dá maior sentido à vida é poder ver o bem-estar da família e viver para acompanhar o desenvolvimento dos netos. Estes são os dois maiores valores manifestados pela maioria dos entrevistados. A grande parte deles diz que deseja, simplesmente, ter a presença dos filhos e netos. Alguns pacientes mostram-se mais afeiçoados aos netos. Outros expressam falta de sentido em suas vidas e afirmam que, após viver com o câncer, se voltam mais para dentro de si, percebendo que ocorrem transformações de seus valores. Passam a buscar um sentido nos acontecimentos vividos, buscam transcender o momento atual e, deste modo, vivem a experiência

religiosa e a presença de Deus como Algo superior a si mesmo. Eles passam a descobrir o "gosto" da vida e lutam por ela.

Em todos os relatos dos pacientes que pertencem a uma comunidade religiosa, e daqueles que, até o momento, não participavam de nenhuma religião, foi possível observar que esses passam a buscar, a partir da doença, aquela pela qual têm maior afinidade, onde se sentiam bem recebidos pelas pessoas da comunidade. Os pacientes com câncer mostram pertencer a uma diversidade de religiões: a maioria é de evangélicos e espíritas, a minoria são os católicos. Jair, Abraão, Letícia, Pedro verbalizam serem sustentados e alimentados por meio das orações, de suas frequências aos ritos da igreja (seja católica ou evangélica), das palavras da Bíblia, de participação em procissões (Aparecida do Norte), e outros atos vividos a partir de manifestações religiosas. Estas manifestações religiosas vividas e relatadas pelos pacientes colaboradores deste trabalho mostram maior confiança, esperança e uma força interior para continuar superando o processo de tratamento do câncer. Ana sente que existe entre nós uma Presença grande, Algo superior que nos circunda. Ela diz: "Deus está entre nós".

Em suma, os pacientes significam a religião como um meio de suporte e sustento fundamental nos momentos de dor e sofrimento causados pelo câncer e por seu tratamento. Percebem a comunidade religiosa como um apoio espiritual, com a qual eles podem compartilhar os seus sentimentos, os seus conflitos, as suas dores e serem acolhidos, como são, na sua finitude.

7.3 As Vivências dos Profissionais de Saúde

A partir da análise das entrevistas com os profissionais de saúde, realizada conforme descrita anteriormente, emergiram as seguintes categorias:

- **Corporeidade**

1 Os profissionais de saúde relatam suas trajetórias e algumas experiências marcantes no Serviço de Oncologia;

- **Psique**

1 Os profissionais de saúde falam de suas percepções e sentimentos ao trabalhar com paciente com câncer;

2 Os profissionais de saúde falam da importância do trabalho multidisciplinar;

3 Os profissionais de saúde percebem estabelecer empatia com os pacientes com câncer;

4 Os profissionais de saúde expressam sua vivência sobre a possibilidade de morte de seus pacientes;

5 Os profissionais de saúde manifestam apoio aos pacientes com câncer.

• **Espírito**

1 Os profissionais de saúde falam sobre o que dá sentido à vida.

- **Religiosidade**

2 Os profissionais de saúde expressam a sua opinião sobre a religião, seus dogmas e crenças;

3 Os profissionais de saúde falam sobre como percebem a fé em Deus ou em Algo Superior em seus pacientes com câncer;

4 Os profissionais de saúde significam o papel da religião e da fé na vida dos pacientes com câncer;

5 Os profissionais de saúde relatam suas experiências religiosas.

• **Corporeidade**

A seguir, serão apresentadas as falas dos profissionais de saúde que constituíram cada categoria.

1 Os profissionais de saúde relatam suas trajetórias e algumas experiências marcantes no Serviço de Oncologia

Os profissionais de saúde (dentista, médicos residentes e contratados, enfermeira, auxiliar de enfermagem, psico-oncologista) falam do percurso de suas experiências com pacientes com câncer e seus familiares desde quando iniciaram seu trabalho. Eles relatam a dificuldade de lidar com estes, principalmente quando o tratamento é o de uma recidiva e/ou paliativo.

> Eu trabalho com pacientes oncológicos desde 1981. O meu primeiro contato com pacientes oncológicos foi ao Hospital das Clínicas. Trabalhava na CCP (Clínica Cabeça e Pescoço). Fui contratada a

pedido da CCP, principalmente na área de câncer de boca. O dentista não tem formação para lidar com pacientes tão fragilizados, como são os pacientes com câncer. Foi preciso aprender a lidar com a técnica (Maria, dentista).

Trabalhei no HC até 2005, me aposentei lá. Não atendia só pacientes de câncer. Foi se expandindo a necessidade do serviço (odontologia) por todo o hospital. Hoje existe reconhecimento da especialidade odontológica para pacientes especiais, mas não existia. Tive várias estagiárias me ajudando, o serviço cresceu muito nesses 24 anos. Vim pra cá um ano depois. Fui chamada a fazer um trabalho voluntário aqui pelo Grupo de Apoio ao Centro de Oncologia (GACEON) e aceitei. Estou aqui até hoje (2008) (Maria, dentista).

Estou completando agora 23 anos de formado. Desses, devo estar trabalhando 21 anos com paciente oncológico... e a impressão que me causa desses anos todos é que, ao mesmo tempo em que é um paciente comum, tem uma doença que precisa de cuidados especiais e de outras especialidades, tendo outros cuidados. (Paulo, chefe Oncologia)

No começo, há 14 anos aqui (BP) na Oncologia, eu via um maior isolamento... agora, hoje, não. Depois de um tempo, eu vejo que o paciente depende muito de você, do médico... esse serviço faz parte da minha vida. (Sueli, enfermeira chefe)

Logo que me formei, eu me sentia mais frio para lidar com os pacientes, mas hoje eu me envolvo mais. Para mim, é mais difícil lidar com o paciente jovem que vai morrer... isso toca bastante, mas tem muita surpresa boa, que dá uma melhora, que não achava que ia ficar bom, e que recupera bem (Rafael, oncologista contrado).

Quando era residente, eu atendia uma moça de 21 anos e quando faleceu tinha 23 anos. Ela tinha um linfoma. Ela era uma menina muito bonita, corpo bonito, simpática. Ela tinha um tumor curável, mas que só piorava. No final, me lembro que a pele dela estava muito comprometida, que no tórax tinha um buraco. Isso me tocou bastante. (Rafael, oncologista contrado).

Eu iniciei na Ginecologia no HC, depois passei para a Oncologia. Lá tinha um professor Dr. I. que fazia parte da Ginecologia. Eu tinha admiração por ele e comecei a fazer pós-graduação nesta área. Eu sempre gostei de tratar o paciente que tivesse realmente doente, mas tinha muita "madame". Naquela época, já existia muita plástica, como a plástica de períneo. Eu achava algumas condutas inadequadas, trazia complicações sérias para saúde. Também não gostava de lidar com o aspecto do pós-parto e as questões psicológicas. (João, radioterapeuta)

Fiz um ano de cirurgia clínica, depois fiz Oncologia. Quando conheci melhor a radioterapia, gostei e me mantive até hoje. Hoje, a Oncologia está fragmentada porque ela cresceu demais. Tem que se subespecializar na área clínica, ou na radioterapia ou na cirurgia Oncológica. Antes fazíamos um pouco de tudo. Ainda hoje têm colegas que fazem assim, lamentavelmente, porque estas especialidades elas cresceram muito e se aprofundaram. Acho que não há espaço para isso... mas tem colegas que estão em lugares menores e fazem todo o tratamento. Eu gosto de tratar este tipo de paciente... ele necessita ser tratado. Tem uma doença séria e grave.

> O paciente adere mais ao tratamento, mesmo os tratamentos mais pesados... Desde que você traga os benefícios do tratamento, ele faz todos os sacrifícios. É um paciente colaborativo, que te oferece vontade de fazer alguma coisa para ajudá-lo. (João, radioterapeuta)

> Quando não tem motivação para trabalhar é melhor parar. Eu me formei em 1978, trabalhei no HC. Já tem 29 anos que estou na área. Saí do HC para vir para BP. Eu fiquei 11 anos trabalhando no estado de São Paulo. Faz 2 anos que estou aqui (BP). Neste serviço (radioterapia) tem 15 anos. (João, radioterapeuta)

> Quando era mais jovem na profissão teve vários casos que me mobilizaram muito. Mas, acho que foi falta de experiência de lidar com os casos. Teve um caso de uma mulher, de 35 anos com câncer de mama. Naquela época, ter este tipo de câncer com aquela idade era raridade. Hoje é comum ter câncer a partir de 28 anos. Quando é jovem, bonita, impressiona mais... fiquei mais impressionado por ser tão jovem. Eu a acompanhei durante vários anos; ela fez cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Lembro-me que quando a paciente internou em estágio final. Estava para morrer e tivemos de irradiar as metástases dela. Eu tentei fazer alguma coisa. Um outro dia, ela teve parada cardíaca. Eu a peguei, e fiz a massagem cardíaca. Hoje não está indicado de fazer reanimação em paciente oncológico terminal... morreu, morreu. Não se podia fazer nada porque a doença já estava espalhada. Eu era jovem, não tinha maturidade suficiente para perceber que foi feito o possível. Tem um colega que diz uma coisa, serve para qualquer especialização: "você tem que saber quando cruzar os talheres". (João, radioterapeuta)

> Eu fiz 2 anos na cirurgia geral em São Paulo, depois fiz 3 anos de cirurgia oncológica, e depois vim para cá (RP). Eu gosto daquilo que faz e já tem resultado na hora. Fui convidada para vir trabalhar aqui, faz 15 anos que estou nessa área. Tem tipos de doenças que são mais díficeis de serem curados. (Izabel, cirurgiã contratada).

Um médico informa que a sua limitação é trabalhar na Oncologia Pediátrica, pois não suportaria prescrever um procedimento terapêutico à criança e depois ter de tratá-la.

> Quando me formei fui trabalhar com um Oncologista mais idoso. Era muito meu amigo. Foi ele que me introduziu na Oncologia. Eu atendia na Pediatria também, mas depois que nasceu meu filho, não dei mais conta de tratar de criança. Se eu precisasse prescrever uma quimioterapia, eu não conseguia atendê-la. Essa era a minha maior dificuldade. Este é o meu limite e me respeito. Hoje eu até dou palpite... mas cuidar do começo, meio e fim não dá (risadas) para mim... eu sou "gente", não sou uma máquina. (Paulo, chefe Oncologia)

Alguns médicos relatam que, além de retomarem a história de recordar as razões pelas quais escolheram trabalhar na Oncologia, eles também refletem o que aprenderam com a experiência vivida com o passar dos anos e com o seu crescimento profissional.

> Eu costumo brincar com meus amigos de faculdade porque eles diziam que eu era louco de trabalhar com paciente com câncer. Mas, a coisa não é tão feia como parece. É lógico que é difícil... paciente incurável, né? Eu tento manter uma distância... mas tem casos que eu fico abalado. (Paulo, chefe Oncologia)

> Eu vejo... muitas vezes, os colegas brincam e os leigos dizem: "eu não queria ser como você". Eu digo: nem eu (risos). É um trabalho que exige maior atenção, o vínculo permanece e... vamos monitorando o paciente. (Paulo, chefe Oncologia)

> Tive algumas experiências marcantes. O que acontece na maioria das escolas na graduação é que o médico deve procurar se envolver pouco com o paciente. Isto é uma grande distorção. Desde que você interage com o outro, seja o vendedor, o comprador, você se envolve pela expectativa que se tem com o outro, e vice-versa. O médico deve manter a postura o mais natural possível. O paciente que procura ajuda não importa muito com sua formação, se você sabe muito ou não... se você é um Phd. Eu pensei: ser médico... eu achei, quando eu comecei a trabalhar e isso me causava angústia porque eu sentia que tinha de resolver o problema do paciente, com responsabilidade. Podia ter feito um pouco mais, ter feito diferente, por isso e outras coisas eu busquei a terapia, e quase enveredei para o lado da psiquiatria. Uma coisa que eu passo para os residentes: "o problema pelo que o outro está me procurando é do outro, eu estarei aqui para tentar ajudá-lo". Isso me ajudou porque eu pegava o problema para mim. (Paulo, chefe Oncologia)

> Trabalha-se 24h... quando o médico tem dúvida sobre o tratamento, ele consulta a internet, mas quando se percebe que o problema é pessoal, do paciente e não meu (área médica), aí não posso ajudar mais. (Paulo, chefe Oncologia)

> Eu tinha medo que se o paciente fizesse a quimioterapia e desse complicação... porque pode acontecer de 3 a 4 % de quem faz o tratamento pode morrer. Isso era uma coisa que me angustiava muito. Você vai trabalhando e... as coisas vão tomando um certo rumo. (Paulo, chefe Oncologia)

> Uma outra coisa que aprendi é que o paciente com câncer é uma complexidade muito grande... que a gente não domina todos os pontos. O médico um pouco, o paciente um pouco mais, mas não temos noção da complexidade que é a sua doença. (Paulo, chefe Oncologia)

> O trabalho com paciente com câncer para mim é muito gratificante porque necessita do médico tanto na parte psicossomática, como na parte clínica, na psíquica, principalmente na parte da relação médico-paciente. (Pedro, Oncologista contratado).

> Vejo que hoje o paciente, a doença, o sofrimento me afeta do mesmo jeito, mas aprendi a blindar, a me proteger um pouco mais. Antes eu ia de peito aberto, e fazia algo indevido... hoje quero curar, mas sei o meu limite. Hoje sei quando vai adiantar ou não. A gente se protege melhor. (João, radioterapeuta).

- **Psique**

1 Os profissionais de saúde falam de suas percepções e sentimentos, ao trabalhar com pacientes com câncer

Os profissionais de saúde manifestam suas percepções e sentimentos, ao lidar com pacientes com câncer. Expressam sentimentos contraditórios que acompanham o tratamento do paciente. Quando este piora, ora sentem tristeza, medo e impotência; ora alegria, otimismo e esperança quando o enfermo reage bem.

> Eu preciso me controlar, porque tenho que tratar os outros pacientes, eu preciso ter jogo de cintura. Os pacientes me chamam...(,) estes dias mesmo eu vivi uma coisa dessa. Eu consigo me controlar, é mais fácil para mim controlar, do que eles. Vejo que eles estão precisando mais de mim, do que eu deles. O começo (contato) é difícil. Mas, estou aqui para ajudar. Sei que isso vai ser bom para o paciente e, depois, para mim. (Sueli, enfermeira chefe)

> O que me mobiliza mais é o estado geral do paciente, é a própria vida dele, o que está sentindo, é a preocupação de manter a qualidade de vida dele, saber o que ele necessita. Aqueles que estão com a doença mais avançada e não sabem que tem a doença. (Pedro, médico contratado)

> O difícil é explicar a doença como está, ter os cuidados de como falar, o que falar e, fazer um bom entendimento do paciente, principalmente solicitar ajuda do familiar. No nosso serviço nós não estamos acostumados dizer abertamente para o paciente sobre a sua doença... se ele não quer saber da doença, arrumamos outros meios para falar da doença. (Pedro, médico contratado)

> Falar por meio de cistos, de inflamações, não pronunciar a palavra câncer. Já o paciente que entra e fala logo o nome da doença, você já fica à vontade de dizer sobre isso. Às vezes a família não acha que o paciente precisa saber o que ele tem, vamos esperando o tempo deles, a relação do paciente com a família amadurecer. Eu respeito eles, mas tem também limite. Tem hora que é preciso dizer algumas coisas, e se quiser tratar comigo coloco algumas restrições como vai ser. Vou conversando aos pouquinhos, cada dia falo alguma coisa para ir entendendo melhor. (Pedro, médico contratado)

> É mais difícil lidar quando eu começo a acompanhar esse paciente na área da saúde e a evolução deste é para pior. Aí vejo aquele

> paciente no ambulatório, a evolução é negativa, e caminha para o óbito... Nós, por termos certo conhecimento da área, nós devemos ter uma linguagem de conformismo com o paciente e o familiar. E isso toca muito. Do ponto de vista do paciente, para mim, é um momento bastante doloroso e frustrante do meu ponto de vista. (Emília, psico-oncologista)
>
> Outra coisa que me dói são aqueles pacientes que ficam depressivos, são normalmente pacientes alcóolatras, fumantes crônicos. Todos já com uma vida desmembrada, perda de emprego, perda de identidade, baixa auto-estima tão grande que me angustia. O paciente alcóolatra me angustia muito... já vem bastante debilitado, com uma doença grave, desfigurante. Eu até trato, mas não consigo tirar o fumo e a bebida dele. Depois a doença torna a surgir... recidiva... e o paciente não quer viver. (Izabel, cirurgiã contratada)
>
> Mas, nós estamos sempre preocupados com a metástase ou uma recidiva do paciente. Para mim é muito mais difícil falar que a doença voltou, que falar do diagnóstico de câncer. Porque você corta a esperança do paciente ser curado. Eu sei mais ou menos quanto tempo mais esse paciente vai ter de vida, e depende, também, como o paciente vai responder (ao tratamento). Ele pode viver de 1 a 2 anos. Eu omito, eu falo: tem que tratar, tem que viver a vida. Viva o dia a dia, não faça planos para o amanhã. As pessoas levam a vida até ficarem doentes e, depois, se questionam: "por que não li um livro? Por que não saio com amigos?" Eu sempre falo que o tempo não volta atrás. (Izabel, cirurgiã contratada)
>
> Não tem nada cientificamente comprovado que se o paciente não está bem a doença evoluirá. Mas, se está bem, a sua imunidade está controlada. Muitas vezes, o paciente está relativamente bem, e acontece algo grave, catastrófico... a imunidade cai, e ele não consegue controlar. (Izabel, cirurgiã contratada).
>
> A grande maioria dos pacientes são do SUS e 10% de consultórios. Aqui vêm pessoas mais simples, mas tem pessoas ricas que vêm aqui que também apresentam histórias tristes. Hoje eu gosto de saber do paciente na primeira consulta. Inclusive, é diferente a ligação de um paciente dermato, pneumo... do paciente da onco. Este tem uma ligação grande com o médico. (Izabel, cirurgiã contratada)

Um médico expressa sua impotência frente a um paciente que não deseja se tratar.

> O que está na frente de tudo é o ser humano. Não é nem a doença dele, é a pessoa. Se ficar só preocupado com a doença, esquece a pessoa. Ele está inserido numa cultura, numa sociedade. Eu sempre pergunto sobre as perspectivas do paciente, o que o paciente quer saber. Uma vez teve um paciente que me disse que veio ao médico porque a filha pediu. Ele fez a biópsia, e apareceu um tumor na próstata. Eu disse: "vamos fazer umas radiações para combater esse tumorzinho?". Ele disse: "eu vou ficar impotente?" Para o homem que está com uma amante e quer viver mais 2 a 3 anos com ela, ele quer

> continuar mantendo a relação. O paciente disse: "eu me sinto bem, por que vou tratar?" O paciente foi embora. O que eu poderia fazer? Às vezes, o paciente só vai sentir a doença quando iniciar o tratamento, pelos seus efeitos colaterais. Eu disse: "ele tinha direito de decidir, é uma opção de fazer ou não o tratamento". Depois tive notícia que ele veio ao hospital e fez a cirurgia. (João, radioterapeuta).

2 Os profissionais de saúde falam da importância do trabalho multidisciplinar

A maioria dos profissionais de saúde percebe a particularidade e a complexidade que é trabalhar na Oncologia, pois além de lidar com a doença, precisa lidar com mitos e crenças sociais do câncer.

> Vejo que, no paciente com câncer, a grande particularidade é que ele se ligue mais na equipe porque o período de tratamento é intensivo na primeira fase... desde o diagnóstico até a fase final do tratamento. É o período em que a pessoa freqüenta muito a instituição. Tem um contato muito estreito com médico. Ele está muito próximo de toda a equipe (médico, enfermeira, psicóloga). Hoje a gente trabalha com uma equipe multidisciplinar, não é só o médico que cuida. O paciente... ele tem uma demanda muito grande da equipe para dar conta de todos os aspectos que surgem em função da doença e seu tratamento. Trabalhar com isso... precisa ter um preparo. Mas, eu vejo que o Oncologista precisa estar ciente disto. Ele precisa estar com o mesmo paciente várias vezes, estar disponível para dar conta destas particularidades, da família que está sempre o solicitando. A questão do câncer é muito complexa, e a equipe vai atuar no que é necessário. (Paulo, chefe Oncologia)

> Eu penso que a questão psicológica nesta área é muito importante. Não é só a parte da Oncologia médica... é multifatorial. São muitos profissionais que precisam estar envolvidos: a cirurgia, a clínica, a quimioterapia, a radioterapia, a psicologia, a fisioterapia, a nutricionista, a dentista. Raramente existe um Centro de Oncologia apenas com médico. Geralmente são centros especializados com vários profissionais juntos. (Izabel, cirurgiã contratada)

> É necessário um trabalho de equipe... é muito complexo trabalhar com pacientes oncológicos porque cada paciente, embora você lide com o câncer mitologicamente, logicamente e socialmente parece que as pessoas têm uma forma de pensar a respeito de câncer. Ainda existe muita mitologia. Eu acredito que é assim: diante da complexidade do câncer não tem um modelo. Cada paciente é um paciente, cada paciente tem uma necessidade. Embora você vá fazer um diagnóstico com o perfil do outro, mas não é o mesmo tratamento. Então, cada um tem uma forma de lidar com o tratamento nessa área. (Emília, psico-oncologista)

> Ë importante, sim, a parte emocional, mas hoje já existem profissionais para lidar nesta parte... tem junto o psicólogo, o psiquiatra. Eu não tenho tempo e nem é a minha capacidade... é claro que alguma coisa se pode ajudar. (João, radioterapeuta)

> Eu até digo que sozinho não consegue (o paciente deixar de beber e fumar). Eu falo: se precisar vou mandar para um profissional especializado para ajudar. Senão, eu vou ser como um papagaio repetindo todo dia sempre a mesma coisa. Só que não é assim que funciona. (João, radioterapeuta)

> A pessoa gentil está prestando atenção na outra. Posso estar com o paciente, mas não posso cuidar psicologicamente porque não me sinto preparado e não é meu espaço aqui. Eu preciso me deter bem na minha parte e procurar fazer bem o meu serviço. (João, radioterapeuta)

> Vejo que o paciente, a maioria das vezes, quer conversar e eu não posso estar muito tempo com paciente porque tem um tanto lá fora de pacientes esperando para serem atendidos. Eu vejo a necessidade de falar... se o paciente deseja e encaminho para psicóloga. Aqui, também, sou professora (dos residentes). Eu gostaria de ter mais tempo, mas não tenho. (Izabel, cirurgiã contratada)

3 Os profissionais de saúde percebem estabelecer empatia com os pacientes com câncer

Os profissionais de saúde mostram o vínculo e o cuidado com o bem-estar dos enfermos. Alguns desses profissionais percebem estabelecer maior empatia, ligação com alguns tipos de pacientes do que com outros.

> Tem um outro lado que é positivo. Eles (pacientes) se abrem mais comigo... É diferente (relacionamento) dos médicos porque estes utilizam uma linguagem diferente... e também é rápido o atendimento. Sinto que eles (pacientes) sentem bem de estar comigo. Também temos tempo maior para estar juntos. (Maria, dentista)

> Sinto-me "enfeitiçada" com esses pacientes. Tenho um vínculo forte com eles. Antes de vir para cá, eu estava só em consultório particular. Fiquei assim por um ano... E aí, tive a oportunidade de retomar o serviço novamente (Maria, dentista)

> Outro caso também foi de um rapaz com apenas 19 anos, com câncer de intestino, foi muito sofrido para mim. Os profissionais acompanharam o sofrimento dele, pois a equipe via o paciente piorando a cada dia. Tem paciente que eu sinto mais empatia, mais afeição a ele. Sinto que com pacientes mais jovens fico mais abalado. Acontece uma empatia maior. Quando eu vejo, na frente, a destruição da pessoa... ela definhando na minha frente com um tumor... por exemplo de boca... e você olha... (assustado) (Rafael, oncologista contratado)

Se não ficar com o foco na preocupação, no problema e sim na pessoa... sinto que eu posso ajudar mais. Tem que ficar ao lado do paciente, com o paciente e com o pé no chão. (Paulo, chefe Oncologia)

Lidar com paciente é uma coisa que mexe comigo. É difícil porque você começa a considerar como uma pessoa de sua família pelo tempo que fica com ele (paciente). Vai tendo um envolvimento com o paciente e a família que vai crescendo a cada encontro. Depois, sempre vem alguém da família para dar notícia do paciente. (Sueli, chefe enfermagem)

Vai se envolvendo com o paciente... se sensibiliza com o sofrimento do paciente, dos familiares, mas eu não posso sofrer junto porque senão o médico morre... se eu sofro na mesma medida com cada paciente e os parentes, eu não agüento. Nós tratamos aqui de 8 a 10 pessoas por dia, na semana dá em média de 30 a 40 pacientes. E, humanamente falando, é impossível você se envolver com todo mundo e, segundo, é contra producente. Você se envolve emocionalmente, e acaba não tendo a frieza de fazer aquilo que você precisa fazer. (João, radioterapeuta)

Por exemplo, você ao fazer uma quimioterapia, a dosagem vai cair cabelo, vai dar reação. Se tiver dó do paciente pode até dar uma dosagem menor e isso não ser bom. Outro exemplo, fazer radioterapia na garganta e está queimando (a garganta) da pessoa. Eu diminuo a dose, eu paro a terapia. Eu tenho que ter um distanciamento para fazer as coisas que precisa fazer sem ficar indiferente ao paciente. Este distanciamento não significa desinteresse, mas é fazer as coisas adequadamente. Às vezes têm pessoas, que se confundem que o médico não se interessa por nada. Esses tratamentos são pesados! É uma proteção profissional e emocional. Você já imaginou se você se envolve com todos os pacientes? Chega a noite você não dorme. Você fica sensibilizado, mas aquilo não sou eu que vou solucionar... Estou tentando resolver a parte da doença. (João, radioterapeuta)

Por exemplo, chega o familiar e fala: "Doutor fala para ele aí (paciente) parar de fumar, de beber... se ele não parar, ele ficará pior. Eu costumo dizer o seguinte: "eu sei que parar de beber e fumar, se fosse uma coisa simples, todo mundo parava". Eu até falo que pode ser que estes fatores foram os responsáveis pelo surgimento da doença. Mas, se fosse tão fácil assim a esposa e familiares já haviam conseguido fazê-lo mudar... é conveniente que pare de beber, tanto para o paciente como para mim (médico)... para o tratamento. (João, radioterapeuta)

Porque estar toda a família contra o paciente não ajudaria em nada. Eu digo: "o seu José (nome fictício) é uma pessoa madura. Ele precisa concordar conosco que a bebida e cigarro atrapalham o tratamento. Se o senhor voltar a fumar e a beber, mais rapidamente vai voltar a doença..." Isso impressiona o paciente. Primeiro, tem o lado como se tivesse defendendo ele. Ele não é uma criança que precisa de puxar a orelha. Estas são pequenas jogadas psicológicas que costumo fazer. Agora, lidar com as questões psicológicas precisa de um profissional especializado: psicólogo e/ou psiquiatra. Às vezes é preciso entrar também com medicamentos. (João, radioterapeuta)

> Eu penso: "dentro delas (pacientes) o que elas querem? Que este câncer não seja tão grave, que não vai acabar com a vida delas, e não vai sofrer muito". Quando não fala sobre uma coisa é como se essa coisa não existisse. Elas concordam em tratar. Os pacientes perguntam: "quanto tempo vai demorar o tratamento? Vai dar reação? Vai cair o meu cabelo? Será que vai me curar? Será que eu tenho uma metástase?" Elas têm medo de saber a respeito do prognóstico. Já percebo que as pessoas simples já perguntam: "Doutor este câncer é benigno ou maligno? É do bonzinho ou do malzinho?" Aí nós somos colocados meio numa encruzilhada. Eu digo: "este é do 'bonzinho' e mais fácil de ser tratado. Quando o paciente chega em estágio avançado, está com metástase, aí eu digo: "é do 'malzinho', mas vamos fazer um tratamento pesado para controlá-lo". Eu não minto sobre a doença e dou uma certa esperança para o paciente. (João, radioterapeuta)

> Eu fiquei uma pessoa mais emotiva depois que me tornei mãe, pois antes eu era bem mais racional. Hoje tenho um filho de 7 anos... O que me toca e dói é perder paciente jovem e pequeno. (Izabel, cirurgiã contratada)

Uma médica expressa, pelo seu modo de ser, o que não gosta nas atitudes de seus pacientes e familiares.

> Mesmo os pacientes mais humildes, eles sabem tudo sobre a doença... vou também até onde eles querem saber. Eles, geralmente, perguntam o que querem saber, se eles não perguntam, eu não digo nada. Eu não gosto quando chega um Caso Novo e está escrito: "a família não quer que o paciente saiba de sua doença". Isso me irrita. Eu acho que o paciente tem direito de saber o que ele tem. Eu sou oncologista. Quando você chega na sala de espera, lá está escrito "Instituto de câncer", você ver um fazendo quimioterapia, ou está com sonda, um outro está sem cabelo. Aí quando chega um caso novo e acontece da família não desejar que ele saiba, é complicado, não tem como esconder. (Izabel, cirurgiã oncológica)

> Ele tem de saber que tem um tumor de estômago, de esôfago. Ele pergunta: "é câncer?" Eu respondo: é câncer. Tem cura? Eu falo: eu acho. Eu pessoalmente não gosto de mentir para o paciente, posso omitir (informação). (Izabel, cirurgiã oncológica)

> Nós, profissionais, temos vários livros que falam dessas fases vividas pelo câncer: a fase da revolta, do questionamento: por que eu? Sentir pena de si mesmo, a fase do choro, da depressão; e, a última, a aceitação. Todos passam pelas fases, e só alguns chegam na aceitação... outros se mantém na fase da revolta. Esses são pacientes mais complicados de lidar, o que não pode é o médico perder a compostura, e eu perder o meu paciente. O paciente agressivo, ele projeta sua agressividade no médico. Hoje eu compreendo que a agressividade que ele tem comigo, é o que eu represento. Isso eu levei muitos anos para aprender. (Izabel, cirurgiã oncológica)

> Eu tenho paciência com o paciente... eu não tenho com a família, de querer esconder a verdade do paciente, e não o deixar decidir. Eu penso que se pode lutar... o câncer não pega e existe algo que se pode fazer. (Izabel, cirurgiã oncológica)

4 Os profissionais de saúde expressam sua vivência sobre a possibilidade de morte de seus pacientes

Os profissionais mostram dificuldades em lidar com certos pacientes, de falarem sobre a morte com eles, com os seus familiares e terem de lidar com os sentimentos deles.

> Mudou muito a minha vida. Cria-se uma afinidade muito grande com o paciente. Você tenta passar esperança para o paciente... Desejar o melhor para ele... aí ele morre. Vêm os familiares trazendo Santinho do paciente, informando a morte do enfermo... (Maria, dentista)

> Nem todo mundo vai para o final feliz. Você vê uns pacientes que perderam a voz fazendo o tratamento. Ele chegou com voz e, de repente, você depara com o paciente, após um tempo sem voz. É triste, mas você vê o paciente lutando pela vida, e me faz valorizar a minha vida. (Maria, dentista)

> A morte é um momento difícil para mim. Quando o médico fala que o paciente não está respondendo ao tratamento e, não tinha mais nada a ser feito... isso mexe comigo. Um paciente fica ali (quimioterapia) e você não sabe o que dizer, você fica sem jeito... o que falar para o paciente. Eu penso: também eu poderia estar passando por uma situação dessa, com o marido, um amigo, um familiar. Enfim... não se pode deixar de ser influenciado. (Sueli, enfermeira chefe)

> Principalmente se o paciente precisa se preparar para a morte, eu converso com a família. Lidar com a morte não é fácil. Por outro lado, eu acho que o paciente tem direito de saber da gravidade de sua doença, não precisa saber tudo. Mas, se você mente... ele sabe. Eles podem não expressar em palavras, mas no fundo todos sabem - do mais humilde ao executivo. (Izabel, cirurgiã oncológica)

> O paciente de câncer nem sempre é o problema. Muitas vezes o problema não é o paciente... é a família. O problema depende de, como nós, homem do ocidente, encara a morte. Morte é um tabu, pouca gente consegue lidar bem com a morte e, nem sempre, câncer é morte. Muitos pacientes se curam, mas o estigma é muito grande. Principalmente quando é mama... cabeça e pescoço... São coisas que aparecem muito, e que motivam muito é que o paciente percebe, assim, como todo mundo... (Izabel, cirurgiã contratada)

> Quando eu perco paciente de 70 anos, eu penso... ele já viveu bem, está chegando na fase final da sua vida. Eu encaro a morte de um modo legal, é um ciclo que inicia, e se fecha, de preferência quando nós estamos velhos. Também quando estou com uma paciente de 20,

> 30 anos e tem filhos pequenos, eu penso: estes precisam da mãe, e isso me dói. Eu carrego esta angústia, mesmo porque eu fico pensando... como ficariam essas crianças? (Izabel, cirurgiã contratada)

> A maioria sabe que a doença não tem mais jeito, não é só a idade o fator tão gritante, mas a qualidade de vida... como o paciente está, como é a doença dele. Ele está tão debilitado que, às vezes, não tem condições de vir para cá. É importante esta avaliação, conhecer as condições da família... às vezes o paciente mora longe. Eu sei que a quimioterapia vai dar sobrevida ao paciente de 3 a 6 meses. (Izabel, cirurgiã contratada)

> A grande maioria consegue lutar, e levar uma vida digna. Mesmo o paciente terminal eles não falam, mas, eles vêm, tomam as medicações, querem ir para casa, querem morrer em casa. Eu também acho que deve morrer em casa. Mas, também a família tem que estar amparada, se não a morte se torna uma coisa horrorosa... e não é assim. É uma etapa de nossa vida, todos nós morreremos. Eu não tenho medo da morte em si, eu tenho medo de como vai ocorrer, de como ir. Nesse momento tem que ter apoio, ficar com seus familiares... é ter apoio de todos, da enfermeira, da nutricão para oferecer o máximo de qualidade de vida para o paciente. Aqui não tem só morte... tem pacientes curados que hoje são até médicas, que têm suas famílias. Tem uma hoje que está trabalhando no ambulatório conosco. Isso é importante também. (Izabel, cirurgiã contratada)

> A oncologia é uma área bonita, mas é uma batalha no dia a dia. Tem vez que eu saio carregada... as vezes morrem 5, 6 ao mesmo tempo. Normalmente, Natal, Ano novo, perto de festas acontecem várias mortes. (Izabel, cirurgiã contratada)

> Porque, em estágios muito avançados, eles (pacientes) não querem saber se vai curar ou não. Eles querem saber se vão sentir melhor. Tem um ditado na Oncologia assim: "curar às vezes, aliviar frequentemente, reconfortar sempre". Quer dizer, você tenta curar sempre, se não, é aliviar a dor, melhorar alguma obstrução, a falta de ar, os sintomas e se não conseguiu, por último, é confortar, mesmo que não tenha cura. Você vai com ele até o final, tentando dar uma qualidade de vida melhor. A questão é não abandonar o paciente. Por exemplo, uma mulher com metástase, faz a radioterapia paliativa, apenas para aliviar a dor dela. Eu já vi diversos colegas mandando o paciente para morrer em casa. Isso não pode. (João, radioterapeuta).

5 Os profissionais de saúde manifestam apoio aos pacientes com câncer

Os profissionais de saúde mostram apoio, solidariedade e acolhimento à dor e ao sofrimento do enfermo e sua família. Eles procuram transmitir com suas condutas certo otimismo, fé e esperança com o tratamento.

Tem queixas que às vezes (o paciente) fala para enfermagem, e não fala para os médicos. Pode ser pelo tempo maior que fica com a enfermagem e proporciona maior vínculo. Não de ver o paciente com câncer, mas me sinto útil em poder estar ajudando-o. Ele vem uma vez por mês, ou durante toda uma semana para fazer a quimioterapia. O paciente tem confiança em você. (Sueli, enfermeira chefe)

Na faculdade aprendemos que vamos ajudar o outro... Posso ajudar o outro tirando a dor, mas também precisa conversar e escutar o paciente e a família. Cada um ajuda do modo que pode. (Pedro, médico contratado)

Você também não pode ser o bonzinho da paróquia, nunca vai agradar a todos, e terá de empurrar alguma coisa para alguém. Você precisa saber seu limite. Você pode ajudar os outros, mas deve saber os seus limites. Ser bonzinho não é bom não. (Pedro, médico contratado)

Isso é gratificante... quando consegue curar o paciente, ver sua melhora, o acompanhar e poder oferecer apoio. Eu penso que o apoio é muito importante, inclusive em relação no que diz respeito à doença. (Izabel, cirurgiã contratada).

A grande maioria (pacientes) quer viver muito, mas muitos desses pacientes não ligam muito pela vida. Muitos vêm pela família, não por eles mesmos... eles não querem fazer nada. Tem uns que dizem: "Dra. eu não quero mais tratar, eu não quero mais fazer quimioterapia". No começo, eu sentia raiva, eu dizia: tem que fazer, vamos tentar, vale a pena. Mas, hoje, dependendo da situação eu aceito, eu penso... ele tem direito de dizer não. O médico não é onisciente e onipresente... a grande maioria pensa que é. Eu mesmo sabendo de seu estado, eu respeito a decisão dele não fazer. (Izabel, cirurgiã contratada).

Mesmo quando terminam a quimioterapia, eles vêm para consulta, e vêm nos visitar, falam que estão bem. Isso vem aumentando gradativamente. Isso é muito gratificante. Nós passamos orientações para eles, as coisas que podem e não podem fazer: a questão da alimentação, o que podem comer, precisam ter repouso. São coisas simples que, às vezes, eles não sabem, e você pode informá-los e ajudá-los a se cuidar também. São muitos fatores que podem ajudá-los, e muito podemos contribuir. (Sueli, chefe enfermagem).

Tem Casa de Apoio, mas tem que ir e voltar. Será que aquele paciente que às vezes está tão ruim... o que eles querem é ficar na casa deles. O que eu posso fazer? Cabe a mim dar apoio, tirar a dor, nutri-lo e dar uma qualidade de vida para ele. Eu sei que eu posso melhorar ele (paciente). Explico para a família que não vai aumentar muito a sobrevida, mas quando eu vejo que vale a pena lutar eu insisto. Mas, se depois de tudo o paciente falar que não quer (continuar tratamento) eu aceito. (Izabel, cirurgiã contratada)

Eu me tornei mais branda, mais carinhosa com o meu paciente. Procuro saber como ele era quando criança, como cresceu, com quem vive, se tem filhos, se ele tem emprego, porque ele se tornou um paciente alcóolatra, como é a casa dele. Eu vejo que todos (pacientes alcóolatras) passam pela mesma angústia. (Izabel, cirurgiã contratada)

> Eu não sou boa para falar sobre isso. Eu não sou psicóloga. Eu tenho os meios para lidar com as minhas coisas. Mas, a vida do paciente com câncer e a família é pesada, a vida vira ao avesso... ele precisa buscar apoio mesmo. Porque você está trabalhando, cuidando da sua casa e, de repente, acontece na tua vida uma doença, precisa fazer uma cirurgia... aí seu companheiro te abandona... às vezes é preciso deixar o filho com a vizinha. Se a gente pensar bem e se colocar no lugar do paciente, a grande maioria se sai muito bem porque a vida em quimioterapia e radioterapia é complicada. Eu tenho muita pena... não pela doença, mas por todo o transtorno que causa à vida deles. (Izabel, cirurgiã oncológica)

> Eu procuro facilitar tudo que eu posso para o paciente, seja na doação de medicação, a melhorar a dor... também acolher a família; aqui temos uma Casa de Apoio. Esta ajuda, no que for possível a dar apoio ao paciente e à família, seja na cesta básica, no transporte e na acomodação. Aqui nós temos maneiras, não só tratamos, mas procuramos ajudar na vida deles. O estudante precisa entender que o paciente não é só uma doença. Hoje tem mudado esta mentalidade, que o ser humano não é só orgão... mas, um conjunto de fatores que o levou ao câncer. Precisa ter muita paciência, o que às vezes eu não tenho. (Izabel, cirurgiã oncológica)

> Mesmo que não dê tanta qualidade de vida, você está ali junto. Ele (paciente) percebe quando o profissional está junto dele e está procurando dar um final de vida mais digno. Ele se sente mais tranquilo (João, radioterapeuta).

Alguns profissionais expressam que procuram oferecer o apoio necessário aos seus pacientes, mas sentem dificuldade de estabelecer um vínculo de confiança com eles (os pacientes), ter a sua colaboração e participação nas orientações necessárias para o bom andamento do tratamento.

> Normalmente sim, tem aqueles difíceis que não aderem ao tratamento. A minoria não se adapta ao tratamento. Tem aquelas pessoas que são mais difíceis de lidar. Não seguem as orientações pedidas. Não ajudam muito... a gente precisa ficar repetindo, explicando. (Sueli, chefe enfermagem).

- **Espírito**

1 Os profissionais de saúde falam sobre o que dá sentido à vida

Os profissionais de saúde relatam seus valores principais na vida.

O que me dá maior sentido de vida é o meu trabalho, a minha família e os meus filhos. Hoje estou melhor, mas antes tinha medo de morrer antes de minha mãe... e quem vai cuidar dela? Meu marido fala para eu parar de pegar serviços e fala: "você quer agarrar tudo com as mãos. Tudo para você... deixa para as outras pessoas também fazerem". Agora mesmo já estou entrando em um novo projeto. Eu gosto de participar e coordenar as coisas. Gosto de estar na frente... isso tudo é muito gratificante e me faz sentir bem e útil.(Maria, dentista)

Algo que me motiva é buscar qualidade de vida para mim. Eu não abro mão de comprar meus livros, de praticar meus hobbys. Eu faço mergulho. Sair com amigos, ter o meu tempo livre. Eu te falo o que seja a minha busca... eu gosto muito de conhecimento, literatura, história... sempre gostei de ler muito... estudar coisas novas... são coisas que me ajudam bastante. Principalmente a medicina... Faço questão de ter uma vida fora da medicina. (Rafael, oncologista contratado).

Tudo me motiva viver. Poder ajudar a todos os pacientes. Não quero nada em troca... só de ver o olhar de agradecimento, de poder ajudar num momento difícil para eles... Quando chego em casa, a minha filha me pergunta: "mamãe, me conta o que seus pacientes te disseram hoje? O que você fez de bom?" Isso é minha vida. Quando entro de férias, passa uma semana, na outra semana já sinto falta. É como te falei: hoje foi difícil, mas aqui é a minha vida. Amanhã eu quero estar aqui de novo (risadas). Esta é a minha profissão. Essa é minha prioridade, como também a minha filha. (Sueli, enfermeira chefe)

Eu gosto do meu trabalho, se eu não gostasse não teria jeito porque é um trabalho árduo, que lida com o sofrimento, com várias pessoas, várias crenças e várias raças. Se estou aqui é porque sinto bem... Mas, apesar disso que tem a remuneração, mal informação dos colegas, de pacientes que vêm de outros médicos, que não gostou do tratamento de outros colegas... (Pedro, médico contratado)

Eu gosto de minha profissão. Eu gosto de me sentir útil, de ser benéfico para algumas pessoas e preciso sobreviver. É importante também desenvolvermos um papel social na vida. Sempre esperam de mim que eu desempenhe este papel. (João, radioterapeuta).

Eu gosto muito do trabalho que eu faço. Cada dia é um desafio, cada dia é um aprendizado. Felizmente, eu consigo encarar como outro tipo de trabalho: não por atender paciente de câncer, porque é um trabalho como qualquer outro. Eu encaro de um outro modo a realidade. Por isto eu não me desgasto tanto e me sinto bem na função que eu exercito. Se eu tiver que criar uma outra forma diferente de lidar com esse paciente, eu estou ampliando esse preconceito. Quando eu lido com ele de forma absolutamente natural, eu estou lidando de forma natural no relacionamento com o paciente. (Emília, psico-oncologista)

Para mim é especial... cada um (paciente) mostra uma figuração diferente da vida, de enfrentar o tratamento e isso é uma forma da gente crescer muito também. (Emília, psico-oncologista)

Eu sempre gostei de estudar, de ser uma ótima médica. Inclusive eu não queria ser mãe... Hoje é importante a família. Sou casada há 20

> anos. E já trabalhei muito. Hoje não dou tantos plantões, o fim de semana é lazer, viajo uma vez por ano. O que me dá prazer é o lazer, a família, os amigos. O meu trabalho não é tudo. É um conjunto de fatores que juntos te dá prazer viver. (Izabel, cirurgiã oncológica)

É importante destacar a religiosidade dentro da espiritualidade.

Religiosidade

2 Os profissionais de saúde expressam a sua opinião sobre a religião, seus dogmas e crenças

Alguns profissionais mostram acreditar na cura do câncer por um milagre, um mistério de Deus, de Nossa Senhora, em Algo extraordinário que supera a si mesmos.

> Hoje o paciente está feliz e bem. Ele vem para o retorno, eu o vejo. Ele realmente foi curado por um milagre... ele tinha uma lesão grande... já até coloquei uma prótese dentária. Não tem mais nada. (Maria, dentista)

> Eu acredito nessa proteção divina, mas eu não abro mão da proteção da luva. Sempre que o paciente sai, eu faço higiene na cadeira e nos materiais utilizados. Procuro sempre me relacionar com a pessoa que está ali, não com o aidético, com o canceroso... trato sempre assim, com asseio, de um para o outro. (Maria, dentista)

> Eu sou católico, mas não freqüento mais. Cada pessoa tem seu interior marcadinho. Cada um tem sua fé, independente de religião. (Pedro, médico contratado)

> Também sou católica. E nunca vi o padre falar para o paciente deixar de fazer um tratamento medicamentoso. (Sueli, chefe enfermagem)

> Eu questiono: o que é fé? "Fé é um suporte, um apoio para agüentar esta jornada sofrida. É importante ter este apoio espiritual, ter apoio dos amigos". Aquelas pessoas que se sentem apoiadas, protegidas, amadas por outras pessoas sempre tentando ajudá-las, e mesmo até "brigando", criticando e dizendo: faz isso, faz aquilo, tem que comer isso, não pode comer isso. Você vê que estas pessoas vão melhor porque sabem que têm pessoas interessadas nelas, e estas vão melhor do que aquelas pessoas solitárias, sozinhas. Elas são mais céticas porque não acreditam em religião e não têm apoio nenhum. Penso que estas pessoas (as céticas) têm uma trajetória mais difícil... mas pessoas que se isolam, se fecham, tornam-se mais deprimidas. Estas pessoas têm uma evolução pior da doença. Isso eu falo de modo subjetivo (experiência) porque não tenho uma comprovação (científica). (João, radioterapeuta)

> A parte emocional e afetiva é importante na cura e no contrôle da doença. Até para que o paciente conviva de um modo mais adequado com seu câncer. (João, radioterapeuta)

> Sou católico, mas não praticante. Se acreditar que católico é aquele que vai à missa... eu não vou. Agora, tem aqueles que vão à missa para fazer o social... Tem aqueles que acreditam e verdadeiramente vão à igreja... eu respeito. Não precisa ter uma prática para ser católica... pode ter uma participação religiosa verdadeira. (João, radioterapeuta)

> Para mim (ser católico) é você olhar o seu próximo, viver os valores humanos, respeitar e ter compaixão com o sofrimento do outro. Isso é ser religioso, não necessariamente ser católico. Compaixão, o que quer dizer? O significado é compartilhar a paixão de Cristo. O que é? O que é o calvário? Isso pode até ter uma simbologia... Que isto não seja uma história inventada pela bíblia. O que é a paixão de Cristo? É a vida... a vida não é um Calvário? Quando se compartilha dessa paixão com o outro se tenta fazer com que esse calvário não seja tão pesado. Se invés de só Cristo carregar a cruz, os outros também ajudassem, ela ficaria menos pesada. Porque nós não sabemos muito bem porque nós estamos aqui. Você sabe por quê você nasceu, viveu e vai morrer? Para quê? Para onde se vai? Tem vida depois desta vida? Se tiver, qual é o significado dela? Às vezes o homem busca coisas esotéricas fora da vida. Eu vi escrito: "o homem prospecta vida em Marte". Para que descobrir vida em Marte? Eu disse: "vamos cuidar da vida aqui, se daqui não cuidamos direito...". Para mim religião é isso: "o cuidar da vida, do outro, das pessoas que estão perto de você". Venho conversando com meus amigos e vemos que está faltando no mundo hoje a gentileza ... para com as pessoas. É um sentimento, uma palavra que está sendo abandonada. É muito importante a gentileza porque ela significa um monte de outras coisas: atenção, respeito e educação. (João, radioterapeuta)

Uma médica procura passar para seus alunos residentes a experiência de olhar para os pacientes como seres humanos e que têm um nome e sobrenome.

> Eu penso: "tem que sempre fazer o bem no dia a dia... independente de religião. é o que eu procuro fazer para meu filho e amigos". Tem muitas coisas que podemos passar para os alunos (médicos residentes), o que espero é que eles guardam o nome e sobrenome do paciente, que esse é humano não é uma coisa. Quando chega o paciente, eu cumprimento, pergunto como está e procuro conhecer. (Izabel, cirurgiã oncológica)

Outros profissionais não se mostram crentes em Deus, ou em alguma religião de modo que possa oferecer ajuda ao enfermo, nesse sentido. Parecem acreditar que existe uma força no universo que rege a natureza e a vida das pessoas. Mas, questionam que Algo atua e traz mudanças de atitudes e de

comportamentos nas pessoas quando estas querem. Eles dizem, ainda, que esse Algo - a fé e os milagres - não é reconhecido pela ciência.

> Eu já tentei ser uma pessoa religiosa, mas não deu certo. Já tentei ser católico, kardecista, mas nada toca a minha vida. Sou muito cético em relação a isso, mas respeito que, às vezes, é o recurso que as pessoas têm. Fiz primeira comunhão, mas depois não pratiquei. Não me encaixo na igreja católica. (Rafael, Oncologista contratado).
> Via de regra, não vejo que tenho fé. Eu digo para meus amigos: me vejo ateu... gostaria de estar errado de não definir para qual lado estou tendendo... este é um conflito muito grande meu. Todas as evidências apontam que não acreditam que sou ateu. No fundo nós temos uma esperancinha. Por mais que eu não tenho motivo para isso... Eu tenho muita fé no ser humano. (Rafael,Oncologista contratado)
>
> O que você está chamando de religião? A religião é uma experiência de ligação com alguma coisa superior. Acho também que isso é inerente ao ser humano. Agora se vai ser o catolicismo, o protestantismo, a pentecostal, aquela expectativa que possa interferir no processo aqui (tratamento)... (Paulo, chefe Oncologia)
>
> Tem que ter cuidado com essa história de religião. Tenho observado paciente que abandona o tratamento por causa do pastor. Um caso bem recente comentado na mídia, foi a paciente com câncer, a filha do Pelé e o pastor disse: "você está curada". Ela imediatamente abandona o tratamento. Ela disse: "estou curada e vou parar o tratamento". Ela morreu poucos meses depois. Isso é muito perigoso porque aí não é fé, é fantasia. (Paulo, chefe Oncologia)
>
> Eu entendo religião no sentido da palavra. É no sentido de re-ligar, de buscar uma harmonia junto com o universo. Isso é muito pessoal, não acho que tem de ter uma intervenção do padre ou do pastor. (A religião) é muito individualista, não precisa de uma terceira pessoa. Porque como no caso da filha do Pelé, ela morreu pela orientação do pastor, e deixou o tratamento médico. (Paulo, chefe Oncologia)
>
> A questão: existe aí uma força, não sei como age... não pertence ao meu universo. Eu procuro fazer a minha parte e vou até o meu limite. Alguma coisa toma conta do resto... pode chamar de "equilíbrio do universo". Existe (Algo Superior)... não precisa ter fé para acreditar que Ele existe. (Paulo, chefe Oncologia)
>
> Tem de agir com responsabilidade. Isso acontece não só nas igrejas evangélicas, em outras também. Isso acontece pelo mau entendimento. Se você se liga à religião, aos seus valores, aí é positivo. (Paulo, chefe Oncologia)
>
> Ao se ligar à alguma coisa, no sentido de re-ligar... Para mim, a religião não seria uma instituição... e sim, é você ter os seus conceitos. Eu já vi pessoas que foram curadas, através de um processo, que até foram mobilizadas por alguma igreja, não sei se é espiritismo, ou outra religião, ou sozinha. Só sei que é algo da pessoa... que consegue mudar as coisas, seja em termos conceituais, comportamentais, etc. As pessoas vão chamar isso de religião mas,

no fundo, isso é o verdadeiro sentido da religião... (Paulo, chefe Oncologia)

Tenho interesse em entender as crenças, embora algumas (religiões) se colocam da maneira contrária. Quando começam "brigas", já saiu da religião e aí entra defesa de instituição... já foi para outro caminho. Se conseguir "cair a ficha", aí pode ser Catolicismo, Espiritismo, Islamismo, enfim a filosofia do Islamismo está sendo combatida atualmente, mas é tão bonita!... Ela fala do sentido de responsabilidade com o ser humano, mas penso que é o jeito que está sendo colocado. É a distorção que se faz dela e a faz se tornar outra coisa. (Paulo, chefe Oncologia)

Muitos pacientes me perguntam sobre isso (se ter fé pode curar). Eu digo: "Não sei. Nós temos muitos potenciais que não sabemos lidar com eles, mas se tem a possibilidade, faça. Não vou falar para eles: devem rezar". A vida é uma postura de coisas que vão acontecendo ao longo da vida... se a pessoa pensa: será que a religião pode ajudar a mudar o estilo de vida? Por que não seguir? Eu não tiro essa possibilidade da pessoa, mas também não encorajo. Vai saber o que isso mobiliza dentro dele (paciente)? Somos muito ignorantes, temos nossa ideologia e absolutizamos a nossa idéia. (Paulo, chefe Oncologia)

A minha fé é o respeito que tenho pelos pacientes. Acho que deveria existir uma religião mais ética. É não prometer o paraíso. Que nem esse caso da filha do Pelé. Na religião em si entra a ética, procura ajudar as pessoas. É de grande valia porque o doente, ele fica fragilizado diante disso. Se não tiver uma postura ética dos religiosos, é algo mais que acrescenta à cirurgia, ao remédio e dá sentido para retornar o equilíbrio da pessoa. Acredito que a religião ajuda a recuperar esse sentido. Seja o psicólogo, ou secretário, ou o telefonista... ótimo! Espero que a religião faça o papel de confortar, de trazer para a vida do paciente o seu sentido mais amplo. Teve um caso aqui que a telefonista era a referência do paciente, era com quem ela tinha mais empatia. Espera-se que os religiosos sejam éticos. (Paulo, chefe Oncologia)

Há casos que se vê uma evolução crítica de tratamento, mas que não está na totalidade de fé. Questiono a questão da fé, por ele (paciente) estar naquele quadro... porque, às vezes, é um quadro que ele poderia estar pior do ponto de vista clínico em que se encontra. Porque, às vezes, o paciente tem uma metástase e faz o tratamento... a radiação e, de acordo com a evolução do quadro, ele não deveria estar como está (aparentemente melhor). (Emília, psico-oncologista)

Eu sempre penso que, frente a um paciente que teve um milagre e não se tem uma explicação médica, da mesma forma que tem uma força de camadas celulares e a célula lembrando o que é a vida, e para viver precisa sempre se alimentar... Daí que se desenvolve o câncer, a mesma força que ele pode exercitar dentro dele de forma negativa, ele pode exercitar também de forma positiva, e transformar tudo isso. Devemos lembrar que o câncer é uma questão de mutação. Se analisarmos deste ponto de vista, vai depender de como lidar com esta camada interna dele, fisicamente e emocionalmente falando. Acredito que isso não depende só de religião. Depende de como ele olha as coisas, é um ponto de vista pessoal, depende da essência de cada um... pois você não vai lidar com uma camada celular baseado

em religião... você lida com a força interna que você tem, psicologicamente falando. (Emília, psico-oncologista)

Eu sempre digo para elas (pacientes) o que elas puderem acrescentar do ponto de vista positivo é importante. Porém, elas têm que sempre lembrar que não deve deixar de fazer o tratamento convencional... eu aconselho. Que é a única certeza clínica que elas têm. Tudo elas podem acrescentar, do ponto de vista de cura para elas, desde que não atrapalhe os seus protocolos (tratamento médico)... é mais garantida a possibilidade da cura. (Emília, psico-oncologista)

Não sigo uma religião, mas sou uma pessoa muito espiritualista. Eu respeito o indivíduo na sua formação, como ele vê a religião... Para mim, é diferente. Eu tenho a minha forma de pensar. A forma de encarar a religião. Não sou de freqüentar igreja. (Emília, psico-oncologista)

Percebo a fé dos pacientes que freqüentam religião como um apelo. Não é uma coisa concreta, real que, embora exercite dentro dele de forma positiva, não é uma coisa tão consistente. Às vezes, a pessoa que você considera ateu... precisa saber do ponto de vista da pessoa. Às vezes, uma pessoa tão religiosa, ela tem menos prestígio pela vida do que uma pessoa considerada ateu e que valoriza muito mais a vida. A religião é uma coisa muito pessoal. Acredito que estas pessoas, do ponto de vista religioso, têm muito mais religião, mais respeito pela forma que vê e encara a vida do que aqueles chamados religiosos. São os valores e a forma da pessoa ver a vida... a sua própria essência. A identidade que cada um tem com relação à vida... como a pessoa se identifica. (Emília, psico-oncologista)

Eu não frequento nenhuma religião. Não me casei em nenhuma religião. Fui batizada na igreja católica, mas a família não freqüentava. Penso que eu perdi muito da minha fé mas, por outro lado, sou muito espiritualista. Não é possivel que você morre e não tem nada depois daqui. (Izabel, cirurgiã oncológica)

Deus vai me curar...". Isso é uma coisa ruim. É ruim porque eles não questionam as coisas... Eu procuro fazer uma racionalização com eles, e eles não conseguem. Eles falam: "Deus vai me curar". Teve um que deixou o tratamento dizendo que ia na igreja e iriam curá-lo. Ele pode muito bem ter sua religião, fazer as suas orações e vir aqui tomar sua medicação... fazer sua cirurgia. (Izabel, cirurgiã oncológica)

3 Os profissionais de saúde falam sobre como percebem a fé em Deus ou em Algo Superior em seus pacientes com câncer

Todos os pacientes com câncer buscam a religião. Não tem nenhum que não se apega (à religião)... No primeiro momento eles têm uma revolta, raiva, mas depois com o tempo vão se apegando em Orações, fazendo Novenas, Santinhos... Não conheço nenhum caso que não se apegou a uma religião, à busca da fé. (Maria, dentista)

O paciente relatou para mim que foi atingido pela graça da Aparecida do Norte (pelas mãos de Nossa Senhora Aparecida). (Maria, dentista, com emoção)

Os pacientes dizem "temos confiança em Deus, que Ele guie a sua mão (do médico). Vou fazer orações para ajudar mais". (Rafael, oncologista contrado).

Uma vez uma paciente me contou uma experiência de morte que, de fato, ela estava muito ruim. Estava numa etapa de iminência de morte. Estava com metástase, acamada, eu não achava que ia sobreviver muito tempo. Ela voltou no retorno após uns dias. O paciente tem muita esperança. Eu penso assim... não devemos abandonar o paciente. Ela (paciente) fez uma experiência quando voltou para retorno e me contou que estava sozinha em casa e ela se via morrendo (sonho). Eu perguntei: como é isso? "Foi num dia que estava com dor e o tempo ia passando e eu não estava escutando mais nenhum barulho no quarto... nem o que as pessoas conversavam comigo. Eu apaguei e só acordei no outro dia e não me lembrava de mais nada". Não se lembrava de grandes detalhes. Mas ela viveu uns 3 anos após isso. (Rafael, oncologista contrado).

Eu acho que é de grande valia eles buscarem a religião... para ajudar a enfrentar todo o medo, a insegurança, a fragilidade, que é provocado pela doença. (Paulo, Chefe Oncologia)

A maioria dos pacientes relata sobre a fé, a sua religião. A maioria dos pacientes são católicos e os outros freqüentam outras igrejas. Eles mostram grande ato de fé. (Sueli, chefe enfermagem).

A religião católica... os pacientes aceitam mais tranquilamente o que solicitamos a eles. Seguem melhor as orientações. (Sueli, chefe enfermagem).

Sempre tem casos... (que os pacientes falam de experiência religiosa). A maioria dos pacientes fala que fizeram muita oração em Nossa Senhora Aparecida. Mostram muita fé em Nossa Senhora... que foram curados por ela e, junto, com o tratamento. Não só a fé... mas, junto, os pacientes falam de aceitar fazer o tratamento. (Sueli, chefe enfermagem).

É sempre desse modo que são os relatos: rezam muito, pedem muito para Nossa Senhora, buscam muita fé na oração e pedem a cura. (Sueli, chefe enfermagem).

Todos, sem exceção, buscam a medicina e a medicina alternativa... quer esta fé religiosa seja da igreja católica ou de outras religiões. Eles buscam pela fé... a cura em diferentes centros religiosos. É isso que sempre escutamos aqui no hospital. (Pedro, médico contratado)

Uma vez, uma paciente me disse que com a fé religiosa sumiu o caroço da mama, que foi pelo pastor da igreja universal. Houve uma regressão do tumor por causa do sistema imunológico. Hoje é comprovado que quando se está bem, o organismo vai acelerar a destruição das células cancerosas, mas não vão sumi-las. Isso acontece pela própria pessoa. (Pedro, médico contratado)

Os espíritas diziam assim: "nós consultamos nossos irmãos e eles lá estão fazendo um tratamento espiritual, mas eles também orientam

fazer o tratamento do médico". Eu sempre achei isso bom, de ter algo para "ancorar", principalmente diante de uma situação difícil. Os evangélicos dizem: "os pastores fizeram oração e vamos ser curados... mas eles também não deixam de se tratar". Uns poucos "afinam" (desistem) quando o tratamento está mais pesado... e alguns mais ignorantes abandonam o tratamento. Eles dizem: "o pastor vai me curar". Mas, é uma minoria que faz isso. (João, radioterapeuta)

Há muitos pacientes católicos que rezam muito, fazem orações, uns rezam pelos outros. Sempre achei bonito isso (buscar a fé) porque é difícil mesmo viver um câncer. (João, radioterapeuta)

Vejo que a pessoa está se segurando, até por uma crença, por uma força em "Algo". Eu acredito que existe o milagre. (Emilia, psico-oncologista)

Tem muito paciente que chega e faz o comentário que foi curado por uma promessa, por Deus e alguns até chegam a mudar de religião. Embora você saiba que considera crônica a doença e sem possibilidade de cura, mas, naquele momento, o paciente passa a sensação que aconteceu a cura por conta de um milagre, de uma graça. (Emília, psico-oncologista)

É muito importante (a fé, a religião para o paciente). A fé, ela envolve uma energia, ela renova essa energia da pessoa e essa força interna podemos chamar de fé. (Emília, psico-oncologista)

Não tenho uma religião pessoalmente, mas é importante ter apoio. Eles (pacientes) buscam muito uma religião, independentemente de qual. Eles falam muito em Deus, e se vê que dá muita força para eles. Eles não questionam por que Deus os colocaram naquela condição... Ao contrário, eles falam: "Deus vai me ajudar a enfrentar". (Izabel, cirurgiã oncológica)

Ou (paciente) vai para o Catolicismo, Espiritismo, Pentecostal ou Candomblé. Isso aumenta a vontade do paciente se curar, vontade de ter uma força superior. Eles falam que estáo fazendo uso de alcachofra e uns comprimidos que falaram em Jaú (centro de tratamento de câncer) que é bom. Eu respondo: vai, se custar um milhão de reais, eu não acredito nisso. Mas se é de graça vale a pena experimentar. Tem terapias alternativas... Reiki está interligado à medicina. Eu acredito na acupuntura, que atua na depressão e em muitas outras coisas. (Izabel, cirurgiã oncológica)

Já escutei assim: "meu vizinho foi curado". Eles falam que é da igreja Pentecostal, Universal. Não é cientificamente comprovado, e eu fico com o pé atrás. Eu falo: "se o paciente quer fazer esta parte da religião, pode fazer, mas não deve deixar de fazer a nossa parte (médica). Eu estou dando um tratamento cientificamente comprovado para se tratar". (Izabel, cirurgiã oncológica)

Todo apoio é bem vindo. A religião, para eles, eu vejo como muleta. A grande maioria precisa de algo para acreditar, se não eles não conseguem lidar. Eles não questionam: por que tenho esta doença? É uma doença genética, foi herdada, ou é fator ambiental? Pode até ocorrer um milagre, mas precisa fazer o tratamento alopático. Aconteceu agora, com paciente, 43 anos e a familia optou de não fazer a cirurgia e a paciente não viveu. Tem muita ignorância. (Izabel, cirurgiã oncológica)

Uma enfermeira fala que a fé é importante, mas não viver a religião com radicalidade. A religião é necessária em um momento de sofrimento, mas o paciente e seus familiares devem utilizar a razão com sensatez e prudência frente à doença grave e ao tratamento agressivo e invasivo.

> Agora, tem alguns pacientes que são rígidos... não olham quando estou puncionando. Eles nem olham para televisão, nem piscam. Eles colocam a mão na frente para impedirem que os olhos vêem à televisão. Eles seguem à risca o que a igreja pede. (Sueli, chefe enfermagem).
>
> Uma paciente é testemunha de Jeová. Ela não liga o rádio, se tiver cantando uma música, ela tampa o ouvido. Ela disse: "a igreja pediu para eu não escutar determinadas músicas que não é bom para o tratamento". Eu falei para ela: você não podia tomar sol no braço. Eu olhava para o braço dela e estava escuro. Ela dizia: "o pastor da igreja falou que podia". Eu falei: se a igreja falou isso, não faça porque se expor ao sol vai te prejudicar. Não adiantava, ela obedecia à risca o pastor. Ela dizia: "a igreja sabe tudo". (Sueli, chefe enfermagem).
>
> Ela (paciente) não seguia minhas orientações e, sim, o que o pastor falava para ela. É muito difícil lidar com pessoas desta religião (Testemunha de Jeová). É muito difícil aparecer..., agora foi essa. Já teve um outro há um tempo atrás. (Sueli, chefe enfermagem).

4 Os profissionais de saúde significam como percebem o papel da religião e da fé na vida dos pacientes com câncer

Os profissionais de saúde percebem o significado que tem a fé e a religião na vida do paciente com câncer.

> Sei que os pacientes têm isso (fé em Deus) como a tábua da salvação. Essa é a maneira também que eles têm para fazer tudo que eles podem, porque nós sabemos que o tratamento é mesmo limitado. Não tem nenhum "dom mágico" para tratar a doença. (Rafael, oncologista contratado).
>
> Eu sei que eu não sou uma pessoa totalmente religiosa. Esse aspecto tem uma importância muito grande culturalmente. Muitas vezes sei que várias religiões, como Pentecostal, Católica fazem muitos trabalhos sociais e voluntários. E todos nós viemos de uma formação religiosa, querendo ou não. Eu vejo que isso tem importância enorme. Como é vista a morte na nossa cultura... as pessoas vêem o fim e têm medo deste fim... Até porque o conceito de religião também passa pela morte. A gente vê que, nesse momento, talvez buscando a esperança em algo melhor, a pessoa se apega à religião. Eu me

> lembrei do "Ariel Suaçuna" no seriado "Alto da Compadecida", que no texto fica bem claro, que é na hora da morte que ele está mais só e mais precisa de Deus. (Rafael, oncologista contratado).
>
> Por menos religioso que eu seja, talvez se eu estivesse numa condição dessa eu faria o mesmo. No meu caso, eu fico transitando nesse mundo (procuro me encontrar em Algo). (Rafael, oncologista contratado).
>
> Sou Oncologista, mas sou otimista porque acredito que a religião tem algo de positivo sim. (Paulo, chefe Oncologia)
>
> Ë importante a religião e a fé porque se o paciente e os familiares procuram o pastor ou o padre para sentir conforto, e se eles sentem que isso vai ser muito bom para eles, ótimo. Isso é que importa. (Pedro, médico contratado)
>
> Aqueles (pacientes) mais otimistas, mais apoiados vão melhor porque acreditam que serão curados, e vão melhor no tratamento... e aqueles que não acreditam no tratamento são pessimistas... esses vão pior. (João, radioterapeuta)
>
> Eu vejo importante a religiosidade dos pacientes. As pessoas que acreditam, são apoiadas em algumas coisas, vão melhor. Quando não tem fé, o paciente descrente... ele está sempre realimentando isso. A solidão, a descrença é uma coisa muita solitária. Como poderia definir? "É muito sem apoio, é como se estivesse no precipício e não ter onde se apoiar". (João, radioterapeuta)
>
> A religião... é muito importante que eles (pacientes e familiares) se agarrem, se apeguem e sentem que vão ser curados pela força de Deus... Eu acho bom que eles (pacientes) tenham essa fé. É um modo de lutar. (Izabel, cirurgiã oncológica)

Uma profissional relata que se sente influenciada a ajudar mais o paciente, quando este mostra maior fé e mais intensidade de desejo de lutar pela vida.

> Teve um caso que chegou aqui (no hospital) em Outubro/05 para fazer tratamento na boca, e deu um tipo de blastomicose. Foi feita extração do dente... ele tinha também diabetes. Era um paciente muito complicado. Um colega (médico) chegou para mim e me falou: "você vai perder seu tempo de atender esse paciente, porque não dou três meses de vida para ele...". Percebi que esse paciente se mostrava muito apegado à religião, à Nossa Senhora... Ele dizia que rezava sempre para nós (profissionais). Isso me dava muita força em ajudá-lo. Eu fiz o que foi possível, mesmo sabendo que as chances fossem pequenas... mas eu acreditava em sua fé e na sua confiança em Nossa Senhora. (Maria, dentista)

5 Os profissionais de saúde relatam suas experiências religiosas

Alguns profissionais referem que escolheram trabalhar com a Oncologia por sentirem ter recebido certos dons de Deus: otimismo, fé, escuta, verdade e amor. Sentem necessidade de oferecer aos outros esses dons. Percebem que o significado da fé e da religião serve tanto para os pacientes em sofrimento, como também para os profissionais de saúde que lidam com situações de possibilidade de morte e, assim, podem se tornar mais humanos e dignos consigo mesmos e com os outros.

> Eu acredito muito nisso... nessa esperança. Muito do que eu faço está relacionado com a minha fé... de querer servir às pessoas mais necessitadas. Tem hora que questiono se devo parar de trabalhar aqui. Penso e volto a questionar a mim mesma: se o Senhor me deu esses dons que eu recebi, o que eu faço com eles? Tem pessoas que têm nojo... Não tenho medo de pegar doença. Nunca tive medo. Penso que sou assim em função de minha fé. (Maria, dentista)

> A minha vida é toda movida pela fé... os meus relacionamentos... as coisas que faço... Sinto que é uma fé madura... Antes, eu acreditava que era preciso alcançar isso para ter fé; hoje não, eu me dôo sem esperar nada em troca. Só de ver os pacientes bem e poder contribuir com meu trabalho, isso já me faz bem. (Maria, dentista)

> Você vai puncionar o paciente... eles contribuem, pedem a Deus que os ajudem. Eu te falei, sou católica, mas não vou à missa todo fim de semana. Participo de um grupo de oração uma vez por semana. Ontem eu fui ao grupo. Todo dia, antes de entrar para o serviço, peço a proteção de Deus. Hoje mesmo foi um dia em que eu pedi para Ele me ajudar porque estava difícil. Não é o paciente em si... às vezes são os familiares que chegam agressivos. (Sueli, enfermeira chefe)

> Vejo que sou atendida. Eu acredito (em Deus). Tem hora que rezo e penso na imagem de Nossa Senhora. Como no dia de hoje: tem hora que eu conto até 10, peço que Nossa Senhora me ajude a suportar esta situação. Sabe, tem hora que preciso parar para refletir, se não... não dá para continuar. Porque se Deus não te der força, não te empurrar prá frente... fica difícil. (Sueli, enfermeira chefe)

> Tem hora que se tivesse sozinha não suportaria. Sei que o Senhor está comigo, Ele me ajuda muito. Tem hora que não sei o que acontece, mas sei que algo está guiando minhas ações. Igual hoje... todas estávamos pedindo que o Senhor nos ajude. Não temos objetivo de ofender ninguém, mas com raiva podemos falar alguma palavra que vai ofender o outro. Estando com Ele, Ele te guia e te ajuda a responder da melhor maneira possível, e ninguém fica ofendido. Como até agora, está tudo caminhando em plena paz, tudo funcionando bem e tudo tem se encaixado bem (risadas). (Sueli, enfermeira chefe)

> Eu acho que a religião é a base de tudo. A religião que sustenta essa situação, junto com o tratamento médico. As duas coisas juntas... você pode conseguir muita coisa. A parte de cima, com a parte aqui

> em baixo. Sem a religião não é possível. Hoje a gente escuta os médicos falarem mais a respeito disso. (Sueli, enfermeira chefe)
>
> Teve um senhor que eu o acompanhei e ele parou de andar. Foi um caso que eu me envolvi (afetivamente). Isso para ele foi muito difícil. Tem umas coisas interessantes que não são curáveis clinicamente, mas tem Alguém (Deus) que faz algo. (Rafael, oncologista contratado).

Uma enfermeira relata sua experiência religiosa, como foi que ocorreu e o fortalecimento de sua fé em Deus e em Nossa Senhora.

> Há pouco tempo passei um momento difícil com minha filha. Levei-a ao médico, e este diagnosticou que estava com síndrome do pânico. Mas ela continuava com as crises em casa, na escola. Retornei ao médico e pedia para Nossa Senhora me ajudar. Eu pedi a Ela que minha filha tivesse uma crise na frente do médico porque ela não tinha síndrome do pânico. E aconteceu... ela teve a crise na frente do médico. A partir daí, ele me encaminhou para o neurologista e foi diagnosticado que tinha epilepsia. Eu rezei, deu certo... vi que o Senhor ouviu o meu pedido. Ela (a filha) passou a tomar o remédio certo e nunca mais teve crise. Ela tomava antes um remédio que não adiantava nada porque não era para o seu problema. (Sueli, enfermeira chefe)
>
> Não tem explicação. Tudo tem seu momento. Eu tinha que passar por isso. Sei que foi Nossa Senhora que me ajudou. A partir daí a minha fé foi mais fortalecida e acredito em milagres. Porque passei por um período difícil com minha filha. Eles não sabiam o que ela tinha e o que eram aquelas crises. Demorou um tempo para saber que tinha epilepsia. Agora ela tem uma vida normal porque antes, na escola, os colegas tinham medo dela. (Sueli, enfermeira chefe)

Outros profissionais se mostram atualmente não crentes em nenhuma religião, mas acreditam que existe Algo Superior. A maioria deles apresentou formação católica, mas não são praticantes de nenhuma religião.

> Recordo (como milagre) o que me aconteceu no hospital (B.), e me abalou. Foi um paciente que estava no centro cirúrgico, e eu achei que não ia sobreviver. A equipe médica tinha considerado ele como morto e, sem nenhuma explicação (médica) ele voltou a respirar de novo. Nesta hora a minha fé foi abalada, me pegou de surpresa, fiquei impressionado com aquilo. (Rafael, oncologista contratado).
>
> A minha formação foi sempre católica, mas não sou praticante. Os meus pais e irmãos não iam à missa todo fim de semana, mas eles me ensinaram o sentido do Cristianismo que é diferente do Catolicismo. Aquele mandamento que fala: "faça para você o mesmo

> que deseja para o outro"... Se me perguntarem se sou católico, eu digo que sim. Eu entendo muito o sentido de irmandade... estamos no mesmo barco. Se você faz uma coisa para mim, eu não vou lá e dou a minha outra face. Eu vou me proteger, que é o sentido natural e não vou passar isso para frente. Quando as pessoas me agradecem, eu falo assim: "se eu fiz algo bom para você, faça para o outro". (João, radioterapeuta)
>
> Quando o paciente me procura para ajudá-lo, não vou rezar por ele, mas vou fazer o melhor para vida dele. Sem esperar troca, agradecimento, porque hoje a pessoa está aqui, amanhã ela pode estar lá. A vida é muito dinâmica... não se tem tempo de ficar voltando e agradecendo. (Paulo, chefe Oncologia)
>
> A partir do momento que eu sei como tratar uma doença, um processo, eu vou lá e faço. Hoje tenho humildade que não foi só isso que curou (risos). Existe um monte de coisas desconhecidas da nossa prática que ajuda também. Quando eu digo: "faz a quimioterapia, e se ela funcionar bem no primeiro ciclo já destrói 90% do tumor, aí no segundo ciclo destrói mais 90%, aí faz no máximo 6 ciclos. Vai sobrar algumas células (cancerosas)". O que vai acontecer? Alguma coisa vai fazer o resto, aí entra Esse Desconhecido que age junto com o remedinho que funciona. Aí eu não costumo definir isso como fé... Meu sentido de fé é acreditar em alguma coisa que não existe. Eu acredito que existe Algo. Só que eu não conheço. (Paulo, chefe Oncologia)
>
> Tinha um paciente aqui, jovem com seus 17 anos. Ele tinha Osteosarcoma, e precisou amputar uma parte da perna dele porque era no joelho e estava com metástase no pulmão. A família, por questão evangélica, não queria que ele amputasse a perna. Quando foi para cirurgia foi questionado se valia a pena pelo fato que havia as metástases no pulmão. Ele acabou concordando em amputar, tomou a quimioterapia e as metástases foram bloqueadas. Hoje ele está aí... isso já faz 4 anos. Ele é uma pessoa que é bastante religiosa. Eu penso e questiono: é a força de pensamento desta pessoa ou o que ela chama de fé, de religião? (Jacinta, psico-oncologista)

Uma profissional relata sua experiência com um componente da equipe acometido pelo câncer, em que ocorreram transformações em sua pessoa, após a doença, passando a atribuir novos valores às coisas ao seu redor, a crer em Deus, a ter fé e esperança em algo Superior.

> A religião é conforto para estas pessoas. Vai depender da religião que o paciente tem. A religião serve como tábua da salvação. Se a pessoa vai conhecendo, pode ser estímulo e esperança para todas as pessoas. Tive um exemplo vivo disso. Teve um professor Doutor no HC, bem conceituado, mas mal educado. Um certo dia, aparece um câncer nele. A princípio ficou violento, mas com o tempo aceitava oração das pessoas, dos funcionários. Ele também pedia que rezassem e orassem por ele. Depois da doença ele se mostrava uma

> outra pessoa. Ele ficou mais aberto em escutar o outro, e aceitar ajuda. Ele se achava o próprio Deus no hospital. Como é a vida: através da doença a pessoa fica mais de frente com a sua impotência, e vê que precisa de mais pessoas em torno. Ele se deparou com a morte, e realmente mudou o modo de olhar para vida. (Maria, dentista)

Um médico procura transmitir sua experiência cultural para além da cultura brasileira. Vem aprendendo sobre a história da religião, e que todos nós temos uma origem nela, querendo ou não.

> Em Matão, é cheio de mão, de pé, de coração... Tem também aqui perto em Dumont. É quando a pessoa fica doente e manda fazer em cera a parte do corpo que estava doente. Isso tem em igreja... eu achava que isso era uma coisa cultural nossa. Eu estive no exterior, em Portugal, e passei em Fátima com meus pais. Eu fiquei estarrecido de ver o ex-voto que tinha lá. Eu não imaginava que isso tinha fora do Brasil. Cheguei lá e vi: pés, mãos, fígados, mamas... esse tinha muito. Eu gosto de ler sobre religião porque resgata a pessoa na história. Saber de onde veio, tudo e para onde vai eu acho muito interessante. (Rafael, oncologista contrado).

7.4 Análise compreensiva das vivências dos profissionais de saúde

A análise fenomenológica das vivências dos profissionais de saúde também foi estruturada e seguindo os três aspectos que Stein (2000b) refere como essenciais para o conhecimento da pessoa humana e sua constituição estrutural: corpo, psique e espírito. Procuraremos descrever, neste momento, dentro de cada um destes momentos, os pontos que foram para nós fundamentais mencionar no que se refere às experiências vividas por esses profissionais (capítulo 6.3).

Nos discursos de todos os profissionais de saúde (dentistas, médicos residentes e contratados, enfermeira, auxiliar de enfermagem, psicóloga), eles retomam como iniciaram suas trajetórias no Serviço de Oncologia. A maioria dos profissionais expressa a escolha da Oncologia pelo fato de que, nesta área, o paciente necessita do médico e se trata de uma doença grave e séria. Os médicos relatam se sentirem gratificados nesta área, principalmente quando ocorrem resultados positivos no paciente. Relatam situações vividas no início da profissão, decorrentes da falta de experiência em alguns tipos de casos. Por exemplo Dr. João

fala que há 25 anos era raridade câncer de mama em mulheres jovens como ocorre hoje. Já Dr. Paulo relata que atualmente, quando tem dúvidas sobre o tratamento oncológico, consulta a Internet para ser esclarecido.

No geral, os médicos além de retomarem a história de recordar as razões pelas quais escolheram trabalhar na Oncologia, eles também refletem o que aprenderam com a experiência vivida com o passar dos anos e com o seu crescimento profissional e pessoal. A maioria dos profissionais de saúde verbaliza sentir que mesmo com o passar dos anos, é sempre difícil informar o diagnóstico de câncer, quando vem uma recidiva (a volta da doença durante o tratamento ou depois de concluída a terapêutica), metástase e, quando não há mais nada o que fazer com o enfermo, apenas o tratamento paliativo. Os médicos percebem que estes pacientes nestes momentos se mostram mais vulneráveis e sensíveis.

Um ponto positivo geral, nos discursos dos médicos, é poder caminhar junto com o mesmo paciente, durante todo o seu percurso de tratamento. Todos os profissionais de saúde manifestam suas percepções e sentimentos, ao lidar com os seus pacientes com câncer e com a sua família. Expressam sentimentos contraditórios que os acompanham durante toda a evolução do tratamento do enfermo: ora sentem tristeza, medo e preocupação e outra ora alegria, otimismo e esperança, quando o enfermo reage bem. Frente a isso, a maioria dos profissionais de saúde percebe a particularidade do que é trabalhar na Oncologia, pois além da doença, tem suas complexidades. Emília (psico-oncologista) diz que cada paciente tem sua necessidade particular, mesmo que utilize o mesmo protocolo de um diagnóstico comum, não será o mesmo tratamento. No geral, os médicos expressam consciência de que precisam de uma equipe multidisciplinar preparada e especializada para saber e atender à solicitação tanto do paciente como da família.

Geralmente o médico não fala sobre o diagnóstico e/ou prognóstico, quando a família não deseja que o paciente saiba. Os médicos falam que geralmente a família está digerindo a situação do diagnóstico, e esta prefere "poupar" o parente estimado do sofrimento. Ele (o médico) procura ter cuidado e prudência em como transmitir estas informações ao paciente e a sua família, o que contar, como contar da melhor maneira possível e o que estes desejam de fato saber. Eles mencionam também que a família normalmente vem durante o tratamento ou depois para agradecer toda a equipe de Oncologia aos serviços prestados.

A maioria dos profissionais procura, dentro de suas possibilidades, estabelecer empatia com seus pacientes, ou seja, eles experimentam a codivisão de sentimentos e emoções dos enfermos e dos familiares. Dr. Rafael, Dr. João, Dr.

Paulo, Maria e Sueli, percebem estabelecer maior empatia com alguns pacientes do que com outros. Eles observam que precisam lidar com suas limitações, enquanto pessoa humana, reconhecê-las e lidar com elas. Dr. João relata a sua experiência de orientação com seu paciente, e como foi que utilizou sua psicologia com este, para fazê-lo pensar e refletir sobre suas atitudes. Fez este compreender as razões do por que é preciso deixar de fumar e beber, o que vai beneficiá-lo com isso. Explica ao paciente que se continuar com o mesmo estilo de vida, a doença pode voltar, e reduzir a vida. Disse ainda que é preciso um sacrifício e depois vem a recompensa de viver mais, ao abandonar o vício. Dr João fala ao seu paciente "acredito em você, sei que é capaz". Esta conduta é fundamental, o Dr. João tem razão ao mostrar que a relação com seu paciente cresce através da confiança e incentivo, pois este sente que tem alguém que se preocupa e caminha junto com ele nessa situação dramática. Desse modo, o paciente compreende o verdadeiro sentido de por que deixar o vício, e a escolha final depende da consciência do paciente.

Alguns profissionais de saúde relatam quando sentem necessidade, como foi neste caso de um paciente com problema de álcool encaminhá-lo para o Serviço de Psicologia do hospital.

A maioria dos profissionais relata dificuldade de lidar com pacientes com câncer e suas famílias. Dr. Paulo informa que a sua limitação é trabalhar na Oncologia Pediátrica, não suportaria prescrever um procedimento terapêutico a uma criança e depois ter de tratá-la por um período longo. Já Dr. Rafael coloca que é mais difícil lidar com paciente jovem e sem possibilidade de cura. Mas, há casos em que ocorrem progressos e adesão ao tratamento, quando este evolui bem. É citada a experiência benéfica de recuperação e sem explicação científica para a cura de alguns destes pacientes. Dr. Rafael e Dr. Paulo relatam que quando iniciaram a trabalhar na Oncologia mantinham um atitude fria com seus pacientes, mas, no momento, procuram se envolver, com certa precaução. Já para Dr. João foi o contrário: no início mantinha uma postura aberta com o paciente, e hoje diz que é necessário ter um distanciamento para fazer as coisas que têm de fazer, sem ficar indiferente ao paciente, para que seja possível fazer o tratamento adequadamente, sem tanta emoção para poder ter atenção. Seria difícil tratar o paciente organicamente e ao mesmo tempo dar conta das questões existenciais deste.

Uma outra dificuldade geral apresentada pelos profissionais de saúde é ter de lidar com a morte do paciente, contar para família e ter de enfrentá-los no cotidiano, o que remete a equipe a refletir sobre a palavra "morte". Dra Izabel e Emília atribuem a questão do pensamento ocidental que não se pode falar a palavra

câncer no ambulatório. A morte é ainda atualmente vista como tabu, por isso influencia o pensamento das pessoas que vivem ali naquela cultura, e se torna mais difícil "encarar" a morte, o que é diferente das culturas orientais. Mesmo depois, com o desenvolvimento biotecnológico, em que vem crescendo a possibilidade de cura dos pacientes com câncer quando diagnosticado em tempo, mas mesmo assim o estigma é tão forte que ainda permeia as mentes das pessoas onde o câncer é sinônimo de morte e não se pode conversar sobre isso, e, sim, na cultura ocidental é passado que se deve manter o silêncio dentro dos ambientes hospitalares e dentro das próprias famílias. Não existe mais aquela preocupação que existia antigamente, que antes de morrer a pessoa deveria reavaliar a vida, e estar em paz com todas as pessoas e não terem nenhum inimigo.

No geral, os profissionais de saúde não se permitem tomar contato direto com essa realidade. Geralmente o médico trata o paciente baseado apenas nos parâmetros oficiais, quer dizer, lida apenas com a parte orgânica, que seja compreensível e viável se proteger de algum modo. Eles (profissionais) sentem mais desgastes emocionais, quando lidam com pacientes nestas fases de recidiva/ metástase, pois a maioria deles (profissionais) mostra dificuldades de controlar os próprios sentimentos. É normal nesta área, os profissionais terem estes sentimentos de angústia e preocupação, pois, ao vivenciarem a intersubjetividade com o outro que é semelhante a si, eles mostram reconhecer os seus limites humanos. Isso já manifesta um gesto de humildade e humanidade, ao se observar e atribuir sentido às próprias vivências.

Nessa equipe multiprofissional, pudemos observar que a Psico-Oncologista expressa sua experiência diante da iminência da morte e mostra certa distância para se proteger também da dor e do sofrimento do paciente. Mesmo que seja o psicólogo, ele está ali como profissional e não como parente ou amigo. Certo que é necessário respeitar o tempo do profissional estar de novo junto de seu paciente, e deve sentir o momento justo em que já digeriu os sentimentos e consegue estar bem junto deste e de seus familiares.

No geral, mesmo diante destas situações difíceis, os profissionais de saúde relatam sentirem motivação com o trabalho. Procuram fazer o máximo que podem, para estabelecer uma boa relação com os seus pacientes e seus familiares, mesmo mantendo uma certa distância com eles. Todos eles mostram também bom vínculo e cuidado com o bem-estar dos enfermos.

Alguns profissionais de saúde falam que às vezes o apoio dos familiares é importante no tratamento do paciente, mas, para outros profissionais, a família

pode atrapalhar o paciente em lidar melhor com o tratamento e seus efeitos colaterais. Destacamos que a maioria dos profissionais de saúde (Dr. Pedro, Dr. João e Dra. Izabel, Sueli) relata que procura oferecer apoio, solidariedade e acolhimento à dor e sofrimento do enfermo e sua família. Eles procuram transmitir suas condutas com certo otimismo, coragem e esperança com o tratamento. Apenas Dr. Rafael mostra importante passar seus conhecimentos culturais e experiências positivas aos pacientes e seus cônjuges, podendo contribuir também de outras formas para além dos conhecimentos médicos. Um exemplo de Rafael, que estabeleceu um diálogo com o cônjuge de sua paciente através de um livro de história da Aviação que este lia, e a partir daí começaram a conversar com eles numa linguagem tranquila e espontânea sobre o tratamento. Isso é importante para os pacientes com câncer e para os familiares sentirem a conduta aberta do médico.

A maioria dos profissionais de saúde relata o que dá maior sentido à vida é fazer um trabalho que goste, mesmo que a Oncologia é árdua e lida com sofrimento, mas por outro lado se sente bem ali e está cada dia aprendendo coisas novas com o paciente e o serviço. Outro valor apresentado por Dra. Maria e Dra. Izabel e Sueli é estar com a família, já para Dr. Rafael e Dra. Izabel é ter uma qualidade de vida, fazer as coisas de que gostam, como ler bons livros, viagens, assim como praticar certos *hobbys*.

Pudemos perceber que a maioria dos profissionais de saúde mostra discursos intelectualizados sobre a religião e a fé. No geral, foram apenas Sueli (enfermeira) e Maria (dentista) são as católicas praticantes. Três deles não frequentam nenhuma religião, outros três dizem "espiritualistas", um médico se diz budista e um outro médico é espírita. Estes últimos mencionam serem céticos (ateus). Vem circulando por diversas religiões, mas ainda não encontraram uma que lhes correspondessem de fato as suas exigências internas.

A maioria dos profissionais, não crentes em Deus ou em alguma religião, respeita e questiona como ocorre o recurso da religião e da fé na vida do enfermo para o enfrentamento de uma doença grave e crônica. Dr. Rafael disse: "tenho muita fé no ser humano". Dra Izabel diz que procura passar para seus alunos residentes a sua espiritualidade, seus valores humanos, de olhar para os pacientes como seres humanos, que tem uma história de vida. Os profissionais mostram não conhecer bem o que seus pacientes pensam e vivem a respeito de suas religiões. Mostram-se sem interesse em saber sobre a religião e a fé deles. Apenas os escutam e os apoiam, mas não o encorajam para isso. Dr. Rafael disse algumas experiências inexplicáveis com seus pacientes. Um exemplo: um paciente em fase terminal

terapêutica que não respondia mais a nenhum tratamento e sobreviveu. Os médicos falam que ainda não encontram nenhuma explicação médica e racional em que possam realmente acreditar como um "milagre", mas parecem atribuir a um plano superior tal acontecimento: "Deus quem operou?" "Nossa Senhora fez tal milagre?" Parecem crer que existe Algo Superior no universo que guia a sua vida na terra.

Apenas Sueli (enfermeira) e Maria (dentista) relatam experiências de fé e de conforto no trabalho, visto como um momento intenso espiritualmente e de grande crescimento profissional. Mostram acreditar na proteção divina. Apresentam uma vida de fé e de oração. Sueli fala que cada dia quando chega no trabalho pede a força de Deus e de Nossa Senhora e, também nas horas pessoais para enfrentar determinadas situações que sozinha não consegue fazer, por isso busca a força do espírito em Algo.

Os médicos consideram ser importante para o paciente ter fé, buscar religião, seguir ritos (missa, culto), fazer orações junto à comunidade ou em casa (seguindo a televisão ou o rádio), por um lado, mas também não deixar de fazer o tratamento, obedecendo às indicações médicas.

A formação dos médicos mostra um pensamento biomédico idealista. Desse modo, talvez seja a influência da cultura médico-científica absolutizar apenas como aceitável o que é comprovado cientificamente. Entretanto, os médicos do presente estudo parecem mostrar certa abertura e compreensão, ao "aceitarem" a opinião dos pacientes e de seus familiares de procurarem outras possibilidades de apoio e sustentação psicológica e espiritual.

Em suma, os profissionais de saúde significam que a religião e a fé de seus pacientes e familiares chegam como um sustento e proteção para eles superarem a situação dramática em cada dia vivido com uma doença grave, mas isso não retira o tratamento médico nem o abandono deste (por causa do pastor). No geral, os médicos percebem quando seus pacientes não têm capacidade de discernir o que é melhor para si e os ajudam a refletir na escolha do que é viável, na situação, com sensatez e prudência. Os profissionais, a partir do diálogo com o pesquisador, ressignificam a sua fé, olham para dentro de si, para seus valores, o que buscam de verdade na vida. A maioria deles referiu que a religião deve servir para recuperar o sentido mais amplo da vida; trazer o equílibrio à pessoa, mesmo que outros apoios sejam oferecidos pelo psicólogo, pelo médico ou pela secretária do serviço de Oncologia. Eles questionam também a falta de determinados valores humanos que estão se perdendo a cada dia no cotidiano.

Pensamos também que, quando o profissional de saúde passa por uma situação de sofrimento na vida, torna-se mais humano consigo mesmo e com os outros. Demonstra atitude humilde e maior abertura ao outro ser humano. Isso quando o profissional consegue lidar com sua dor dentro de si e, assim, está preparado para ajudar outra pessoa. Pode, também, se tiver uma abertura interior aprender a exercitar a fé em Deus, ou em Algo Superior ou em Nossa Senhora Aparecida ou em outro santo de sua devoção.

8 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS DISCURSOS DOS PACIENTES COM CÂNCER E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À LUZ DO PENSAMENTO DE STEIN

Com base no pensamento de Edith Stein (1999a, 2000b) que consideramos importante para aprofundar o conhecimento das vivências próprias do ser humano, pretendemos compreender os discursos dos pacientes com câncer, tendo em vista as estruturas essenciais da pessoa humana adotadas pela filósofa. Como ela, utilizamos a análise fenomenológica voltada para o sentido, o significado atribuído às experiências vividas pelos colaboradores da pesquisa.

O método fenomenológico foi escolhido para responder às perguntas que deram origem a esta pesquisa, porque parece ser adequado à reflexão sobre as temáticas envolvendo os sujeitos, a doença e os profissionais em suas vivências em relação à religiosidade e à fé.

Stein (2000b) traz um conceito de pessoa tão atual e necessário nos dias de hoje, tanto no âmbito da saúde como no da educação, ao dizer que a pessoa humana é liberdade acompanhada da sua consciência (ou razão). Essa é a forma mais elevada à qual a pessoa pode chegar sendo protagonista de si mesma, governando a si mesma, ao se escutar interiormente, podendo, assim, à sua essência, ou seja, ao sentido para o qual foi feita.

Lemos, no capítulo 5.1 Fenomenologia e Experiência religiosa, que a religiosidade emerge do discurso dos colaboradores do presente estudo, de base fenomenológica. Ao relatar as suas vivências (Erlebnisse), eles atribuem um sentido ao vivido. A análise fenomenológica se apoia no sentido dessas experiências vividas para chegar à essência dessas vivências, enquanto descrição que não para na fatualidade, mas que quer conhecer intuitiva e imediatamente esse dado essencial (vivências) na etapa em que o método fenomenológico chama de redução eidética. E é pela redução transcendental que, subjetivamente, o pesquisador chega à experiência vivencial do sujeito do estudo, fazendo suas reflexões. Ales Bello (2006a) explica, claramente, em seu livro "Introdução à Fenomenologia" esse processo reflexivo de Husserl, comparando-o com uma escavação: inicialmente é feito em nível da consciência, através da percepção e, também, em nível passivo (aquilo que já havia sido apreendido anteriormente) que pode ser objeto de uma "escavação".

Para Stein (2000b), só se estuda a pessoa humana[29] partindo da sua interioridade, por meio da condição empática ou intropatia, sendo fundamental uma relação intersubjetiva com o outro para o estabelecimento do eu. Esse eu só acontece no fluxo de experiências, vivências apreendidas do outro na relação que presentifica o seu ser si mesmo, a sua alma, a sua vida anímica, através de uma disponibilidade e atenção.

O centro da alma humana tem uma natureza tridimensional: espiritual, psíquica e física. O ser humano não é somente psicofísico; é também espiritual - esse é o ponto essencial segundo Stein - e é a partir desta dimensão que se mostram as outras partes da pessoa, pois a alma tem apenas um núcleo (é o centro do eu). Ao colocar entre parênteses a afirmação habitual de que o homem é corpo e alma, não se parte disso, uma vez que se inicia a análise pelos atos perceptivos (sensíveis, motores), e depois pelos atos transcendentais (reflexivos e tomadas de posição voluntária, por exemplo). Pensamos que esta seja uma possibilidade de se fazer pesquisa fenomenológica com pacientes com câncer, abrangendo a totalidade do ser humano, realizando uma análise da dimensão espiritual e, desse modo, chegar à estrutura do ser humano em sofrimento, e do profissional que cuida do outro nessa condição de doença.

Neste estudo são descritos separadamente esses elementos estruturais da pessoa humana. Assim, analisa os sujeitos do estudo na sua constituição estrutural e essencial de pessoa. Num esforço interpretativo desta filosofia antropológica, como "instrumento" de compreensão clínica a respeito das estruturas da pessoa humana (pacientes com câncer e profissionais de saúde), descrevemos os três momentos tridimensionais, sendo que, às vezes, se mostram juntos para melhor compreensão de sua unidade, pois já foram descritos separadamente (capítulo 4 e 7), mas eles podem ser "ativados" simultaneamente em cada instante vivido.

8.1 Reflexões sobre o Discurso dos Pacientes com Câncer à Luz de Stein

O pesquisador parte de seu interior para apreender e compreender, através da empatia, as vivências dos pacientes com câncer na sua essência as suas características, e como atribuem sentidos às experiências vividas. A partir da

[29]Diferentemente de outras teorias o ser humano, é também ser espiritual. Do ponto de vista filosófico, fala-se em pessoa. Tanto Husserl quanto Stein referem o termo "pessoa" enfatizando o reconhecimento da sua dimensão espiritual constitutiva (ALES BELLO, 2006).

análise das entrevistas dos pacientes com câncer, conforme apresentada anteriormente (capítulo 7), emergem os seguintes núcleos significativos (tipologias), seguindo a análise estrutural e essencial à luz da filósofa fenomenóloga Stein:

1 A identidade pessoal: pessoa e centro pessoal (tornar-se mais si mesmo)
2 Os aspectos da afetividade nos pacientes
3 Os pacientes com câncer e sua família
4 O relacionamento do paciente com os outros (amigos e profissionais de saúde)
5 Religiosidade

1 Identidade pessoal: pessoa e centro pessoal

O tema inicial da análise fenomenológica em Stein é compreender quem é a pessoa em estudo e como se constitui sua identidade pessoal que, neste caso, é aquela que tem uma doença grave. Em geral, o ser humano tem uma estrutura única e essencial que é universal a todos, com capacidade reflexiva, inteligência e liberdade e, por isso, o conhecimento ocorre de forma diferente em cada um.

Stein (2000b, p.147) ressalta que "a forma substancial é o princípio estrutural do indivíduo humano na sua completude e é única, se bem que pressuponha uma inteira série de substâncias como condições pela sua existência". Tudo que pertence ao corpo vivente é, ao mesmo tempo, corpo e psíquico, nomeado pela autora de "alma inferior", que é aquele da semelhança com os animais, cujas leis fundamentais são a suscetibilidade e reação instintiva, impulsos e a "alma superior" seria o lugar central e dominante onde se podem fazer reflexões, e tomar decisões[30].

Nesta visão, os pacientes com câncer se apresentam conscientes do seu corpo, percebem-se como seres limitados e finitos. Por isso, ao olharem para dentro de si mesmos, buscam algo superior. Ao observar as capacidades psíquicas destes enfermos, nota-se que expressam grande capacidade sensitiva sensorial através de seus discursos e dos sinais representados em seus corpos. É através das sensações que cada um experiencia o corpo e a mente simultaneamente e, a partir daí, pode-se conhecer a estrutura da pessoa humana. É possível observar em alguns pacientes que apresentaram comportamento de base muito ansioso, do tipo: se

[30] Um exemplo apresentado pela autora de um paciente em coma. Sabe-se que não existem impulsos de caráter psíquico ou espiritual ativos, nesse estado, mas, procura-se fazer algo para que este sujeito torne a ser o que é. Este tipo de caso não aparecerá em meu estudo.

mover muito, o olhar não se fixava e mostraram o desejo de se expressar continuamente. Remetiam-se às suas relações estreitas com os familiares e demonstravam desejo de serem "abraçados" (acolhidos) pelo pesquisador (terapeuta). Ao perceber isso, o pesquisador procurava trazer o foco da entrevista para o ponto central do estudo. Pode-se dizer que estes pacientes pareciam apresentar uma estrutura ansiosa de base, como parte de sua personalidade, sendo que ela pode ter sido aflorada no momento da descoberta da patologia (câncer).

Além das sensações, os pacientes partiam das suas capacidades intelectuais como possibilidades de acessar seus valores morais no comportamento, por exemplo, como administrar e controlar a vida com o câncer.

Stein (1999b) afirma que nem sempre e nem todas as pessoas ativam o aspecto espiritual, sendo que este é o fundamento da vida moral. Entretanto, é importante saber que todas têm o potencial para desenvolvê-lo e atualizá-lo. É necessário tempo e estar motivado (vontade) para fazê-lo.

No geral, os pacientes com câncer manifestam a sua dimensão espiritual que vai se refletir nos seus atos vividos como liberdade e responsabilidade. Esses pacientes mostram atitudes positivas ao tentar eliminar a circunstância de sofrimento e dor causados pela doença e pelo tratamento. A partir das ideias de Stein, o ser humano tem essas atitudes que ela considera como atos voluntários ou conscientes, aqueles atos de reflexões, atribuindo juízo de valor (seja positivo ou negativo) a cada ação vivida. No caso desta pesquisa, praticamente todos os pacientes entrevistados apresentaram grande desejo de viver, demonstrando que desejavam viver intensamente o presente.

Ales Bello (2006a), interpretando Stein, afirma que através da dimensão psíquica partem as reações mais fortes e espontâneas de cada ser humano, que independem de cada pessoa, como os impulsos, os instintos, as energias e as reações espontâneas. A elucidação dessa dimensão psíquica é fundamental na Psicologia, pois é através desta que se pode fazer uma avaliação clínica da estrutura da pessoa, na sua singularidade, podendo também fazer uma descrição tipológica, por exemplo, se é extrovertido ou introvertido. É possível dizer que, nesta pesquisa, os pacientes se mostraram mais extrovertidos do que introvertidos, pois manifestaram comportamentos impulsivos, como o desejo de falar de si com certo desespero.

As falas dos pacientes mostram reações impulsivas: alguns reagiam no primeiro instante com negação, com medo frente ao desconhecido, ao novo, ao não desejar fazer a cirurgia quando se descobriam com o diagnóstico de uma patologia

grave e crônica, mas depois refletiam sobre a situação. Nos discursos, apesar de os pacientes se expressarem em alguns momentos como extrovertidos, manifestavam a vivência que tinham consigo mesmos e até dialogavam com a existência de Outro com o qual falavam na "alma da alma". Sentiam uma força Superior (Deus) que falava dentro de seu ser, que dialogava dentro de si mesmos. Eles mostravam dar-se conta disso, e se viam frente a ter de tomar decisões, pois imediatamente o que desejavam mesmo era ficar "bons". Tentavam eliminar o "mal" (o câncer) a qualquer custo, e tomavam a decisão mais sensata que podiam: fazer imediatamente a cirurgia e/ou a quimioterapia e radioterapia concomitantemente para combater a doença maligna.

Stein (1999b) fala que as reações psicológicas diante de um acontecimento dependem de como foram vividas anteriormente outras situações difíceis e traumáticas. A filósofa chama isso de "síntese passiva" ou a operação psíquica em que a pessoa vivencia seus recursos pessoais diante de uma situação-limite. Esta é uma ferramenta essencial, quando a pessoa recupera na sua consciência variadas experiências, através da percepção, da recordação, da memória, e a realiza de maneira passiva; ela faz uma "escavação", quer dizer, passa da superfície ao profundo daquela 'coisa' que pretende refletir.

Podem-se compreender os discursos dos pacientes, uma vez que eles refletem sobre as suas próprias vivências (história de vida) e trazem o que puderam apreender ao longo de suas vidas, como bagagem, e instrumento que carregam consigo aonde quer que vão. Às vezes, no caminho, sentem a necessidade de utilizar algo para o seu bem ou para o bem de uma outra pessoa.

Stein (1999b) expressa, também, que nenhuma pessoa é carente de valores. Cada ser tem seus valores, como mostram os pacientes com câncer: através da memória, da história vivida, da inteligência, da afetividade que os remetem a valores que se formaram neles.

As perdas que os pacientes trazem ao olhar para o passado fazem com que percebam o quanto eram ativos, dinâmicos e autônomos antes do adoecimento. Às vezes, o que mais preocupa os pacientes não é a doença em si, mas os prejuízos causados em seu corpo no momento atual.

Nesse percurso se identifica uma série de "atividades" (respiração, alimentação) que são meios para alcançar os objetivos do processo vital. Porém, também se encontram "estados mutáveis" (saúde, doença, vigor, fraqueza) que testemunham a presença de uma "força vital" atual no organismo e que repercutirá de maneira positiva ou repudiando o processo de desenvolvimento e as vivências

presentes da pessoa (STEIN, 2000b). A filósofa traz um exemplo e compara um corpo sadio, bem delineado e bonito, mas se apresenta carente de uma espiritualidade, enquanto uma pessoa doente, com um físico debilitado, mostrando vida do espírito (motivação, disposição, valores).

Pelas ideias de Stein, é possível compreender as vivências do passado de Ana, assim como de Letícia, de Jair que percebem que se tornam mais si mesmos, após vivenciarem o câncer e se lançarem para a vida. Desse modo, sentem surgir uma nova vida em cada momento, pois carregam consigo uma história vivida, refletida, reelaborada e que pode ganhar novo sentido em cada instante. Portanto, o paciente, mesmo diante de sua fragilidade, pôde perceber grandeza e enriquecimento na sua vida, mesmo vivendo uma situação-limite e um paradoxo existencial diante do câncer: a vida e a morte. Essa pessoa em adoecimento não se fixou na sua dor; mostrou abertura para entrar em sua vida - a transcendência.

Essa busca interior de voltar para dentro de si mesmo, se olhar e fazer reflexão é universal, como foi dito anteriormente pela filósofa (é para todas as pessoas), não ocorre apenas em uma situação de adoecimento, ou na possibilidade da perda de um ente querido. Esta força vital parte do interior de cada pessoa, sendo ativada mediante um querer enfrentar e conduzir melhor a situação. Ao aceitar e vivenciar este processo, o enfermo já se qualifica nos seus modos de ser e atribui forma (que parte da constituição da pessoa), e é esta forma que vai mostrar quem ele é. A presença da corporeidade própria apresenta-se à existência de uma vida interior, que motiva e governa o seu corpo, que pode tomá-lo como meio de expressão, de ação e de intervenção na realidade, possibilitando novos objetos intencionalmente (STEIN, 2000b). Identificar a corporeidade como "órgão da expressão" ou como "órgão da vontade", constitui a unidade da pessoa (STEIN, 2000b).

Em cada pessoa, a psique se mostra com certas qualidades específicas, e o psicólogo precisa conhecer e identificar, através das vivências da pessoa, como esta psique está estruturada. Stein (1999b) tipifica ou subdivide as pessoas como sensíveis (com visão ou audição apurada) e espirituais (com uma inteligência bem desenvolvida ou uma força de vontade persistente). Deste modo, pode-se identificar o caráter da pessoa e de seu "tipo", o que possibilita descrever o caráter de uma pessoa, que não é apenas saber se ela é capaz de responder e se adaptar às normas sociais e éticas, mas também à forma como está diante do mundo dos valores (estéticos, éticos, religiosos) e como responde a eles. O que conta aqui é o relacionamento da pessoa com a sua realidade, e a capacidade de identificar o

significado valorativo objetivo que lhe permite conhecer verdadeiramente alguém, observando-o em ação.

A maioria dos pacientes relembra que, certos comportamentos, como o vício de beber e fumar, podem ter contribuído para o desenvolvimento do câncer (no pulmão). Após a doença e as suas repercussões, os pacientes trazem algumas reflexões e apresentam o desejo de mudar o estilo de vida. Alguns até relatam o exercício de certas atitudes saudáveis e de valores como, por exemplo: de estar mais tempo com a família e inibir os comportamentos que desejam excluir (por exemplo, deixar os vícios). Stein (1999a) chama de processo de autoformação quando as virtudes e os vícios vão fazendo parte do caráter da pessoa e atuarão no modo desta (pessoa) se posicionar diante da realidade que se apresenta.

Sintetizando, Stein (1999b) descreve que a psique é apreendida estruturalmente e unida e alterada pelo espírito. É identificada com a atividade do eu que atualiza as capacidades ao se voltar para os objetos interiores, constituídos a partir das vivências da pessoa, através da apreensão, da elaboração de significados e do posicionamento livre desta pessoa acerca das experiências ou dos objetos externos do mundo cultural ou natural. Então, as vivências da psique são simultaneamente influenciadas pela vida espiritual que capta o significado apreendido pela corporeidade, pelo estado vital, pela intensidade da força vital sensível e pela tensão da pessoa (que apreende os objetos e se posiciona voluntariamente frente a eles).

2 Os aspectos da afetividade nos pacientes

Os pacientes apresentam uma rotina dura e dramática, vivenciam um tratamento doloroso e invasivo e procuram fazer um esforço para ter qualidade de vida. Pode-se dizer que eles apresentam um projeto existencial de vida, em um futuro muito próximo. Não fazem plano para um futuro distante. Poucos pacientes mencionaram o medo da morte e pareciam não desejar pensar e falar sobre isso. Eles, em alguns momentos, atribuem significados aos sentimentos vividos com angústia (de morte) e dor. Pesquisando, nós imaginávamos o que o outro sentia, e nos colocávamos junto com o enfermo naquele momento e procurávamos acompanhar e estar com ele. Nesses casos, o pesquisador pode provocar o paciente e, nesse momento intervir para saber mais a fundo como sentem essa situação.

Abrãao, Edmar e Pedro expressam as suas preferências, suas necessidades e seus desejos de viver o tempo livre do tratamento com um certo grau de vitalidade.

Assim, apresentam se sentirem "bem" e integrados socialmente no mundo. Podem-se observar, nos discursos dos pacientes, tensão, coragem, força de vontade com que se empenham em relação ao tratamento para ficarem "curados", mas eles mostram consciência de que não depende somente disso.

Como se pode ver aqui, tanto a força vital sensível como a força vital espiritual se apresentam simultaneamente na experiência dos pacientes, de um modo consciente, e mesmo diante de uma situação-limite se pode alargar o horizonte existencial, proporcionar possibilidades para uma decisão e revigorar-se em relação às atividades propostas ou outras vivências.

Stein (1999b) reconhece que a tensão se manifesta no próprio mundo-da-vida ou na força vital atual da pessoa, sendo condicionada pelas vivências de cada dimensão, e sucede ao mesmo tempo o condicionamento delas. A filósofa ainda enfatiza que dentro de si - onde surgem todos os sentimentos e está o próprio "caráter" (personalidade), o próprio modo de ser, a *forma*.

Ao fazer esse processo reflexivo, a luz interior que vem do centro da pessoa possibilita reconhecer as vivências centrais, e estes conteúdos provocam um impulso no indivíduo para ser considerado e priorizado; dar-se conta de que o eu pode rejeitar ou acolher este impulso manifesto. Um exemplo: ao estar de frente a algo que suscita o sentimento de medo, a pessoa logo identifica em si sensações corpóreas, como aumento da sudorese, aceleração do ritmo cardíaco e, por meio de uma elaboração destas e do sentimento vivido, é possível um juízo que contribuirá como motivação para uma tomada de decisão. Uma pessoa diante de uma doença pode tratá-la ou não. E é nesta conexão de vivências que virão outras novas vivências sucessivas.

Nesta perspectiva, em geral, os pacientes utilizam a psique junto com a dimensão espiritual, quando vivenciam no corpo o câncer, e sentem-no em sua interioridade. Aí é o momento em que eles podem atribuir juízo e decidir o que fazer. Segundo Ales Bello (2007), a moral é ligada a toda ação da pessoa, dando sentido a cada instante vivido. E como se pode fazer isso? Como se pode compreender o que acontece dentro do mundo do paciente com câncer? O pesquisador procura responder e concluir com o belíssimo conceito de consciência que para Stein "é a luz interior que acompanha a nossa experiência". O pesquisador aqui apenas acompanha o discurso do paciente e o ajuda a olhar com positividade e compreender o sentido do que está vivendo, e o que provoca em si.

3 Os pacientes com câncer e sua família

A maior parte dos pacientes relata que fazer parte de redes sociais, principalmente da família, é algo positivo que ajuda a enfrentar melhor a situação de adoecimento. Os pacientes mostram suas atitudes nos vínculos familiares e nos outros grupos sociais.

Stein (1999b) considera a família como a primeira das comunidades e a mais significativa na ligação afetiva. Depois vem a comunidade de amigos, de conhecidos, a comunidade de povos, pois é através de cada uma destas que os pacientes se relacionam para se tornarem mais si mesmos em cada instante. O enfermo, ao vivenciar este processo (de tratamento), estará sempre se atualizando, elaborando sentimentos e experiências em relação às diferentes comunidades com que se relaciona.

Antes de apresentar a nossa análise sobre esse aspecto específico da comunidade família, apresentamos, em breve síntese, como Stein vê a comunidade familiar[31]. Ales Bello (2007) comenta que nenhuma família humana é capaz de realizar completamente um ideal de família. Cada uma apresenta suas limitações e falhas que carrega consigo juntamente com os aspectos positivos e as dificuldades na concretização de relacionamento em relação à existência do outro. Ana procura transmitir valores para os filhos e o cônjuge, como fazer memória de entes queridos que partiram desta vida, ou seja, ela mostra a saudade de um bem ausente que se foi, mas que se faz presente na afeição de certas pessoas que foram significativas na vida passada.

A maioria dos pacientes mostra sentimentos de união e amor, no ambiente familiar e, juntos, mantêm um espírito de cooperação e solidariedade, podendo propiciar melhor o enfrentamento do drama vivido. Também se encontra, nos discursos de alguns pacientes, uma certa desorganização familiar, ou seja, conflitos na relação entre o marido e a mulher, e aqui pode ser mencionado o que Stein (1999a) escreve, no livro: "A mulher: a sua missão segundo a natureza e a graça". Ela se refere à antropologia dual, aos aspectos ético-pedagógicos, confiando, aos profissionais e educadores o papel também de educar. Traz uma possibilidade de solução aos problemas de relacionamento que pode ser encontrada no terreno ético-religioso. A filósofa indica que a chave de compreensão para resolver esses problemas de relacionamento parte da origem, do pecado original, que seria a

[31] Ales Bello (2006, p.73), interpretando Stein, afirma que só seria comunidade quando as pessoas de dentro se respeitam, apresentam uma vida em comum, comunidade é "a união de pessoas consideradas singularmente, de modo que o contexto relacional possibilita sua realização...".

desordem no mundo e é, a partir desta, que nasce o conflito entre as relações familiares e, isso provavelmente, sucede para todas as outras gerações, como: mãe com a filha, depois desta futura mãe com a futura filha. Stein (1999a) orienta que o ideal seria a família ser sustentada por uma ética aberta à dimensão religiosa, caso contrário, poderia cair facilmente no "pecado original". Isso não quer dizer que quem está dentro de uma religião tenha a vida mais fácil para resolver os problemas, uma vez que o "mal" se apresenta para todos. Quando se tem religião, pode-se, mais conscientemente, viver a dimensão do perdão e do relacionamento de amor.

Nos relatos de alguns pacientes, podem-se observar atitudes, às vezes ásperas, ao mencionar um outro membro da família de um modo negativo e prejudicial para o seu relacionamento, quando deveria procurar viver visando ao bem do outro, principalmente pela tensão por existir um membro dentro da família que está com uma doença grave. Alguns discursos mostram desavenças familiares, como com Ana, Abraão e João. Ana e Abraão se enquadram naquilo que foi descrito por Stein como "pecado original", quer dizer, um querer dominar o outro na relação. Há o caso da mãe (Ana) com a filha, que demonstrou reações reativas instintivas com a mãe (doente de câncer), ou seja, uma falta de respeito. Aqui se percebe um conceito "contágio" visto por Stein (1999a), que é um ato que pode influenciar outras pessoas que estão em volta, podendo até suscitar estados patológicos. Diante do gesto da filha com a mãe, o que parece ocorrer é aquela se aproveitar da "fragilidade" da mãe, devido aos seus interesses pessoais. Um exemplo claro disso é a filha negociar financeiramente com a mãe, ao ajudá-la na organização das atividades diárias. Nesse aspecto, a situação de família não é de comunidade, pois não apresenta uma vida em comum (que abrange a educação dos filhos) e não possibilita a realização dos membros, sendo que cada um vive de modo individual e voltado para suas próprias finalidades egoísticas.

Uma outra situação é a de João quando reconta uma situação vivida com a esposa. Expressa com tom irônico e com autoritarismo que a esposa deveria ficar "calada" e, não deveria ter dito ao médico que ele estava consumindo bebida alcoólica. Aqui se pode compreender que a esposa agiu com juízo de valor, a sua atitude serviu para fazer o bem para o seu marido (paciente), mas este não se mostrou aberto para aceitar a sugestão, o que poderia ter-lhe propiciado maior crescimento pessoal. O gesto da cônjuge sinalizou valor, cuidado, preocupação com o outro, mas parece que feriu a masculinidade do marido, que se recusou em

aceitar o conselho recebido da mulher. Mostrou certa arrogância masculina, subestimando a mulher na sua autoridade e valor humano.

Apesar de algumas famílias apresentarem conflitos nos relacionamentos entre eles, a maioria dos pacientes refere ter recebido apoio, solidariedade e amor da comunidade familiar.

Stein (1999a) destaca que o amor é um sentimento espiritual que induz quem o sente a atuar de maneira a realizar o outro, caso contrário é o ódio que, como foi visto anteriormente, pode levar à destruição.

Pode-se perceber que os pacientes com câncer não expressam diretamente a palavra amor, mas esta parece estar escondida nos gestos de humanidade deles, como, por exemplo: a atenção e o carinho manifestos em relação aos seus familiares.

Resumindo, os pacientes mostram a vivência com a sua família e atribuem sentido a essa vivência a cada instante. Desse modo, parecem estar se apoiando na dimensão espiritual, pois, além de fazer uma avaliação intelectual, mostram vontade de estar com o outro e, antes de tomar atitude, olham para sua experiência (dentro de si mesmos). Stein descreve os três atos de fé vividos que são: amor (sentir), conhecimento (pensar) e ação (fazer) que fazem parte dessa dimensão espiritual, se concretizam na harmonia da vida moral e se realizam nas pessoas na comunidade. Dessa forma, os pacientes apresentam sua exigência de amor, de verdade, e buscam nos relacionamentos com os outros o desejo de serem amados e aceitos como são.

4 O relacionamento do paciente com câncer com os outros (amigos e profissionais de saúde)

Esta temática a que agora me refiro é a experiência do paciente com câncer ao se relacionar com os amigos e com os profissionais de saúde. De acordo com as ideias de Stein (1999b), é importante o relacionamento da pessoa com a sua realidade, pela sua capacidade de identificar o significado dos valores objetivos e transmiti-los ao seu mundo cultural, na sua tomada de posição referente aos outros em relação a si, nutrindo todo o dinamismo vivencial das pessoas através de seus propósitos, dos seus atos livres. Por meio disso, é possível conhecer verdadeiramente alguém (observar a si e o outro em ação).

Para Ales Bello (2007), as pessoas são seres de movimentos, de relações sociais e o núcleo delas é imutável, mas impõe a sua própria evolução no seu

percurso vivido. Ao se relacionar com outra pessoa, inicia-se uma observação exterior, porém esta não é uma experiência de base e se funde com a percepção da sua interioridade, quer dizer, a pessoa ao se colocar consciente do seu eu, não somente corpo vivente, meio de seu aprimoramento, mas ao vivenciar a totalidade do seu eu corpóreo-psíquico-espiritual, ela pode viver o seu centro, desenvolvendo sua personalidade e assumindo uma existência autêntica.

Nesta visão, a maioria dos pacientes menciona a importância de ter amigos, fazer parte de redes sociais que contribuem para eles lidarem com a situação. Para Stein (1999b), como já foi dito anteriormente, o psíquico é o lugar dos impulsos, das pulsões, que serão elaborados e organizados pela dimensão espiritual em processos vividos pela pessoa e pela comunidade, sendo que esta também ajuda na formação pessoal. Cada um se constrói por meio do enfrentamento das diversidades que vêm ao encontro de si e, dialogando com cada experiência vivida, está se utilizando das atividades espirituais (inteligência, vontade, ação).

A alma inferior (psique) do ser humano, as primeiras reações do comportamento dos seres humanos, assim como dos animais, são psíquicas, como: prazer ou desprazer, atração ou repulsão. Essas vivências "acontecem" passivamente em cada um, desse modo, são importantes esses atos, pois podem gerar amor ou ódio. Aqui entra a parte espiritual, quando a pessoa pode tomar posição consciente numa direção ou numa outra. Ales Bello (2007) refere que o amor para Stein só é considerado um fato espiritual (valor) quando se é aberto ao outro, desejando (a esse outro) o desenvolvimento e crescimento de suas capacidades, enfim, o seu bem-estar em todos os âmbitos. A autora ainda coloca que, para fazer isso deve ter um querer e a própria vontade pode ser compreendida como exercício das capacidades humanas de propiciar novas situações. Isso é um ato espiritual que manifesta a liberdade da pessoa.

A partir desses pensamentos de Stein, os pacientes com câncer procuram outros ambientes em que possam falar de suas dificuldades, dúvidas e sentimentos vividos com a situação. João, Paulo e Pedro mostram ser importante partilhar a vida com amigos, com pessoas de referência de comunidade religiosa e de outros lugares, como vizinhos, e com as pessoas do ambiente hospitalar. Valorizam receber a visita destas pessoas, bem como um gesto de atenção e orientações delas. Estas pessoas costumam expressar algumas palavras de conforto, como por exemplo: ter paciência, e se for preciso fazer o tratamento que será para o bem. Para Letícia, João e Paulo não foram positivos os diálogos com os outros pacientes, fazendo com que tivessem mais medo e dúvidas ao receber muitas informações das experiências

vividas desses outros pacientes em tratamento na sala de espera. Pode-se também observar nos discursos de João, Paulo e Pedro solidariedade, apoio e compreensão para com os outros pacientes em tratamento. E ainda, que eles, mesmo diante de suas angústias, procuram compartilhar as suas experiências de modo a ajudá-los, bem como em transmitir a eles suas "informações" (conhecimentos) sobre determinadas situações, pelas quais já passaram, ao colega que vai iniciar a quimioterapia.

Com referência ao apoio que recebem dos profissionais, alguns compartilham seus anseios e sentem-se apoiados no relacionamento com os médicos, com a enfermagem e com a psicóloga.

Stein (2000b) ressalta que as pessoas devem procurar comunidades e/ou pessoas de sustentação. Então, os resultados da pesquisa mostram o quanto é importante para os pacientes com câncer, assim como para os seus familiares, que tenham alguém de referência além de si, para que possam se abrir e falar sobre o que pensam e sentem sobre as suas experiências vividas com a doença permeadas pelo sofrimento.

5 Religiosidade

O tema essencial do estudo é o significado da religiosidade para os pacientes com câncer que apresentamos neste momento, mas que aparece durante todo o discurso dos pacientes com câncer. Eles assumem que estão doentes, mas estão se tratando e todos eles esperam ser curados. Querendo ou não, o câncer mobiliza todas as dimensões do ser humano. Cada paciente, com liberdade e responsabilidade, busca modos de "resolução" de sua doença. Mas, por que buscam a religião para isso? Para reintegrar a pessoa na sua totalidade, para unir o sentimento, a inteligência e a vontade no agir, para ter mais interesse em si mesmo e ter mais controle da própria vida. Está sempre em jogo a totalidade do ser humano e do mundo.

Ao tratar da identidade pessoal na dinâmica da estrutura do ser humano, percebemos que cada pessoa manifesta diferentes características e atitudes, no que se refere ao gênero masculino e o feminino, no seu relacionamento entre as diferentes dimensões e, também, na vivência religiosa isso ocorre. Há os que acreditam experimentar uma graça divina, enquanto outros podem se sentir acompanhados por um espírito protetor (de uma pessoa ou Santo). Isso se chama motivação, que pode influenciar tanto a vida psíquica como a vida espiritual da

pessoa que pode, também, ser alimentada pelos valores das outras pessoas, o que possibilita no encontro com o Outro, uma mobilização e uma atualização de tornar-se mais humano (Stein, 2000b).

Foi percebido, no presente estudo, que a maioria dos pacientes com câncer busca alguém ou algo em quem se apoiar e acreditar, independentemente da religião que professam. Alguns mostram que puderam viver na vida transformações de valores que ainda não tinham sido vividos e nem experimentados, e passam a agir através destes. Eles procuram viver consigo de um modo mais verdadeiro e justo. Assim também procuram transmitir as suas experiências, crenças e valores aos outros familiares que estimam.

Foram mostrados, no capítulo 5, quais são os tipos de vivência religiosa, e que o sentido religioso e o conhecimento natural de Deus representam o lugar (interno) que possibilita um encontro da pessoa para reconhecer o sentido da realidade e o mistério nela presentes, os organiza e atribui significado.

Não se trata aqui de uma vivência passiva das pessoas doentes, mas, estas, no geral, tomam decisões frente às circunstâncias, ao se lançar no mundo de maneira aberta a si, ao outro, à experiência de Deus, ou seja, a Algo encontrado que percebe diferente de si mesmo.

A experiência religiosa[32] mencionada na pesquisa com os pacientes com câncer se mostra no ambiente hospitalar, mas continua ao longo da vida deles e em todos os lugares. Todo homem tem dentro de si o sentido religioso, e ao estar aberto a este sentido busca, através das experiências vividas, tornar-se mais consciente de si mesmo. Por isso, parece que no seu caminho vital as pessoas buscam algo superior (Deus) que podem ajudá-las a superar a si mesmas e, assim, manifestam o desejo de transcender uma situação dramática. Assim mostram Jair, Edmar, Abraão e Paulo: a salvação se apresentou por meio de um câncer querendo dizer algo para o paciente. Poucos perceberam a situação concreta como um mistério de Deus e vivem, de fato, a experiência de sofrimento e dor. Estes que vivem a experiência observam que a doença foi dada, veem que algo misterioso aconteceu, e veio no caminho para fazê-los ser uma pessoa melhor.

O ser humano é limitado e busca algo que o transcende, e esta transcendência está na própria pessoa. Então, ao apresentar-se a possibilidade do ilimitado dentro de cada um (Deus), isto já é uma corrente de consciência. Stein

[32] Ales Bello (2006a) explica que a experiência religiosa é uma experiência de viver algo superior que supera a si mesmo, e que pode estar presente em alguns momentos especiais da existência.

(2001) apresenta claramente no livro *Introdução à filosofia* que a unidade da pessoa se manifesta através da força vital espiritual, no âmbito das vivências:

> (...) Esta confiança que nos faz supor que a nossa vida tem um sentido mesmo que um intelecto humano não seja em grau de decifrá-lo, se faz conhecer a sua sabedoria. E a confiança que este seja um sentido de salvação que tudo, mesmo as coisas mais duras ocorrem para nossa salvação... Quando os seres humanos o recusam que não conhece em absoluto alguma infâmia, tudo isto nos mostra a sua suprema bondade conosco (STEIN, 2001, p.222-223).

Deste modo, alguns pacientes mostram realizar a experiência religiosa de modo mais intenso do que outros. Buscam atribuir sentido às situações experienciadas. Eles manifestam viver uma experiência religiosa ao olharem para si mesmos em constante movimento, e não em fazer brilhantes raciocínios. Então, a maioria dos pacientes percebe que existe Algo para além de si mesmos, ainda que não expresse constantemente palavras que tragam Deus, ou outros Santos, ou vá frequentemente à igreja, ou local sagrado para que ocorra a experiência religiosa.

Concluindo, os pacientes com câncer manifestam buscar viver a religião, somente no presente que buscam serem salvos. Assim, mostram que o sentido da religião na vida deles é de ajuda para enfrentar o momento atual do câncer e o seu tratamento. Em nenhum momento foi apresentada por eles a preocupação a respeito de buscar a "salvação" no futuro, através de perguntas como: como será a vida (eterna) após a morte? Serei salvo? Vou para o paraíso? Se eles acreditam que tem vida depois da morte, como é? Não foram apresentadas questões assim. O tema salvação é uma questão difícil de falar, na cultura brasileira.

O tema da fé[33] em Deus, como os pacientes buscam? A busca do ser por um sentido, a procura por Deus (dentro de cada pessoa), perpassa o ser de cada um, e é o que faz com que cada ser seja mais si mesmo. O sentido da vida que se apresenta para os pacientes é a esperança de ser curado e continuar a viver o presente (no lugar que habita, com seus familiares). Ë esse sentido que se manifesta em suas atitudes em relação a si mesmo e ao mundo.

Ressaltamos que, no geral, os pacientes com câncer buscam a fé em Deus, através da Nossa Senhora Aparecida (a mãe e Padroeira do Brasil) que se mostra

[33] Stein (2002) afirma que a fé é o ponto de partida e a finalidade do ser humano. A expressão teológica fé refere-se não somente à virtude (fides, qua creditur), mas ao objeto da fé, à verdade revelada (fides quae creditur) e, a viva atuação da virtude, o crer (crer), ou ao ato de crer.

presença significativa de sustento nesse momento de sofrimento para eles. Estes também rezavam e pediam a Deus e a Nossa Senhora para protegerem, iluminarem e guiarem os profissionais de saúde no trato com eles.

A maioria dos pacientes mostra o crescimento emocional e a aprendizagem com a vida nessa condição de sofrimento e possibilidade de morte. Edmar retira da experiência uma bonita lição filosófica: "viver é sempre uma lição de vida". Uma outra fala significativa (reflexiva) foi de Abraão que diz: "O Senhor morreu por nós na Cruz... se Ele me deu esse sofrimento é porque sou capaz de suportá-lo". Abraão atribui um sentido à experiência que está vivendo com sua enfermidade. Reflete com Deus (pessoal) dentro de si mesmo, dando uma resposta (juízo) informando que tem condição de suportar (o sofrimento). Volta para o seu interior, vê o seu limite humano, a sua impotência e refere que aprendeu algo de positivo com a experiência vivida.

Stein (1999b) adverte que tal situação depende não apenas de ter uma consciência crente, mas, é necessário, ao mesmo tempo, possuir características e ações concretas nos quais a pessoa acredita e se apoia. Nesta linha de pensamento de Stein, mesmo quando os pacientes com câncer em tratamento, ainda não têm a certeza absoluta que serão curados, eles acreditam que ficarão "bons". Eles se apoiam e se sustentam nesse sentido, que pode ser uma possibilidade real e muitos se sentem confortados com a presença de Deus, que os ajudará.

Todos os pacientes falam da importância de buscar fé em Deus, no momento que se tem uma doença grave. Pode-se perceber, em alguns pacientes, que a experiência de adoecimento serviu para fortalecer a fé e a esperança, no presente vivido, em algo superior - Deus - como se dando conta de que a vida não dependesse apenas de si mesmos. João aprendeu que não somos nada na vida, e que se deve viver bem com cada pessoa, mesmo com aqueles dos quais se recebem críticas e ofensas. Essas críticas pareceram uma provocação a ele, mas ele procurou agir com sensatez e tenacidade diante disso. Em apenas alguns pacientes, pudemos perceber que vivenciam em profundidade a experiência de ter um câncer, doença que traz sofrimentos, mas também se apresenta como mistério que pôde trazer alegria. Alguns reconhecem esse mistério e se sentem mais vivos do que nunca, uma vez que acreditam que tal experiência pode favorecer o crescimento humano e trazer paz ao coração por terem vivido, de fato, uma situação de sofrimento intenso.

8.2 Reflexões sobre o Discurso dos Profissionais de Saúde à Luz de Stein

A análise fenomenológica visa a compreender as vivências dos profissionais (dentista, médicos: residentes e contratados, enfermeira, auxiliar de enfermagem, psicóloga) no relacionamento com seus pacientes com câncer. Sabendo que a Oncologia é uma área que lida com o sofrimento e com a morte, num ambiente sempre cheio de tensões e emoções, o pesquisador procura apreender e compreender, através da empatia, as vivências destes colaboradores, em sua essência e com suas características. Busca (o pesquisador) chegar ao sentido tal como atribuído às experiências vividas por esses profissionais. Iniciamos a análise de seus discursos através dos recortes apresentados anteriormente (capítulo 7), de onde emergiram os seguintes núcleos tipológicos significativos à luz da filosofia fenomenológica de Stein:

1 Identidade pessoal: pessoa e formação profissional

2 O relacionamento empático dos profissionais de saúde com seus pacientes com câncer

3 Os profissionais de saúde diante da morte de seu paciente

4 Os profissionais significam a fé e da religiosidade dos pacientes com câncer

1 Identidade pessoal: pessoa e formação profissional

Como psicóloga, nos apropriamos da contribuição de Stein no livro "Psicologia e scienze dello spirito" (1999b) que trata da psicologia fenomenológica e apresenta a alma humana em sua natureza tridimensional: espiritual, psíquica e física. Cada vivência empírica possibilita, à própria pessoa, também, de modo consciente, perceber as suas características estruturais: como apreende e compartilha as coisas com as outras pessoas.

A filósofa deixa bem fundamentada sua contribuição ao se referir ao ser humano, não se limitando apenas a um desenvolvimento completo do corpóreo e do psicológico, mas mostrando a possibilidade de atuar de sua capacidade do espírito. A pessoa, na sua corporeidade, apresenta qualidades psíquicas e espirituais, examinando um horizonte de possibilidades e limites que oferecem probabilidade de mudança e desenvolvimento pessoal. O esforço da pessoa em sempre buscar ser e fazer algo mais, é infinito. Nada e ninguém podem ser capazes de limitar a pessoa frente às possibilidades oferecidas pelo mundo, que se abre a ela e lhe permite fazer

uma atualização e crescimento pessoal e profissional. É esse dinamismo que possibilita a cada indivíduo tornar-se mais si mesmo.

Stein (1999b, p.49) menciona a temporalidade da pessoa, mostrando que a vivência do passado também faz parte do eu que permanece no futuro, e que possibilita perceber o renascer da vida em si a cada momento, pois esta carrega consigo uma história vivida e reelaborada em cada instante.

Dentro desta visão, todos os profissionais de saúde refletem sobre suas trajetórias profissionais vividas dentro da Oncologia. Cada um se percebe em ação e, a partir disso, compartilha suas dificuldades e sentimentos experienciados. Os profissionais de saúde trazem consigo a bagagem da experiência pessoal e profissional, o que aprenderam com o passar dos anos de trabalho vivido na Oncologia e com os conhecimentos que cada um elaborou partindo das próprias reflexões.

Deste modo, nesta linha de pensamento de Stein, pode-se dizer que todos os profissionais de saúde apresentam vivências de recordação, de acontecimentos de sentimentos, de reflexões e trazem as razões que os levaram a escolher o trabalho específico da Oncologia. Todos eles, antes de decidirem a profissão, passaram por um desejo de conhecer e uma motivação pessoal. Para eles, nesta área, sentiam que poderiam ajudar alguém que realmente precisasse de sua tarefa e poderiam caminhar junto a esse paciente durante todo o longo percurso de tratamento.

Stein (2000a) descreve que a existência da pessoa é aberta em direção ao interior para si mesmo, mas é, também, voltada em direção ao exterior que pode abranger em si o mundo. A pessoa ao voltar-se para si faz experiência de si mesma, reconhece suas necessidades, mas, entrelaçando essa vivência do ser seu com o exterior, com outros seres humanos, em seus diferentes grupos sociais, se posiciona diante destes, pois organiza suas sensações e impressões vivenciadas ao estar diante da realidade, podendo se envolver ativamente no seu processo pessoal e atribuindo simultaneamente uma meta para suas ações.

Pode-se dizer que toda a trilogia da pessoa (espiritual, psíquica e física) está predisposta a este processo de desenvolvimento, pois a pessoa somente pode se tornar algo que já tem marcado em seu ser pessoal. Ao experimentar em si o mundo externo, a pessoa é influenciada e formada pelo ambiente cultural e se encontra na possibilidade de mudar a direção desse ambiente formador (MAHFOUD, 2005).

Stein (1999a) esclarece o que quer dizer com formação:

> Não é uma posse externa de conhecimentos e sim, a forma que a personalidade humana assume sob a influência de múltiplas forças vindas de fora, ou então o processo dessa moldagem. O material a ser moldado é constituído de um lado pelas aptidões físicas e psíquicas com que o ser humano nasce pelo material que lhe é constantemente acrescentado de fora, e que deve ser assimilado pelo organismo. O corpo retira esse material do mundo físico, a alma do ambiente espiritual, do mundo das pessoas, e dos bens de que deve alimentar-se. (STEIN, 1999a, p.137). conferir

Mafhoud (2007, p.109) interpretando Stein diz que não se trata, apenas, de perceber o que está acontecendo no momento, mas, também, de compreender que "eu sou" (pessoa). Não somente que sou de um modo ou de outro, mas que "eu sou" e que isso se dá pela predisposição originária do caráter, ou seja, a essência da pessoa, onde está o centro da personalidade, que parte de sua origem e se manifesta no processo de desenvolvimento. Este se realiza com seu próprio ser, não se limitando somente às suas características, como por exemplo, se tornar mais inteligente, mais equilibrada e harmônica a sua relação com as pessoas. Pode, sim, desenvolver essas potencialidades, mas nada disso teria sentido se não lhe ajudasse a ser mais si mesmo (STEIN, 2001; 2003).

Nesta visão, os profissionais de saúde mostram conhecimento de que o paciente oncológico é especial e complexo, tem suas necessidades particulares. Eles verbalizam a fadiga da circunstância vivida com o enfermo, mas é somente passando por ela que se constrói a si mesmo como profissional. Assim, também o profissional de saúde sente, em seu paciente, a garra e o grande desejo de viver. Estes valores são transmitidos ao outro espontaneamente, em cada atendimento profissional e, desse modo, podem ambos viver momentos ricos de possibilidades, de aprendizagem e crescimento.

Todos os profissionais mencionam a importância de estar trabalhando dentro de um centro especializado e se completarem em suas áreas para atender melhor os pacientes e a família em seus diferentes âmbitos de necessidades. Para eles, em primeiro lugar, é principalmente o tratamento médico, que outras áreas afins complementam, como no atendimento psicológico.

Todos esses profissionais mostram desempenhar seu papel do melhor modo possível. A Dra Izabel (médica) fala que não se pode afirmar cientificamente que a imunidade do paciente varia com o seu estado psicológico, mas acredita que quando o paciente está bem e algo negativo acontece em sua vida, a imunidade cai e, este não é capaz de controlar seus sentimentos e percebe-se a somatização. Nesse momento, encaminha seu paciente para o serviço de psicologia.

2 A empatia dos profissionais de saúde em relação aos seus pacientes com câncer

Stein explica que o ato da percepção está atrelado ao ato específico da empatia. Esta operação é anterior ao refletir e ao elaborar a vivência. Empatia é captar o outro como sendo um "eu" como o do próprio sujeito que capta um *alter ego* que colhe o outro na intersubjetividade (GHIGI, 2009).

Sobre isso, escreve esta autora que é importante esclarecer bem o que é empatia ou intropatia referente à análise fenomenológica. A expressão empatia é usada frequentemente quando se fica no lugar do outro, ou seja, viver a experiência do outro, não a distinguindo entre estrutura e conteúdo das experiências vividas. Ales Bello (2006a) distingue que o ato empático, no sentido steiniano é a possibilidade de reconhecer a vivência compartilhada pelas pessoas sem perguntar ao outro o que sente. Já se capta precedentemente, antes de dizer qualquer coisa, justamente por causa da estrutura universal do ser humano. Entretanto, o conteúdo daquilo que é a coisa vivida é individual (pertence ao mundo de cada um).

Neste caso, o profissional de saúde tem a experiência de captar os sentimentos e as emoções que o outro está vivenciando dentro de si, e o sentir do pesquisador se dá nesta codivisão que também, naquele momento, se torna parte da sua experiência. O sentir do outro não me pertence. Por exemplo, ao recordar os relatos desses profissionais de saúde retomamos algo que não é nosso e, consequentemente, nos transcende e buscamos compreendê-los dentro de seu mundo-vida naquela circunstância vivida.

A maioria dos médicos diz que todos os enfermos, no fundo, sabem que estão no ambulatório fazendo um tratamento oncológico, pois estão vendo sempre escrito palavras do tipo: "radioterapia", "oncologia" (...) não têm como negar a realidade. Para Dr. Paulo, para realizar melhor um atendimento é preciso centrar a atenção na pessoa do paciente e não no problema que este traz junto com a doença. Ele disse: "tem que ficar ao lado do paciente, com o paciente, mas com o pé no chão". Com o passar do tempo, forma-se um maior vínculo entre eles, ficando cada vez mais difícil controlar os sentimentos que emergem. Também Dr. João fala que é necessário ter um distanciamento para realizar o tratamento, sem ficar indiferente ao paciente. Dr. João responde que, "humanamente falando é impossível se envolver com todos eles, é contra producente", pois se isso acontecesse não teria a possibilidade de fazer o que precisa. Percebe-se que o médico realmente precisa manter uma certa distância para observar, pensar e agir, lembrando, porém, que

uma aproximação humana com seu paciente é sempre necessária e traz tranquilidade formando um vínculo positivo com ele.

Já é uma tarefa cansativa e dura para os médicos lidar com o sofrimento humano do outro, e compreende-se que eles se sintam exaustos por atender um grande número de pacientes em um curto período de tempo. Percebe-se que é uma experiência desumana para estes profissionais (médicos).

Stein (1999b) mostra algo fundamental no relacionamento humano, partindo da educação. É necessário voltar a atenção totalmente para o outro, e não somente escutá-lo, pois o ser humano é um ser encarnado (se torna vivo para o outro em corpo e alma). Tudo o que a autora diz sobre a "pessoa da educação" cabe para o atendimento na saúde. Só se pode escutar o outro se a mente da pessoa (terapeuta ou outro profissional de saúde) está plenamente quieta (em silêncio consigo mesmo).

Stein (2000b) afirma, ainda, que as pessoas apresentam uma dinâmica na liberdade da vida espiritual, pois os atos não estão um ao lado do outro, sem relação, mas estão submetidos às leis da razão, sendo este ato chamado "motivação", o princípio que dirige os atos do espírito. Retomamos, aqui, o conceito de espírito para Stein (2000b, p. 127): é o "conjunto da razão, conhecimento e vontade que estão em uma relação recíproca de dependência". Para autora a vontade se desdobra pelo meio espiritual, através das três facetas essenciais de todo ser humano: sentir, querer e conhecer que ocorrem em qualquer circunstância em que está vivendo. Estas três facetas ocorrem ao mesmo tempo num único ato, e se o outro está aberto, esse sentir é uma forma de conhecer. O sentir torna-se transcendente para o próprio sujeito e é sempre para este abrir-se para algo mais além dele próprio. Querer é produzir uma tensão que coloca a pessoa numa direção que é movida pela vontade.

Desse modo, o profissional de saúde ao interagir com seu paciente está vivenciando também o si mesmo. Tudo de que ele participa e vive com o outro, faz parte da experiência de si. Todos os profissionais de saúde manifestam suas percepções e sentimentos ao lidar com os seus pacientes com câncer e com a sua família. Expressam sentimentos em alguns momentos acompanhados de tristeza, medo e angústia e em outros momentos, de alegria, otimismo e esperança quando o enfermo reage bem.

Somente por meio da empatia, é possível criar um mundo intersubjetivo, cujas vivências contribuem para o desenvolvimento pessoal dos envolvidos, do ponto de vista espiritual e cultural (ALES BELLO, 2006a). Ao falar de cultura,

quando se trata de profissionais do sexo feminino, estas têm consigo dons que as privilegiam no relacionamento, diferentes dos profissionais masculinos. Por exemplo: a mulher normalmente tem espírito de cooperação e cuidado com o outro, enquanto o homem tem o vigor e a determinação para realizar uma determinada tarefa.

A estudiosa Garcia (1988) apresenta em seu livro "Edith Stein e a formação da pessoa humana" que a tarefa formativa procura orientar a mulher através de si mesma, guiando os seus dons para um ideal feminino e, por isso, é necessário que a força primordial, o sentimento, seja bem orientado para essa mulher ter abertura aos valores, principalmente os espirituais. Resumindo, para educar o sentimento é preciso uma estrada (caminho) para formá-lo e somente depois é possível discernir e fazer uma hierarquia de valores essenciais a seguir e, assim, se pode conhecer a si mesmo e ao outro.

Os conceitos da antropologia dual que Stein aplicou no estudo sobre a formação de professores e alunos podem ser aplicados, também, na clínica, pois quando o profissional tem maturidade e conhecimento de seus sentimentos e emoções pessoais, pode estar com seu paciente e experimentar dentro de si o ser do outro cheio de sofrimento e angústia que, neste processo, se doa para o profissional de saúde, assim como para o pesquisador do presente estudo que, quando realiza a entrevista, naquele momento se torna parte da experiência.

Sueli (enfermeira) e Maria (dentista) são as profissionais mulheres que mostram maior sensibilidade em perceber as necessidades de seus pacientes. Expressam também maior humanidade ao relatar os diálogos com seus pacientes ao transmitir atenção e amor no trato com seus pacientes. Elas percebem que, às vezes, estes pacientes sentem maior liberdade e afinidade em fazer perguntas para um profissional do que para o outro, talvez por passarem maior tempo juntos. Estas dizem que procuram esclarecer ao enfermo, dentro do possível, em que podem ajudá-los, ou pelo menos orientá-los e/ou encaminhá-los no que deve ser feito. Segundo elas, os pacientes dizem que não compreendem a linguagem médica e o tempo da consulta também é curto. Os pacientes as têm como ponto de referência, de confiança para poderem compartilhar determinados sentimentos que são difíceis de controlar sozinhos, como a angústia e tudo aquilo que os incomoda.

Garcia (1988) refere que Stein apresentava a solidariedade com o seu povo, como se lê num trecho de "Ser finito e Ser Eterno":

> Cada homem é membro de um todo, que se realiza como unidade vital e que não pode desenvolver-se a não ser no conjunto vital constituído pelo todo com a participação dos outros membros. Não somente as leis vitais da reprodução, da conservação, da divisão do trabalho desempenham um papel na constituição das necessidades vitais que são comuns ao homem aos seres inferiores viventes, mas também as leis da vida espiritual. Todas as produções do espírito humano se convertem em bem comum da humanidade para servir de alimento às almas das gerações atuais e futuras, como as regras de vida que tem um poder de orientação e de força informadora: por sua natureza espiritual, a humanidade está orientada para uma vida de Sociedade que a eleva acima dos limites do tempo e do espaço (...) Garcia (1988, p.115).

O ser humano só se realiza ao encontrar com os outros seres humanos que podem ajudar a desenvolver e aprimorar outras pessoas. No caso, o profissional ao se relacionar com o outro - o paciente, inicia uma observação exterior e, ao se colocar consciente do seu eu, não somente como corpo vivente, instrumento de sua realização, mas experienciando a totalidade do seu eu corpóreo-psíquico-espiritual, pode viver o seu centro, aprimorando sua personalidade e assumindo uma existência autêntica com o seu paciente.

Neste estudo, a maioria dos profissionais mostra usar o juízo adequado para executar as suas ações, como, por exemplo, procurar estar perto do paciente, como gesto de amor, além de ser dever social para com ele. Concluímos que o profissional, ao se sentir motivado interiormente, no relacionamento com o paciente numa postura de amor e de cuidado, vai além da preocupação física de como está reagindo o enfermo ao tratamento.

3 Os profissionais de saúde diante da morte de seu paciente

Neste estudo, o conceito de sujeito, tem o significado de estrutura essencial pura, ou seja, tem vivências de percepção, de memória e de impulsos. Tudo isso é comum a todo ser humano, é a experiência subjetiva. Quando a pessoa observa a si mesmo no momento em que está fazendo determinada ação com consciência, está atribuindo um sentido ao que experiencia. Segundo Ales Bello (2004a), é a partir destas estruturas próprias de cada ser humano que se pode compartilhar as experiências vividas com os outros seres viventes. Então, como foi visto anteriormente que a pessoa pode “sentir”, perceber o que o outro vive, mas não pode jamais experimentar o sentimento igual ao do outro.

Partindo destas ideias de Ales Bello (2000; 2004a; 2006a; 2009), apropriando-as na área de Saúde pode-se fazer alguns questionamentos: como é feito o ser humano na sua estrutura tridimensional? Como se pode apreender a evidência daquilo que se vê e se vive? Como se pode compreender o outro (doente com câncer) na sua dimensão espiritual? Lidar com o problema humano de fato é muito complexo. A autora acrescenta que o alter-ego não poderia vir apenas do plano da lógica, mas através da reciprocidade de um diálogo empático que deve estar sempre presente para o profissional. A pessoa é muito mais do que apenas sujeito porque há um *geist* (espírito) que permite relacionar-se com outros seres semelhantes. Segundo Stein, interpretado por Ghigi (2009, p.66):

> o ser espiritual é definivel como um emergir de si mesmo, uma abertura em uma dupla direção, uma voltada ao mundo objetivo, que é experienciado, e outra, em direção à subjetividade estranha, o espírito do estranho, junto à qual se experiencia e se vive.

Após ter refletido sobre os ensinamentos de Stein para o nosso estudo, inicia-se a análise das vivências de profissionais de saúde que mostram dificuldade de lidar, em seu cotidiano, com a dor e a angústia de morte de seu paciente com câncer com metástase e/ou em fase "terminal". Eles relatam a dura batalha vencida, cotidianamente, no ambulatório oncológico. Assim, pode-se observar que Dra. Maria (dentista), Dra. Izabel (cirurgiã oncológica) e Dr. João (radioterapeuta). Já Dra. Izabel e Dr. João relatam que quando chegam nesta situação refletem com os pacientes se desejam permanecer em casa ou continuar vindo ao hospital para os cuidados paliativos. Ela procura incentivá-los a se tratarem e viverem a vida com intensidade, pois o tempo não volta atrás. Uma outra experiência é a do Dr. João que inicia com o ditado da oncologia "curar às vezes, aliviar frequentemente, reconfortar sempre". Esses profissionais relatam que desejam, de fato, curar seus pacientes, mas, se isso não é possível, buscam aliviar a dor e/ou os sintomas do câncer, e procuram confortá-los até o fim da vida, oferecendo um cuidado para mantê-la com qualidade.

Ghigi (2009) traz um outro conceito importante do indivíduo é o processo de valorização onde se forma o espírito e a personalidade de uma comunidade. É um lugar onde vive a pessoa (singular) em um determinado ambiente "junto" com os outros e, ao analisar a "estrutura" desta individualidade observa que esta se caracteriza como uma dimensão tríplice. Quando a pessoa toma posição diante das

circunstâncias se envolve na sua tríplice estrutura, ela enriquece sua personalidade e sua vida espiritual.

Frente às ideias de Stein, a psico-oncologista expressa sua experiência diante da morte de seus pacientes e mostra certa distância para se proteger também da angústia e do sofrimento de seu paciente frente à situação "terminal". Ela disse: "nós, por termos certo conhecimento da área, devemos ter uma linguagem de conformismo com o paciente e o familiar. E isso toca muito..." Neste discurso, pudemos perceber a dificuldade desse profissional de olhar humanamente e reconhecer a sua impotência de viver o relacionamento com seu paciente do melhor modo possível. É possível pensar em uma espiritualidade pessoal desenvolvida e organizada.

Stein (2000b) escreve que a alma inicia a crescer no próprio corpo vivente material aceito somente como um dado de fato, mas não é compreensível nem a partir da essência da matéria e nem daquela do espírito porque a consciência natural apresenta os seus limites e, somente através do viver a transcendência é possível a compreensão do que é incompreensível.

Sueli (enfermeira) expressam os seus limites e sua impotência diante da possibilidade de morte do paciente, e Dra. Maria e Sueli mostram que trabalhar na Oncologia não é fácil, pois se lida com a mutilação e às vezes a morte do paciente que acompanhou durante um longo período. Às vezes não sabem o que dizer a ele e, na sensatez destas profissionais, às vezes, não dizem nada. Estas profissionais procuram manter a tranquilidade e apenas estar ali presente diante de seu paciente, mesmo carregando a inquietude e impotência dentro de si. Expressam que, nesta circunstância vivida, não saber o que fazer diante da sua impotência, sendo este um sentimento comum vivido por todo profissional no ambiente hospitalar. Mesmo assim buscam transmitir a eles palavras de conforto e esperança, incentivam a lutarem e fazerem o melhor durante todo o processo.

4 Os profissionais significam a fé e a religiosidade dos pacientes com câncer

Como psicóloga, por que desejamos compreender como os profissionais significam a religião de seus pacientes com câncer e como são as vivências religiosas desses profissionais? Cada história ao ser escutada sempre parte de um ponto e, sempre, através do seu percurso deverá a pessoa chegar a si mesma. Aqui

não buscamos uma resposta casual ou utilizando esquemas prontos, mas partimos da experiência vivida pela equipe multiprofissional.

O ser humano procura sentido, vontade de significados em sua vida e a descoberta de sentido em uma vivência deveria ser um fator terapêutico central. O indivíduo ao ter consciência da sua limitação do conhecimento científico, no agir, jamais poderia medir plenamente qual é a melhor qualidade da vida de outro ser humano. Somente este sabe dar a resposta correta. A vida é um mistério infinito, cada sujeito é muito mais que o seu próprio limite, tem um núcleo que pode sempre se desenvolver e crescer. Não conta para ele o julgamento com que o outro o mede.

Aqui, neste estudo, tanto o profissional de saúde como o paciente são protagonistas de suas vidas, têm consciência de sua própria experiência vivida, atribuindo juízo e critério nas suas escolhas. A maioria dos profissionais mostra não somente um atendimento científico (técnico) com seu paciente, mas também afetivo, ajudando-o a pensar, refletir, avaliar e fazer um juízo verdadeiro da sua situação, que pode parecer difícil se for olhada só por ele. Eles (profissionais) percebem que o paciente precisa do cuidado da equipe multiprofissional, uma vez que sua vida pode estar em jogo. Eles procuram olhar para a totalidade de seu paciente, mas às vezes expressam dificuldade de compreensão para com eles. Dr. João, Dra Izabel e a enfermeira Sueli relatam seus diálogos de dificuldades em estabelecerem certos vínculos com os pacientes que participam de alguma religião radical, como, por exemplo, Testemunhas de Jeová, ou outras seitas evangélicas. Quando não há abertura para a formação do vínculo, os profissionais se queixam da falta de colaboração, de adesão e de participação dos pacientes nas orientações necessárias para um bom andamento do tratamento. Diante disso, os profissionais manifestam sentimento de tristeza, parecendo sentirem-se frustrados em seu papel a ser desempenhado. Segundo os relatos de Dr. Paulo, da Dra Izabel e da enfermeira Sueli, estes pacientes são influenciados pelos discursos dos pastores das igrejas que frequentam. Estes dizem que serão curados apenas fazendo orações, que não precisam fazer o ambulatório oncológico. Para o paciente parece uma solução para seu problema, abandonar o tratamento sem fazer um juízo adequado da realidade.

Ales Bello (1998, p. 111) cita Van der Leuw (1992), grande pesquisador do fenômeno religioso, apresentando dados essenciais que podem ser úteis nesses casos. Este tratamento farmacológico com o médico. Isso vem acontecendo, algumas vezes, no autor sublinha que de “modo algum nenhuma religião é “acidental”, nem é uma experiência que pode acontecer ou não acontecer, podendo

ser referida a outra coisa, como por exemplo, as atitudes psicológicas...” Ainda que não se quer ela estará aí, mesmo que não se queira compreender a religião estará presente, é um fenômeno que não se pode negar.

Um fato importante é que Van der Leuw (1992) conseguiu fenomenologicamente, apreender e compreender os elementos principais em todas as religiões, o que estas tinham em comum, de variado e as suas características particulares nos modos de se proceder (as suas atitudes e as suas expressões). Então, não importa o movimento como se estabelece relação com esse Algo divino, por si mesmo cada religião apresenta a sua manifestação religiosa.

Concretamente, no caso desta pesquisa nenhum dos profissionais de saúde pôde ser considerado como ateu. A vivência religiosa de cada um deles vai variar conforme o modo de apreender sentido à vida e à morte, à doença e à saúde. Os que são convictos de suas religiões (menos da metade) dos profissionais acreditam na proteção divina. Têm na Palavra de Deus o sustento para suas ações e, no caso dos profissionais, tem uma disposição e motivação diferente para tratar com os doentes. Dentre os profissionais, Maria e Sueli são praticantes em suas igrejas, vivenciam a fé e sabem de seus deveres. Dr. João, apesar de se dizer católico, não frequenta a Igreja, mas acredita que a fé ajuda no caso da doença grave. Quase todos nasceram em famílias católicas, mas Dr. Paulo, Dr Rafael, Dra Paulina, Dr. Pedro, Dra Izabel e Dra Emilia, hoje, não frequentam nenhuma religião. Alguns profissionais dizem-se espiritualistas, um médico se diz budista e um Espírita. Esses acreditam nos valores humanos e experienciam uma “religião pessoal”. Eles expressam nas religiões os valores positivos que recebem os seus fiéis e estes procuram aprender vivê-los. Dr. Paulo diz que a religião é “uma experiência de ligação do homem com alguma coisa superior... de buscar uma harmonia com o universo... A religião é inerente a todo ser humano...”. Para esse médico, a religião pode se viver individualmente (sozinho), ou seja, ser autônomo nos seus atos, sem influência do pastor, do padre ou outra pessoa que seja para orientar a seguir a estrada da vida.

Stein (2000b) insiste em dizer que se pode viver a religião pessoalmente, mas é impossível uma espiritualidade que não esteja em comunidade, em relação com o outro, porque a vida não é feita por si mesma.

Callieri (2009) psiquiatra, grande estudioso da fenomenologia responde que, ao nascer, todo ser humano é dual (mãe-filho) até aproximadamente os 4-5 anos, depois ele se reconhece, identifica que tem um eu individual e torna-se singular. Então, primeiro vem o nós (dual) e somente depois vem o singular (indivíduo) que vai sendo formado de modo que vai pertencendo às diferentes comunidades ao

longo da vida. Então, a primeira comunidade vivida pelo sujeito é a intersubjetividade familiar, sendo essencial na formação humana, não sendo possível desenvolver o ser da pessoa apenas através de si mesmo.

É necessário que o homem busque viver o senso religioso de algo ou de alguma coisa - o mais abrangente e profundo sentido que possa encontrar, e esse sentido último é o religioso. O *homem religioso* busca poderes superiores (poder absoluto) para compreender e governar a sua vida. O homem sabe que é finito na temporalidade e na espacialidade e, por isso, procura Algo que o ultrapassa (ALES BELLO, 2004a).

Na presente pesquisa, um discurso que me chama atenção é de Dr. Rafael que diz "tenho muita fé no ser humano". Dra Izabel procura passar para seus alunos residentes (médicos) a sua espiritualidade, seus valores humanos ao olhar para os pacientes como seres humanos, que têm um nome, sobrenome e uma história de vida. Emília (psico-oncologista), Dr. Rafael e Dr. Paulo mostram "acreditar" nos milagres da Igreja, através de um "processo" que a pessoa conta passar, por meio do qual consegue mudar o modo de olhar as coisas, rever seus conceitos e seus comportamentos. Eles questionam estas coisas que seus pacientes dizem sobre a religião e percebem que estes se sentem motivados por ela, mas, para Dr. Rafael e Dr. Paulo, no fundo, esse é o verdadeiro sentido da religião. Dr. Paulo complementa que "não é ir apenas à missa, ou no Centro Espírita ou no terreno de Umbanda".

A maioria dos profissionais de saúde expressa que não tem interesse em saber quando os enfermos falam sobre religião e fé. Apenas os escutam e os apoiam, mas não os encorajam para isso. Foram relatadas por Dr. Rafael algumas experiências inexplicáveis cientificamente com seus pacientes com câncer em tratamento. Cita um exemplo de um paciente, em fase terminal terapêutica que não respondia mais a nenhum recurso e ele sobreviveu. A equipe médica fala que ainda não foi encontrada nenhuma explicação científica a que se possa realmente atribuir esse acontecimento, a não ser como um "milagre". Mas, Dr. Rafael acredita que foi Deus que operou, ou Nossa Senhora fez tal milagre, ele crê que tem Algo Superior que guia a sua vida.

Apresentamos a vivência de Dr. João, mesmo católico não praticante traz um relato cheio de humanidade sobre o que é a fé. Resumidamente diz que a fé é um suporte, um apoio para suportar a jornada sofrida, e o apoio espiritual é fundamental, como, por exemplo, apoio da família e dos amigos.

Dr. João ainda questiona: "o que é ser católico"? "É ir à missa todos os dias"? Ele disse que não vai quase nunca. Percebe que alguns vão para fazer o social, mas também têm aqueles que verdadeiramente vão à missa rezar. Ele se pergunta: "o que é ser religioso?" E responde: "é olhar para seu próximo, viver os valores humanos, respeitar e ter compaixão com o sofrimento do outro... ter uma atitude mais participativa na vida (do outro)...". A última reflexão feita por Dr. João foi "o que é compaixão?" Em suas palavras: "o significado é compartilhar a vida de Cristo... O que é a paixão de Cristo? É a vida. A vida não é um Calvário? Quando se compartilha dessa paixão com o outro, tenta-se fazer com que esse Calvário não seja tão pesado, ao invés de só Cristo carregar a cruz, ela ficaria menos pesada...".

Chegando ao fim da análise, mencionamos a religião do amor que é o Cristianismo. Ales Bello (1998) refere que para ter experiência religiosa é preciso partir da sua própria experiência, assim como esta faz. Menciona que não se pode jamais se destacar totalmente de seu condicionamento religioso e da sua cultura vivida. A característica essencial do Cristianismo é o amor. Então, ao se perceber a potência em uma figura específica, se pode crer na encarnação de Deus em forma humana, ou seja, apresenta aqui como figura. "Deus é essencialmente vontade, desce e dirige a salvação em si mesmo" (VAN DER LEEUW, 1992, p.505).

É o que acontece com Maria e Sueli, católicas praticantes que relatam suas experiências ocorridas no ambulatório de oncologia com emoção e paixão, ao realizar a profissão com fé. Sueli (enfermeira) disse: "tem hora que se tivesse sozinha não suportaria. Sei que o Senhor está comigo, Ele me ajuda muito. Tem hora que não sei o que acontece, mas sei que algo está guiando minhas ações". A Dra Maria (dentista) traz uma experiência que viveu um tempo atrás no Hospital C., com o médico da equipe que teve câncer. Ele não tinha fé em Deus e depois passou a ter fé e olhar diferente para o sofrimento de seus pacientes, com um modo mais "humano". De fato ocorreu uma transformação na vida desse professor. A religião é vivenciada por elas de um modo humano e verdadeiro. Essas profissionais rezam no próprio trabalho e pedem cotidianamente para serem fortalecidas em Deus e em Nossa Senhora Aparecida. Que sejam iluminadas e guiadas na vida, com fé e pedindo sempre a proteção Deles. Podem ser exemplo de modelo no trabalho, pois mostram vivê-lo com amor, ao se aproximar e se "jogar" por inteiro na relação com os pacientes e com os outros profissionais da equipe. Frente a isso, elas mostram um caminho no qual conseguem superar a jornada cotidiana na Oncologia e com alegria no rosto e esperança.

Pode-se dizer que, em todas as religiões relatadas pelos profissionais de saúde, pode haver um momento na vida de cada um deles que tenham vividos comportamentos e atitudes que se podem atribuir que são ateísticas, mesmo pertencendo a uma religião crente, isto não quer dizer que a pessoa se tornou ateia e descrente.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma doença grave como o câncer leva ao sofrimento, dor e tristeza que são sentimentos inerentes à condição humana e que atingem o homem através das adversidades e circunstâncias da sua existência. A partir desses sentimentos, pode nascer o desejo de o homem questionar o seu ser, a sua essência e, como ser transcendente, poder se lançar para além dos obstáculos, dos desafios e das perdas que o ameaçam. Ao tomar consciência de tais sentimentos, pode-se descobrir o sentido de cada acontecimento e, assim, realizar o enfrentamento da totalidade dos fatores presentes na sua realidade. Isto ocorre pela necessidade espiritual de cada um.

Os temas religiosidade e espiritualidade hoje são considerados atuais e importantes para esta época, pois ainda falta essa atenção na prática dos hospitais para os pacientes com câncer. Nas pesquisas, nesses últimos anos, vem aumentando o número de publicações indexadas sobre pacientes com câncer, profissionais de saúde, espiritualidade e religiosidade no Brasil e no exterior. Alguns estudiosos da cultura brasileira (ELIAS, 2001, 2005; GIMENES, 1998; HENSE, 1987; PESSINI; BERTACHINI, 2005; TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2003; VALLE, 2004; VASCONCELOS, 2008; VOLCAN et al., 2003) mostram que um dos modos de o homem buscar e viver a religiosidade e a fé é frente à situação de adoecimento. Geralmente, nessa situação, as pessoas se unem às comunidades religiosas pedindo orações, fazendo promessas ao seu Santo, sendo que a maioria tem devoção a Nossa Senhora Aparecida. Também na Europa os pesquisadores (COSTA, 2008; FRANKL, 1997; NESCI et al., 2009; KÜBLER-ROSS, 1998; SHAVELZON et al.,2006; TAVELLA, CROCETTI, 2008; YUNTA, 2000) apresentam preocupação com a assistência espiritual ao paciente com câncer e a sua família. Mesmo pertencendo à cultura diversa, esse paciente tende a buscar por alguma religião para superar a doença, e nesta procura encontrar o sentido religioso, sendo este um momento ímpar para a busca de sentido para ele; vinculado à vivência da doença na sua singularidade diante da sua fé e sua religiosidade.

Pode-se dizer que o estudo não finaliza aqui. Foi pesquisado até onde fez sentido para nós, ou seja, o que serviu para delinear o que foi proposto nos objetivos do presente estudo. Sabemos que ainda existem muitas outras literaturas nesses temas, mas acreditamos que o trabalho com esses estudiosos foi suficiente para nos oferecer um subsídio para a realização desta pesquisa.

Pode-se perguntar por que os doentes graves normalmente buscam uma religião para se apoiar? Esta serve para fazer a mediação entre Deus e as pessoas para ajudá-las, principalmente em condição de doença, a responderem às provocações que ocorrem na vida, na comunidade ou no próprio eu. Pois, no fundo se tem a resposta, ao se relacionar com o Outro Ser (Deus) dentro de si e escutar em silêncio o que este lhe dirá o que é melhor para si mesmo em cada circunstância vivida.

Concordamos com os autores Frankl (1993; 1997), Stein (1999b; 2000b), Ales Bello (2004a; 2005; 2009) e Fizzotti (2008) quando afirmam que nenhuma situação é privada de significado, mesmo as mais adversas, caso contrário pode levar o homem ao vazio existencial, quer dizer, viver uma vida sem um sentido, sem uma meta. Isto significa que, ao aceitar viver os sentimentos negativos (o sofrimento, a culpa, e a morte), podem ser transformados em uma conquista, assumindo uma atitude adequada à situação. A espiritualidade faz parte da experiência subjetiva de cada pessoa e, ao fazer um mergulho em si mesmo, na realidade se vive a totalidade, podendo estar ou não ligada às religiões institucionalizadas. Nesse movimento de busca de sentido, o homem, muitas vezes, encontra expressão na espiritualidade e na religião, podendo compartilhar os valores apreendidos com outras pessoas.

Esta pesquisa qualitativa, com fundamento teórico-metodológico fenomenológico, sob o referencial de Stein interpretada por Ales Bello (2000, 2004a, 2006a) é inovadora no Brasil, uma vez que ainda existem poucos pesquisadores que buscam essa visão, nessa área, no país e, portanto possibilita um novo olhar para essa realidade. Apresentamos, a seguir, o que nos chamou mais atenção nos resultados desta análise, realizada a partir da experiência da religiosidade para os pacientes com câncer e para os profissionais de saúde. Como psicóloga, nos apropriamos da contribuição de Stein no livro "Psicologia e scienze dello spirito" que traz uma psicologia fenomenológica e apresenta a alma humana em sua natureza tridimensional: espiritual, psíquica e física. Cada vivência empírica do pesquisador possibilita também, de modo consciente, perceber as características estruturais e constitutivas da pessoa[34], aprofundar ao máximo os conhecimentos, dos quais nós pudemos nos apropriar a partir de algumas ideias da filósofa para chegar a uma compreensão de seu pensamento, embora ainda percebamos que o estudo em Stein mereça ser continuamente aprofundado.

[34] Outros pesquisadores poderiam fazer outras aproximações, se apropriar de outros autores, pois cada pesquisador tem a sua subjetividade, que deve ser levada em conta, uma vez que não se trata essa de uma pesquisa realizada sob o referencial de uma ciência exata.

No geral, esperávamos que todos os pacientes com câncer desejassem lutar pela vida, podendo ocorrer transformação de valores e de atitudes. Não nos surpreendeu o fato de todos eles buscarem a fé e a religião como meios para se apoiar em uma força superior para melhor enfrentamento da situação. Nos discursos dos colaboradores, mesmo daqueles que, até o momento de seu adoecimento, não participavam de nenhuma religião, surgiu, a partir de uma doença grave em si, a necessidade de buscar uma (religião), pela qual tinham maior afinidade e/ou onde se sentiam bem acolhidos e recebidos pelas pessoas da comunidade. Na literatura científica, assim como nesta pesquisa, pudemos perceber que a procura por uma determinada religião parece estar relacionada com a personalidade e a cultura da pessoa (BALLONE, 2007; COSTA, 2008).

Todos os enfermos mostram sua dimensão espiritual que parece implicar nos seus atos vividos. Eles manifestam sentimentos impregnados de expressões que confluem para criar um certo tipo de motivação (racional), de decisão de querer viver (no presente), e mostram desejos de fazer qualquer coisa que seja necessário para isso. A vontade do paciente é positiva ao manifestar o desejo de ser curado ao invés de outra. Seria preocupante se o enfermo tivesse uma vontade negativa, de não desejar ser curado. Apropriamo-nos dos pensamentos de Stein (1999b) que menciona que as reações psicológicas vão depender de como foram vividas anteriormente outras circunstâncias difíceis e dramáticas. A filósofa nomeia isso de "síntese passiva" ou de operação psíquica que a pessoa realiza (recursos pessoais) frente a uma situação-limite. Esta é uma ferramenta essencial: que a pessoa retoma na sua consciência diferentes vivências, através da percepção, da memória, da recordação, e o faz de modo passivo; ela faz uma "escavação", ou seja, passa da superfície ao profundo daquela "coisa" sobre a qual deseja refletir.

A maioria dos pacientes com câncer mostra buscar a religião, por desejar a salvação no presente. Também procura viver a vida com mais sentido, com mais valor e humanidade. Não foi mencionada, nos seus relatos, a preocupação sobre se a vida continuaria na eternidade, ou seja, no futuro, na vida após a morte.

Em apenas alguns dos pacientes, pudemos perceber que vivenciavam em profundidade, a experiência de ter um câncer, com seus sofrimentos. Mas reconhecem essa condição e aparentam se sentir mais vivos do que nunca, o que parece favorecer o seu crescimento como pessoa.

Sabemos que o processo vivido pelos pacientes com câncer e por sua família não é nada fácil, mas ao experienciar a dor e sofrimento, parece surgir um enriquecimento pessoal para todos os envolvidos. Para nós, isso reafirmou a

importância e o valor desse apoio, principalmente quando o paciente refere à mulher que adoece e precisa fazer um rearranjo na organização das atividades diárias, e precisa contar com a participação dos membros da família. Ales Bello (2006a), interpretando Stein, traz que a família é a primeira das comunidades e a mais significativa na ligação afetiva onde se iniciam os primeiros vínculos essenciais na formação pessoal. [35]

A maioria dos enfermos relata apoio da comunidade familiar. Alguns desses mostram sentimentos de união e amor, no ambiente familiar e, juntos mantêm um espírito de cooperação e solidariedade, podendo propiciar um melhor enfrentamento ao drama vivido. Também se encontra nos discursos de alguns desses pacientes uma certa desorganização familiar, ou seja, conflitos na relação entre o marido e a mulher.[36]

Os enfermos também trazem as outras comunidades: de amigos, de conhecidos, a comunidade de povos. É com cada uma destas comunidades que o paciente se relaciona para tornar-se mais si mesmo em cada instante. A maioria dos enfermos apresenta essas comunidades como importantes, pois, de algum modo, compartilham desta situação dramática. Esses pacientes mostram estar se atualizando, elaborando sentimentos e experiências em relação às diferentes comunidades com as quais se relaciona. Stein descreve os três atos de fé vividos em comunidade que são: amor (sentir), conhecimento (pensar) e ação (fazer). Dessa forma, no fundo, todos os pacientes buscam nos relacionamentos com os outros o desejo de serem amados e aceitos como são. Pudemos escutar e testemunhar que quando os pacientes com câncer sentem o amor transmitido pelas pessoas através das comunidades, se sentem apoiados, mais ajudados a enfrentarem a sua dor e agonia de uma maneira mais humana e verdadeira. A maior parte dos pacientes com câncer descreve também sentir o apoio da equipe de oncologia.

Neste estudo, apresentamos, também, a experiência tal como vivida pelos profissionais de saúde, a partir de seus relatos que mostram consciência de que o paciente oncológico é especial e complexo, tem necessidades e exigências particulares e, eles (os profissionais) procuram fazer o melhor que podem para prestar-lhes os cuidados. Todos eles percebem a importância de se trabalhar dentro de um Centro especializado e se completarem em suas áreas para atender melhor os pacientes e suas famílias com suas diferentes necessidades. O que nos chamou

[35] Para filósofa, só seria comunidade quando as pessoas de dentro se respeitam, apresentam uma vida em comum.

[36] Sugerimos ler o que Stein, escreve em seu livro "A mulher: a sua missão segundo a natureza e a graça"(1999a). Ela fala da antropologia dual, temas ético-pedagógicos, confiando, aos profissionais e educadores a tarefa também de educar.

atenção, nos discursos de alguns desses profissionais (médico, enfermeira e dentista), foi quando o enfermo, ao sentir o profissional dando-lhe apoio, se lança com mais coragem para enfrentar o seu cotidiano.

Esses profissionais parecem mostrar maturidade e conhecimento de seus sentimentos e emoções pessoais. Podem estar com seu paciente e experimentar dentro de si o ser do outro cheio de sofrimento e angústia que, neste processo, se doa para o profissional de saúde e até mesmo para o pesquisador que também, naquele momento, se torna parte da experiência. Esses profissionais expressam, também, maior "humanidade", ao relatar os diálogos com seus pacientes. Transmitem um carinho e amor no trato com eles. Dra. Maria (dentista) e Sueli (enfermeira) percebem que, às vezes, os pacientes sentem maior liberdade e afinidade em fazer perguntas para um profissional do que para o outro, talvez por passarem maior tempo juntos. Elas dizem que procuram esclarecer ao enfermo, dentro do possível, em que podem ajudá-los ou, pelo menos, orientá-los e/ou encaminhá-los para o que deve ser feito. Assim também o profissional de saúde sente, através de seu paciente, a garra e o grande desejo de viver. Estes valores são transmitidos ao outro espontaneamente, em cada atendimento profissional.

A maioria dos profissionais relata que procura, dentro de suas possibilidades, estabelecer empatia com seus pacientes, ou seja, eles compartilham sentimentos e emoções com os enfermos. E ainda, Dr. Rafael, Dr. Paulo, Dr. João, Dra. Maria e Sueli percebem estabelecer maior empatia com alguns pacientes do que com outros. Eles observam que precisam lidar com suas limitações, enquanto seres humanos, reconhecê-las como tais. Somente através da empatia é possível adentrar o mundo do outro e chegar a uma intersubjetividade. Desse modo as vivências codivididas contribuem para o desenvolvimento pessoal dos envolvidos, do ponto de vista espiritual e cultural (ALES BELLO, 2006a).

A maioria dos profissionais apresenta sua experiência "religiosa" e acredita que a religião e a fé ajudam a superar a doença grave. Dentre os profissionais, apenas a Dra. Maria (dentista) e a Sueli (enfermeira) são católicas praticantes em suas Igrejas, vivenciam a fé e mostram maior envolvimento com os pacientes. Um médico, Dr. João se diz católico, mas não frequenta a Igreja. Já a maioria (Dr. Paulo, Dr. Rafael, Dra. Paulina, Dr. Pedro, Dra. Izabel e Dra. Emilia) não frequenta nenhuma religião. Eles se dizem espiritualistas, acreditam nos valores humanos e trazem sua experiência "religiosa pessoal". Dra. Maria e Sueli relatam experiências de fé e de conforto no trabalho, e concebem suas vivências no hospital como um momento espiritualmente intenso e de grande crescimento profissional. Vão à missa

com frequência e rezam para Deus e Nossa Senhora Aparecida. Para os espiritualistas, a religião é inerente a todo ser humano. Percebem nas religiões os valores positivos que elas transmitem aos seus fiéis e estes aprendem a vivê-los. Um médico, Dr. Paulo, refere que a religião pode ser vivida individualmente, na solidão em seu mundo, dizendo-se autônomo e responsável nos seus atos, sem intervenção da igreja, do padre, do pastor ou de outra pessoa que seja para ajudá-lo a trilhar o caminho da vida.

Alguns profissionais (Dr. João, Dra. Izabel e a enfermeira Sueli) expressam suas experiências de dificuldades em estabelecer certos vínculos com os pacientes que pertencem a alguma religião radical, como, por exemplo, os da seita Testemunha de Jeová, ou de outras seitas evangélicas. Esses médicos procuram aconselhar seus pacientes quando não fazem uso adequado da razão, mas, se estes são adultos e sua conduta é irredutível, o profissional de saúde deve avaliar, mas é o paciente e sua família que fazem a escolha final que vêm da consciência deles: deve-se tratar ou não. Os profissionais percebem e significam a importância da religião e da fé para o paciente e para a família, mas estas devem vir como um sustento e proteção para ajudá-los a enfrentar a situação da doença e do tratamento nocivo e invasivo. Eles respeitam e esperam que os enfermos vivam a sua fé com prudência e sempre aderindo à realidade.

Os discursos dos profissionais de saúde Dra. Maria (dentista), Dra. Izabel (cirurgiã oncológica), Dr. João (radioterapeuta) e Sueli (enfermeira) expressam a impotência em lidar com o sofrimento e com a iminência de morte de seus pacientes, diante de uma recidiva ou fase terminal da doença. Mesmo assim, buscam transmitir a eles palavras de conforto e esperança, incentivando-os a lutarem e a darem o melhor de si durante todo o processo de tratamento. Os médicos relatam que procuram fazer o que o paciente e a família desejam. Às vezes os familiares não argumentam o verdadeiro diagnóstico/prognóstico com o paciente, pois a família pede que informações sobre a doença e o tratamento sejam omitidas ao enfermo doente.

O paciente diante da morte é muito sensível, capta o modo como o médico chega perto dele, se vem com uma postura aberta, e consegue também transmitir uma contribuição psicológica significativa, que seja um sorriso, um gesto não verbal de acolhimento. Isso remete ao âmbito do Serviço de Psicologia Especializada e de Alta Complexidade. Nesse momento entra a atuação do psicólogo que vai procurar ajudar refletindo junto com o médico estas questões psicológicas que foram mencionadas anteriormente.

A maioria da equipe apresenta uma visão naturalista e simplista de ver as coisas, sendo que isto é influência do pensamento científico que predomina na mentalidade da cultura atualmente. Com a pós-modernidade, a biotecnologia, a biologia molecular descobrindo tantos novos produtos farmacêuticos para a cura da doença, e embora esteja havendo uma evolução nessa área médico-medicamentosa, está se perdendo a dimensão humana, de um valor precioso que não pode ser negligenciado pelo profissional de saúde.

É compreensível que os médicos tenham algumas atitudes para se proteger diante do sofrimento e possibilidade de morte de seu paciente. Embora as ações médicas voltem-se primordialmente para a parte orgânica, o paciente espera que estes profissionais possam sair de seu "narcisismo médico" e também acolhê-los como pessoa na sua totalidade biopsicossocial e espiritual.

Ressaltamos que a presença dos médicos realmente não deveria ser somente durante o processo de tratamento, mas principalmente, neste último momento, quando não se tem mais nada a fazer, somente esperar a hora da morte chegar. Nesse momento, o paciente deseja estar em companhia dos seus, porque a morte deveria ser um evento em família, não solitária para o paciente hospitalizado. Os profissionais pensam não apenas em curar o paciente, mas também em melhorar o contexto onde este está inserido.

É normal que todo ser humano, seja a equipe de saúde, seja o paciente e a sua família se recusem a pensar na morte, pois é positivo e saudável desejar viver intensamente a vida. Quando se vive a morte do outro, não é sua, é a do outro. Não se sabe como é a vida depois da morte, apenas se sabe a experiência da vida e, nesta, é possível que ocorra a transformação de valores e princípios. Entretanto, o ser humano sempre vai desejar infinitamente viver e ter esperança.

A morte faz parte da vida, esta é a única certeza que todo ser humano vivente sabe que vai passar. Quando percebe a possibilidade da morte, os pacientes se defrontam com um aspecto paradoxal e dramático da vida: o de se relacionar com o próprio corpo que está falindo aos poucos. Através dessa vivência, o paciente experiencia o desespero do próprio limite, faltando-lhe, talvez, a possibilidade da esperança. Nesta situação, mesmo vivendo o câncer e o seu tratamento, de sofrer intervenções agressivas, podendo mutilar e modificar o aspecto físico, como amputação, e/ou fazer quimioterapia e radioterapia, há a possibilidade de o enfermo transcender, de vivenciar a paz consigo mesmo na luta pela vida, ainda que em iminência da morte. Mesmo assim, ele pode amar e ser amado, e estar também com as pessoas queridas.

O que é necessário fazer quando a pessoa vive uma doença no corpo e sente dor? Como se pode viver em modo harmonioso e equilibrado com esse corpo, psique e espírito que sofrem conjuntamente? Por que os pacientes, às vezes, utilizam "mecanismos de defesa", como se fixar na tensão; viver o luto antecipado para não transformá-lo em coisa pior? Os profissionais de saúde, ao vivenciar de perto a possibilidade de morte, sabem que é difícil controlar todos os pensamentos e sentimentos que emergem dentro de si.

O essencial é que a equipe atue com a mesma filosofia e meta. Que compartilhe com o grupo as possibilidades de decisões, sempre partindo da ideia do que é melhor para o seu paciente no momento em que este solicita ajuda e apoio. Nesse sentido, é importante que, desde a sua formação, o profissional aprenda a olhar para seu paciente e, se permita escutar o outro dentro de si. Cada um é único e se deve sempre pensar e se perguntar: qual é a melhor conduta nesse momento para esse paciente?

Cremos que, mesmo os profissionais de saúde tendo muitos anos de experiência, será sempre difícil lidar com a possibilidade de morte de seu paciente. Ao ser tocado interiormente por essa situação-limite (doença), o profissional não tem o poder de mudá-la. O profissional também deseja a vida, não porque se tem medo da morte, mas por que pensar nisso? É necessário aceitá-la e aprender a observá-la de um modo humano, como parte da existência. Uma sugestão aos médicos é que eles possam utilizar uma linguagem mais "concreta", mais simples para falar sobre a doença e sobre o tratamento ao seu paciente e à sua família. Isso facilitaria o entendimento deste e também proporcionaria maior adesão e participação no tratamento. Mesmo que o paciente tenha um alto grau de instrução, este está impactado emocionalmente ao receber a notícia do boletim médico, com a linguagem médica, que é própria apenas destes.

Esperamos que todos profissionais de saúde (psicólogo, médico, nutricionista, fisioterapeuta, capelão, enfermeiro e auxiliar) se perguntem se não terão o direito de buscar o apoio de uma religião, assim como de outras comunidades para conviver melhor com a situação para si mesmos, tal como para seus semelhantes, e viver a possibilidade de uma "morte suave" e digna.

Geralmente o paciente deseja buscar a relação com o divino (Deus), pois estando vulnerável e debilitado, é natural que busque forças para superar seu problema da melhor forma. Muitas vezes, não basta apenas a ajuda do médico, do psicólogo e dos outros profissionais da equipe, ele (paciente) deseja buscar força em Algo Superior, como por exemplo, Nossa Senhora, Santos, pois a pessoa não

compreende o porquê teve a doença, mas vão atrás de respostas, mesmo não sabendo explicar bem as razões de sua doença. Que o ser humano em sua vida busque se voltar para sua interioridade, e se deseja participar de uma religião que corresponda a sua necessidade enquanto indivíduo em constante crescimento. E acreditamos que dentro de uma comunidade possamos contribuir no desenvolvimento e na formação da pessoa.

Cremos que seja necessário que o médico, assim como a psicóloga, a enfermeira, a dentista e a assistente social tenham sensibilidade para perceber como está seu paciente e sua família. A sensibilidade é uma atitude que deveria ser exercitada por todos na equipe sempre, isso mostra que o profissional está realmente vivendo com o paciente e a sua família o momento, e sentindo com ele, sem estar tão distante deles. Por isso, é necessário ter um espaço para falarem, refletirem sobre as experiências vividas, o que pensam e sentem sobre essas situações de sofrimento psíquico e emocional e assim poderem também como pessoas (profissionais) digerir e elaborar suas vivências.

Os profissionais precisam controlar seus sentimentos para lidar com as emoções do outro, principalmente o psicólogo, caso contrário, o trabalho não será ajudar o paciente a assimilar e lidar com a experiência dramática vivida. Mas o profissional pode atuar com a sua própria filosofia de vida, com suas teorias, e não entrar em contato em profundidade com a realidade das experiências vividas pelo seu paciente.

O fazer psicológico, seja no hospital ou na clínica (particular), abrange também a educação, a filosofia, a teologia, campos mais abrangentes do que se pensa. Como deveria ser então a atuação do psicólogo? Pela nossa reflexão feita neste estudo, inicialmente deveria escutar, conhecer atentamente e com maturidade o credo da pessoa e estar aberto para a totalidade dessa pessoa, sem preconceitos e julgamentos *a priori*. Isto não é o mais importante, se a pessoa crê em Deus ou em Algo superior. É necessário esquecer de si mesmo, no momento do atendimento, entrar na solidão e ser responsável em direcionar a sua atenção para com o outro. Para isso este (psicólogo) deve estar acompanhado pela vontade e pelo querer ficar com o paciente naquele instante. Estão entrelaçados, em cada circunstância, os atos do sentir, da vontade e do querer. Mas, aqui se busca trilhar um caminho guiado com o paciente, para compreender e contextualizar a sua postura religiosa. É possível, na clínica, avaliá-lo através dos cinco modos já citados anteriormente por Fizzotti (2008) que são: o aspecto emocional, o operativo ou consequencial (mobilização de energia), o cognitivo, o sociocultural e o motivacional.

A partir daí, podem ser verificadas, na existência da pessoa, as suas diversas maneiras de interiorização e de assimilação, ao se mencionar o nível de desenvolvimento cognitivo, social e atribuição ao mundo social ao qual pertence.

As palavras de Stein são as nossas, quando diz que é no silêncio do trabalho que as coisas se mostram a si. O silêncio é um instrumento valioso, principalmente para o psicólogo clínico, pois este precisa sentir dentro de si a ressonância do outro e observar, como surgem em si os sentimentos, para depois poder doar algo de si para o paciente. Esses são modos de atuar eticamente. É o terapeuta ser inteiro com a sua pessoa, não apenas com a sua fala. É ser aberto ao outro na sua totalidade (corpo, psíquico, espírito), fazendo-os pensar, ajudá-los a desenvolver a razão, o sentido religioso que cada um carrega consigo e, assim, serem capazes de governar a si mesmos, provocando como isso a atualização e a reelaboração das suas próprias vivências.

Salientamos o quanto é importante o paciente não caminhar sozinho, mas tenha alguém que o sustente, seja alguém da equipe e/ou pessoa de referência da família, de amizades e de outras comunidades. Acreditamos que o maior exemplo é levar a sua pessoa humana ao estar com o outro, empaticamente, assim como se é e se vive autenticamente no mundo da vida, pois o verdadeiro instrumento do trabalho do psicólogo não é apenas a linguagem verbalizada ao paciente, mas sim a sua pessoa. Enfim, o ambiente hospitalar é sempre um lugar de cuidado para todos os envolvidos.

Frente a estas questões que envolvem a vida e a morte humana, o paciente tem direito de saber o que está acontecendo em seu corpo. Deve ser feita uma avaliação bioética frente a essas questões pelos profissionais da saúde. Faz-se indispensável ordenar os fragmentos e juntar de novo o todo dessa pessoa, às vezes tão agredida e, dessa maneira, estabelecer uma responsabilidade com a vida do outro, compreendida como o bem maior e digna de respeito.

É preciso ficar claro o papel de cada profissional dentro da equipe multidisciplinar. Alguns destes profissionais podem aceitar ou recusar vivenciar a situação de estar perto de um paciente que está morrendo, procurando oferecer apoio e consolo a esse e à sua família. Quando o profissional se permite vivenciar esta experiência de dor junto com o paciente, mesmo que seja com esforço e intensidade de emoções, tal experiência pode favorecer a um verdadeiro encontro com este paciente. Ao estar com seu paciente, um ser humano que precisa de sua ajuda, o profissional vai conhecendo o caminho já percorrido por ele (paciente) e a sua história.

Atualmente em muitos hospitais já existe o serviço do psicólogo e/ou do capelão que acompanham o paciente em sua situação-limite, oferecendo-lhe apoio e consolo para aceitar e superar, do melhor modo, esse momento. Assim, cremos que tudo isso favorece a adesão e/ou a conversão religiosa do paciente, sendo ele ou não vinculado a uma religião, ou mesmo sem nenhuma crença. E ainda, se os profissionais da equipe facilitassem esse encontro, através da escuta e do acolhimento. Ao procurarem fazer isso com espírito cooperativo e solidário, ajudariam o enfermo e a sua família a "passar pelo que estão passando".

Após desenvolver o presente estudo, consideramos fundamental ser inserida a disciplina "Psicologia da Religião" nos inúmeros cursos de Psicologia pelo Brasil para se poder discutir a visão dos teóricos dessa área sobre a importância dessa disciplina na formação dos futuros profissionais. A religião tem sido um recurso que possibilita às pessoas atribuir sentido às suas vidas, principalmente quando os percalços em sua existência obstruem suas possibilidades de se tornarem mais si mesmas. Esta área, Psicologia da Religião, apresenta-se na literatura científica ainda pouco explorada na maioria das faculdades brasileiras, mas, no exterior, em Universidades católicas ela já existe. Nós pudemos vivenciar esta disciplina em Roma, oferecida pela Universidade Salesiana, pelo prof. Fizzotti, o que contribuiu para o nosso conhecimento nessa área para realização desta pesquisa. Compartilhamos com os estudiosos Eugênio Fizzotti, Paul Tillich, Elizabeth Valle, assim como Luigi Giussani, Van der Leeuw, Ales Bello e Edith Stein que o ser humano deve ser protagonista de si mesmo e poder exercitar o seu sentido da vida frente à realidade.

Esperamos que todas as religiões sirvam como meta para ajudar e fortalecer as pessoas doentes ou sãs a trilhar o seu caminho rumo ao seu destino. O paciente precisa aprender a avaliar o que de fato é melhor para si. Pudemos perceber o quanto é importante incentivar a religião, ter um espaço, como, por exemplo, ter uma capela, dentro das próprias clínicas oncológicas.

Esperamos, ainda, que estes estudos em Ales Bello e Stein possam inspirar os professores a desenvolverem nos alunos a sua humanidade, e os preparem para lidar com paciente-equipe-família. Que os alunos da área de saúde aprendam a refletir, discutir os temas: paciente com câncer, religiosidade e espiritualidade, como parte do programa de sua formação como futuros profissionais da área da saúde (médico, psicólogo, enfermeiro e outros), pois, por trás de uma doença, há uma pessoa com nome, sobrenome e com uma história.

O profissional de saúde deveria ser o meio para ajudar o paciente a retomar o sentido da vida, mesmo com uma doença grave, como o câncer. Como se poderia fazer isso? Ajudando-os a se perceber e conhecer neste processo. Sugerimos que a equipe multiprofissional proporcione conforto, carinho e esperança de um futuro para o paciente e a sua família. Pois, nenhum ser humano vive no mundo sem alguma esperança na vida. São nossas as palavras de Rubem Alves (2003)[37]:

> A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casa de cigarra vazia (...) A 'reverência pela vida' exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir (...) Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos (...) A morte é onde mora a saudade.

Gostaríamos de mencionar, ainda, a belíssima obra de arte de mármore - a "Pietá" - de Michelangelo (está na igreja São Pedro, no Vaticano, em Roma) que nós pudemos conhecer e que representa um símbolo religioso, o próprio Cristo, no colo de sua mãe, Nossa Senhora, que acompanhou a experiência dramática e dolorosa de seu Filho carregando a cruz. Percebe-se a dor e a dignidade de uma mãe quando se defronta com o filho numa situação de sofrimento e morte. Esse sentimento de pertencimento (mãe ou outra pessoa de referência) faz parecer que Cristo não sente medo, nem desespero frente à sua cruz, tendo alguém ao seu lado, sua mãe, permitindo-lhe um conforto, paz e tranquilidade.

Buscando uma analogia dessa imagem com esta nossa pesquisa numa cultura cristã brasileira também trouxe (ou mostra) forte enraizamento pela Mãe de Jesus, Nossa Senhora, ela é um exemplo de vida a ser seguido, que aceitou a sua dor, a sua cruz por amor ao seu filho. Diante disso, como psicóloga ao olhar para essa imagem (Pietà) de mármore, nos recordamos dos pacientes com câncer, e pudemos encontrar através deles o próprio rosto de Cristo.

Esperamos que, com este estudo, possamos ter despertado o interesse dos profissionais de saúde e pesquisadores, para que possam refletir e ir mais a fundo na compreensão de quem é o ser humano com quem se trabalha, principalmente o psicólogo que, ao olhar para si mesmo, reconheça suas possibilidades e possa enxergar seu paciente e ajudá-lo a compreender as suas experiências na vida. Deve-

[37] ALVES, Rubens. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, 12 out. 2003. Folha de São Paulo, Caderno Sinapse. Folha 3.

se procurar fazê-lo sentir melhor consigo mesmo, como exemplo, como ele sente dentro de si a doença? Como ele se percebe e renasce cotidianamente para enfrentar o câncer? Sabemos que, muitas vezes, a preocupação médica (ou equipe) é apenas curar (o câncer), e não olhar para o trauma inicial do diagnóstico recebido que, depois mesmo curado, muitos remetem ainda o câncer e a morte dentro de si. Assim, o profissional estará vivendo espiritualmente com esse paciente, quando está relacionando de um modo humano, seja oferecendo uma simples palavra ou um gesto de consolo e conforto para alma de uma pessoa que sofre. Pois, mesmo diante de olhar o seu limite, há a possibilidade de ser solidário com o paciente doente, e no profundo de si (Deus fala no coração) espera e suscita uma grande "questão" e uma resposta à exigência de felicidade, de beleza, de justiça, de verdade e de amor. Partindo da nossa experiência como psicóloga, quando se lida com paciente com câncer, é preciso ajudá-lo a reconhecer sua dimensão espiritual, compreender o valor da vida e recuperá-lo dentro de si com intensidade, pois mesmo doente a vida pode ser bonita e com sentido.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALES BELLO, A. **Culturas e religiões:** uma leitura fenomenológica. Tradução Antônio Angonese. Bauru: EDUSC, 1998.

_____. **A Fenomenologia do ser humano:** traços de uma filosofia no feminino. Tradução Antônio Angonese. Bauru: EDUSC, 2000.

_____. **Fenomenologia e ciências humanas:** psicologia, história e religião. Tradução Miguel Mahfoud, Marina Massimi. Bauru: EDUSC, 2004a.

_____. **Sul femminile: scritti di antropologia e religione.** Troina: Città Aperta Edizioni, 2004b.

_____. **Edmund Husserl. Pensare Dio - Credere in Dio**. Padova: Edizioni Messaggero, 2005.

_____. **Introdução à fenomenologia.** Tradução Jacinta Turolo Garcia, Miguel Mahfoud. Bauru: EDUSC, 2006a.

_____. A fenomenologia e scienze umane: implicazioni etiche. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA QUALITATIVA 3., 2006, São Bernardo dos Campos. **Anais**... São Paulo: São Camilo. 2006b. 1 CD-ROM.

_____. Família e intersubjetividade. In: CARVALHO, A. M. A.; Moreira, L. V. C. **Família, subjetividade, vínculos**. São Paulo: Paulinas, 2007.

_____. Il percorso umano e intellettuale di Edith Stein. In: SHAHID, M.; ALFIERI, F. (Org.). **Il percorso intellettuale di Edith Stein**. Bari: Giuseppe Laterza, 2009. p. 7-24.

ALETTI, M. Religion as an illusion: prospects for and problems with a psychoanalytical model. **Archive for the Psichology of Religion**, Milão, v. 27, p. 1-18, 2005.

_____. **Acompanhamento spirituale e intervento psicologico**: interpretazioni. articolo Presentazione 18 gennaio. Milão, 2007. Disponível em: <

www.psicologiadellareligione.it/sipr/modules/mydownloads/viewcat.php?cid=15&orderby=titleD>. Acesso em: 17 abr. 2007.

ALVES, Rubens. Sobre a morte e o morrer. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 out. 2003. Caderno Sinapse, p. 3.

AMATUZZI, M. M. Religião e sentido de vida: um estudo teórico. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 183-190, 1999a.

_____. Desenvolvimento psicológico e desenvolvimento religioso: uma hipótese descritiva. In: MAHFOUD, M.; MASSIMI, M. (Orgs.). **Diante do mistério:** psicologia e senso religioso. São Paulo: Loyola, 1999b, p. 124.

_____. Posições religiosas ao longo do desenvolvimento pessoal. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. **Vanguarda em psicoterapia fenomenológico-experimental.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 41-60

_____. Uma fenomenologia do espírito em diálogo com Tomás de Aquino. In: AMATUZZI, M. M. **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 109-128.

ANCONA-LOPES, M. Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas. In: MAHFOUD, M.; MASSIMI, M. (Orgs.). **Diante do mistério:** psicologia e senso religioso. São Paulo: Loyola, 1999. p. 71-86.

_____. A espiritualidade e os psicólogos. In: AMATUZZI, M. M. (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 147-160.

_____. A religiosidade do psicoterapeuta. In: BRUSCAGIN, C.; SAVIO, A.; LOPES, F.; GOMES, D. M. (Orgs.). **Religiosidade e psicoterapia**. São Paulo: Roca, 2008. p. 01-08.

ANDREOLI, T. E. et al. **Medicina interna básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

ANGERAMI - CAMON, V. A. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. IN: _____. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p. 41-60.

ASHTON-PROLLA, P. (Orgs.). **Genética molecular do câncer**. São Paulo: MGS Produção Editorial, 2002.

BALLONE, G. J. **Da emoção à lesão:** um guia de medicina psicossomática. Barueri: Manole, 2007.

BARBIERI, A. L. **Aids e câncer**: um estudo de crenças relativas aos cuidados domiciliares e a morte entre familiares de portadores de HIV/AIDS e câncer. 2003. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BELARDINELLI, S;. ALLODI, L. (Orgs.). Bioetica del dolore. **Salute e società**. Milão: Franco Angeli, 2006. v. 3.

BITTENCOURT, J. F. V.; CADETE, M. M. M. Deus é presença incondicional à mulher com possibilidade de vir a ser mastectomizada. **Rev Min. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 73-76, jan./dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=7>. Acesso em: 17 abr.2007.

BRUSCAGIN, C. et al. (Org.). **Religiosidade e psicoterapia**. São Paulo: Rocca, 2008.

CALLIERI, B. Fenomenologia e psicologia. In: LUCA, A. **Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale**. Pisa: ETS, 2009. (Entrevista a Bruno Callieri).

CAMPBELL, Joseph. **Isto és tu:** redimensionando a metáfora religiosa. São Paulo: Landy Editora, 2002.

CAPALBO, C. Método fenomenológico. In: HEGENBURG, L.; SILVA, M. F. A. **Métodos**. São Paulo: EPU, 2005. p. 101-108.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Pensamento-Cultrix, 1982.

CARVALHO, M. M. M. J. de. **Resgatando o viver**. São Paulo: Summus, 1998. cap. 3, p. 232-246.

_____. **Passagem**: um desafio ao amor. São Paulo: Portallis, 2001.

_____. Cuidados com o cuidador. **O mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 1, p. 138-146, jan./mar. 2003.

CASTRO, M. G.; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da História**. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan./abr. 2006.

CENTRO DE QUIMIOTERAPIA. Manual de prevenção contra o câncer. Disponível em: < http:// www. cqai. com.br>. Acesso em: 18 jul. 2003.

CERVI, A.; HERMSDORFF, H. H. M.; RIBEIRO, R. C. L. Tendências da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiros, de 1980 a 2000. **Rev Bras Epidemiol**., São Paulo, v. 8, n. 4, p. 407-478, 2003.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI; M. A. B.;YASUMORI, Y. A mulher japonesa vivenciando o câncer cérvico-uterino: um estudo de caso com abordagem da fenomenologia social. **Rev Esc Enf.,** São Paulo, v. 39, n. 2, p. 189-94, 2005.

COELHO JR, A. G. **As especificidades da comunidade religiosa**: pessoa e comunidade na obra de Edith Stein. 2000. s.d. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

COELHO JR, A. G.; MAHFOUD, M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e interrelações na obra de Viktor Frankl. **Psicologia**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 95-103, 2001.

_____; _____. A relação entre experiência religiosa comunitária e posicionamento pessoal dos moradores de morro vermelho/MG. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA QUALITATIVA 3., 2006, São Bernardo dos Campos. **Anais III Seminário internacional de pesquisa qualitativa**. São Paulo: São Camilo. 2006b. 1 CD-ROM.

CORREIA, E. S. **Câncer:** entre o sofrimento físico e emocional a importância de uma assistência sicológica. Recife: Bagaço, 2000.

CORTESI, E.; MAZZOLI, M. Anzianità e limite físico convivono, abitando nella stessa dimora. In: CROCETTI, G.; TAVELLA, S. (Orgs.). **Nel dolore la vita**. Troina: Città Aperta, 2008. p. 194-204.

COSTA, C. Il dolore "espulso" nell'età adulta. In: CROCETTI, G.; TAVELLA, S. (Orgs.). **Nel dolore la vita**. Troina: Città Aperta, 2008. p. 213-217.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1992.

DESCARTES, R. **Discurso sobre o método**. 9. ed. São Paulo: Hemus, 2000.

ELIAS, A. C. T. de A. **Programas de treinamento sobre a intervenção terapêutica:** relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espirtual de pacientes terminais. 2005. s.d. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ELIAS, A. C. T. de A.; GIGLIO, J. S. A questão da espiritualidade na realidade hospitalar: o psicólogo e a dimensão espiritual do paciente. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 23-32, 2001.

ELIAS, A. C. T. de A.; GIGLIO, J. S.; PIMENTA, C. A. M. Analysis of the nature of spiritual pain in terminal patients and the resignification process through the relaxation, mental images and spiritualy (RIME) intervention. **Rev. Latino-am-Enfermag**., Ribeirão Preto, v. 6, n. 6, p. 959-965, nov./dez., 2008.

ERTHAL, T. C. **Treinamento vivencial**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ESPÍNDULA, J. A. **Vivências de mães em situação de recidiva em seus filhos**. 2001. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ESPÍNDULA, J. A.; VALLE, E. R. M. Vivências de mães em situação de recidiva em seus filhos. In: VALLE, E. R. R. (Org.). **Psico-oncologia pediátrica**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 129-179.

_____; _____. Experiência materna diante da iminência de morte do filho com recidiva de câncer. **Pediatria moderna**, São Paulo, v. 28, n. 5, maio. 2002.

ESPÍNDULA, J.; PONTES, A. C.; VALLE, E. R. M.; SANTOS, M. Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões. **Bioethikos**, São Paulo, v. 1, n. 1 jan./jun. 2007.

ESPÍNDULA, J. A.; VILELA, A. J. B.; DIAS, C. A. Mudanças provocadas pelo câncer na vida social e sexual do paciente e seu cônjuge. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 25-38, 2006.

FAIMAN, C. S. et al. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, p. 188-194, abr./jun. 2003.

FAVA, G.; SONINO, N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 69, n. 4, p. 184-197, 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário aurélio básico da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, M. C. **A pessoa em tratamento de câncer**: características epidemiológicas e do estilo de vida. 1997. s.d. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

FIORES, S.; GOFFI, T. **Dicionário de espiritualidade**. Tradução Augusto Guerra, Isabel Fontes Leal Ferreira. 2. ed. São Paulo: Paulus, 1993.

FIZZOTTI, E. **Introduzione alla psicologia della religione**. Milão: Franco Angeli, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL - 100). **Rev. Bras. Psiquiatr**., São Paulo, v. 21, p. 19-28, 1999.

_____. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4. ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-812320000001 00004&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 17 abr. 2007.

FLOWLER, J. W. **Estágios da fé:** a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido. São Leopoldo: Sinodal, 1992. p. 16.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica, fundamentos, métodos e pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 1993.

FRANCO, M. H. P. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas: Psy II, 1994.

_____. Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. **O mundo da Saúde,** São Paulo, ano 27, v. 27, n. 1, p. 182-191, jan./mar. 2003.

FRANÇOSO, L. P. C.; VALLE, E. R. M. **Orientações sobre aspectos psicossociais em oncologia pediátrica**. São Paulo: Comitê Psicossocial da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica, 2004.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrante, 1989a.

_____. **Um sentido para a vida**. São Paulo: Santuário, 1989b.

_____. **Psicoterapia na prática**. Campinas: Papirus, 1991.

_____. **A presença ignorada de Deus**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido:** um psicólogo no campo de concentração. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

FRANKL, E. V.; LAPIDE, P. **Ricerca di Dio e domanda di senso:** dialogo tra un teologo e uno psicologo. Tradução Eugenio Fizzotti. Torino: Claudiana, 2006.

FROMM, E. **Psicoanalisi e religione**. Milano: Mondadori, 1987.

GARCIA, J. T. **Edith Stein e a formação da pessoa humana**. São Paulo: Loyola, 1988.

_____. **Santa Edith Stein:** da universidade aos altares. Bauru: EDUSC, 1998.

_____. Edith Stein: ética na vida profissional. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA QUALITATIVA 3., 2006, São Bernardo dos Campos. **Anais**... São Paulo: São Camilo. 2006b. 1 CD-ROM.

GHIGI, N. I gradi della costituizione dell' essere nel percorso filosofico di Edith Stein. In: SHAHID, M.; ALFIERI, F. (Orgs.). **Il percorso intellettuale di Edith Stein**. Bari: Giuseppe Laterza, 2009.

GIMENES, M. G. A pesquisa de enfrentamento na prática psico-oncológica. In: CARVALHO, M. M. M. J. de. **Resgatando o viver**. São Paulo: Summus, cap. 3, p. 232-246, 1998.

_____. **Passagem**: um desafio ao amor. São Paulo: Portallis, 2001.

GIORGI, A. **A Psicologia como ciência humana:** uma abordagem de base fenomenológica. Tradução R. S. Shwartzman. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

GIOVANETTI, J. P. O sagrado na psicoterapia. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Vanguarda em psicoterapia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

_____. Psicologia existencial e espiritualidade. In: AMATUZZI, M. M. **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 129-146.

GIUSSANI, L. **O senso religioso**. São Paulo: Editora C.I., 1993.

_____. **Educar é um risco**: como criação de personalidade e de história. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2000.

GOTO, Tommy Akira. **O fenômeno religioso:** a fenomenologia em Paul Tillich. São Paulo: Paulus, 2004.

_____. **Introdução à psicologia fenomenológica**. São Paulo: Paulus, 2008.

HAWIGHORST-KNAPSTEIN, S. et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image: results of a prospective longitudinal 10-year study. **Ginecologic Oncology,** San Diego, n. 2, p. 398-403, 2004. Disponível em: <http:// www.sciencedirect.com/science>. Acesso em: 20 abr. 2005.

HENSE, D. S. S. **Tendo-se que operar-se**: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade. 1987. 380 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1987.

HOLANDA, A. Fenomenologia da religião em G. Van der Leeuw. In: _____. **Psicologia, religiosidade e fenomenologia**. Campinas: Editora Alínea, 2004. p. 47-54.

HUISMAN, D. **História do existencialismo**. Bauru: Edusc, 2001, p.8.

HUSSERL, E. **Introdução à psicologia fenomenológica:** a nova psicologia de Edmund Husserl. São Paulo: Paulus, 2008.

_____. **Investigações lógicas**: sexta investigação: elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento. Tradução Z. Loparic, A. M. A. C. Loparic. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Coleção os pensadores).

_____. **Investigações lógicas.** Tradução Pedro M. S. Alves; Carlos A. Morujão. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2007a. v. 2.

_____. **Lições sobre a teoria da significação.** Tradução Rui Sampaio da Silva. Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2007b. (Semestre de Verão de 1908).

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas para incidência e mortalidade por câncer 2003**: tipos de câncer atribuíveis ao tabaco lideram previsões de morte por câncer. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http//www.inca.org.br/inca/ releases/press – estimativas 2003. html>. Acesso em: 26 abr. 2004.

JONHSTON, Patrick G.; SPENCE, Roy A. J. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KOVÁCS, M. J. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In:_____. **Estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.

_____. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. Implantação de um serviço de plantão psicológico numa unidade de cuidados paliativos. **Bol. Psicol**., São Paulo, v. 51, p. 1-22, 2001.

_____. **Educação para morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-R0SS, E. **A roda da vida**: memórias da vida. Rio de Janeiro: GTM, 1998.

KUUPPELOMAKI, M. Cancer patients', family members' and professional helpers' conceptions and beliefs concerning death. **Eur J. Oncol. Nurs**., Edinburgh, v. 4, p. 39-47, 2000.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade terapia intensiva. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-150, 2005.

LEPARGNEUR, H. A liberdade da pessoa enfrenta o sofrimento. **O mundo da Saúde,** São Paulo, ano 28, v. 28, n. 3, p. 284-290, jul./set. 2004.

LEYDON, G. M. et al. Faith, hope, and charity: an in-depth interview study of cancer patients' information needs and information-seeking behavior. **West J Med.,** San Francisco, v. 173, p. 26-31, 2000. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1070966>. Acesso em: 17 abr. 2007.

LIN, H. R.; BAUER WU, S. M. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. **J. Adv Nurs**., Oxford, v. 44, p. 69-80, 2003. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2003/00000044/00000001/art00010>. Acesso em: 17 abr. 2007.

LINARD, A. G.; DANTAS, F. A.; SILVA, R. M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. **Rev Bras Cancerol**., Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 493-498, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2007.

MAGNO, A. B. Incidência de câncer entre os homens. **Jornal Correio Brasiliense**, Fortaleza, 2005. Disponível em: <http://www.saudefortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Noticias_Detalhes.asp?noticia=165>. Acesso em: 22 mar. 2007.

MAHFOUD, M. Formação da pessoa e caminho humano: Edith Stein e Martin Buber. **Memorandum**, Belo Horizonte, v. 8, p. 52-61, 2005. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos08/mahfoud02.htm>. Acesso em: 01 dez. 2007.

_____. Centro pessoal e núcleo comunitário, segundo Edith Stein: indicações para estudos sobre família. In: CARVALHO, ANA M. A.; MOREIRA, L. V. C. **Família, subjetividade, vínculos**. São Paulo: Paulinas, 2007.

MANUAL DE CONDUTAS DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS EM ONCOLOGIA. São Paulo: Âmbito Editores, 1996.

MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS (DSM-IV-TR). 4. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2002.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **Pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Editora Moraes, 1989.

MENDONÇA. G. A cientificidade das ciências da religião. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **A(s) ciência(s) da religião no Brasil**: afirmação de uma área acadêmica. São Paulo: Paulinas, 2001.

MONDIN, Batista. **Introdução à filosofia**. São Paulo: Paulinas, 1985.

MORSELI, E. Dizionario di filosofia scienze umane. Milão: Carlo Signorelli Editore, 1997.

NESCI, D. et al. Il lutto della progettualità: riflessioni psico-oncologiche tra fenomenologia e psicoanalisi. In: LUCA, A. **Verso uma psicologia fenomenologica ed esistenziale**. Pisa: ETS, 2009.

NETO, F. L. Religião, psicoterapia e saúde mental. In: ABREU, C. N. (Col.). **Psicoterapia cognitiva e construtivista**: novas fronteiras da prática clínica. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Alívio da dor no câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. **Estimativa 2008**: incidência de câncer no mundo. Brasília, 2002. Disponível em: <www.inca.gov.br/estimativa/2008/index asp?/ ink = conteudo - view.asp & ID=5>. Acesso em: 13 jul. 2009.

OTTO, K. L. R. **O sagrado**. Tradução J. Gama. Lisboa: Edições 70, 1992.

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2002.

PAIVA, G. J. Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina. In: AMATUZZI, M. M. **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 31-48.

PAIXÃO NETTO, J.; MACHADO, A. A. **Dicionário teológico enciclopédico**. São Paulo: Loyola, 2003.

PALOUTZIAN, R.; ELLISON, C. L. Spiritual, well-being and the quality of life. In: PEPLAU, D.; PERLMAN, D. (Eds.). **Loleniness**: a sourcebook of current theory. Editora: Local, 1982. p. 224-35,

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 1, jan./mar. 2003.

PESSINI, L.; BERTACHIN, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005.

PETER, R. **Viktor Frankl:** a antropologia como terapia. São Paulo: Paulus, 1999.

PINTO, E. B. As ciências da religião, a psicologia da religião e a Gestalt-terapia: em busca de diálogos. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 14, p. 70-79, jan./jun. 2008.

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. S.; HENN, C. G. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. **Rev. Assoc. Medica Bras**., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 204-210, 2002.

RICOEUR, P. **Nas fronteiras da filosofia**. São Paulo: Loyola, 1996.

SANTOS, D. V.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Posicionamento dos enfermeiros relativo à revelação de prognóstico fora de possibilidade terapêutica: uma questão bioética. **Rev latino-am Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 790-796, 2004.

SAVIAN, J. F. **O toque do inefável:** apontamentos sobre a experiência de Deus em Edith Stein. Bauru: EDUSC, 2000.

SGRECCIA E. **Manual de bioética**: fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola, 1996.

SHAVELZON, J. A propósito de recidivas y metástasis tumorales. **Revista de la Asociación Médica Argentina**, Argentina, v. 119, n. 2, p. 14-19, 2006.

SHERMAN, A. C. et al. Measuring religious faith in cancer patients: reliability and construct validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith questionaire. **Psychooncology,** Chichester, v. 10, p. 436-43, 2001.

STEIN, E. **Vie della Conoscenza di Dio**. Tradução C. Bettinelli. Padova: Messagero, 1983.

_____. **A mulher**: sua missão segundo a natureza e a graça. Tradução Alfred J. Keller. Bauru: EDUSC, 1999a.

_____. **Psicologia e scienza dello spirito**: contributi per una fondazione filosófica. 2. ed. Tradução A. M. Pezzella. Roma: Città Nuova, 1999b.

_____. **Essere finito e essere eterno**: per una elevazione al senso dell'essere. Tradução L. Vigone. Roma: Città Nuova, 1999c.

_____. **Il problema dell' empatia**. Tradução Elio Er M. D'Ambra. Roma: Città Nuova, 2000a.

_____. **La struttura della persona humana**. Tradução di D'Ambra. Roma: Città Nuova, 2000b.

_____. **Introduzione alla filosofia**. Tradução A. M. Pezzella. Roma: Città Nuova, Roma, 2001.

_____. **Scientia Crucis: studio su san Giovanni della Croce**. Tradução Di Edoardo di Santa Teresa. Roma: Città Nuova, 2002.

TATSUMURA, Y.; MASKARINEC, G.; SHUMAY, D.; KAKAI, H. Religious and spiritual resources, CAM, and conventional treatment in the lives of cancer patients. **Altern Ther Health Med**., Aliso Viejo, v. 9, p. 64-71, 2003.

TAVELLA, C.; CROCETTI, G. Tra problemi e soluzioni la sfida di una sofferenza di persona. In: CROCETTI, G.; TAVELLA, S. (Orgs.). **Nel dolore la vita**. Troina: Città Aperta, 2008. p. 213-217.

TEIXEIRA, F. O potencial libertador da espiritualidade e da experiência religiosa. In: AMATUZZI, M. M. (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p. 13-30.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. O capelão e o paciente idoso com câncer: a busca do conforto e da esperança na religião. **O mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 1, p. 159-164, jan./mar. 2003a.

_____. Humanização nos cuidados de saúde e a importância da espiritualidade: o discurso do sujeito coletivo – psicólogo. **O mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 3, p. 362-368, jul./set. 2003b.

THOULESS, R. H. **An introduction to the psychology of religion**. Estados Unidos: Cambridge University Press, 1961. p. 3.

VALLE, J. E. R. **Psicologia e experiência religiosa**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 42-44.

_____. Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. In: AMATUZZI, M. M (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Ed. Paulus, 2005. p. 83-108.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil:** compreender e agir. Campinas: Psy, 1997.

_____. Psico-oncologia pediátrica: fé e esperança como recursos existenciais. In: AMATUZZI, M. M.; ANGERAMI-CAMON, V. A.; DO VALLE, E. R. M. **Vanguarda em psicoterapia fenomenológica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 27-40.

VAN DER LEEUW, G. **Fenomenologia della religione**. Tradução L. Conte. Torino: Boringhieri, 1992.

VASCONCELOS, M. **A devoção a Nossa Senhora em pacientes oncológicos**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008.

VENDRUSCOLO, J. **A criança curada de câncer**: modos de existir. 1998. sd. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

VERISSIMO, D. S. **A pessoa com tumor cerebral e seus familiares em grupo de sala de espera: investigação da experiência vivida**. 2005. s.d. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar spiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-5, 2003.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno, 1994. cap. 1, p. 21-32.

YUNTA, E. R. El sentido Del sufrimiento: experiência de los enfermos de câncer. **Ars med.** Santiago, v. 2, p. 73-88, 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 132/2006

Ribeirão Preto, 20 de julho de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO,** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 88ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de julho de 2006.

Protocolo: nº 0697/2006

Projeto: O SIGNIFICADO DA RELIGIOSIDADE PARA OS PACIENTES COM CÂNCER E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisadores: Elizabeth Ranier Martins do Valle (Orientadora)
Joelma Ana Espíndula (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléa Regina de Oliveira Ribeiro
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Elizabeth Ranier Martins do Valle
Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: O SIGNIFICADO DA RELIGIOSIDADE PARA PACIENTES COM CANCER E PARA PROFISSIONAIS DE SAUDE
Pesquisadora do Projeto: *Joelma Ana Espíndula*
Orientador: Elizabeth Ranier Martins do Valle
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Campus Universitário Monte Alegre – Fone: (16) 3633-1000 – Fax: (16) 3633-1144

Informações ao colaborador (a)

Sou pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou realizando uma pesquisa que pretende compreender como as pessoas que estão com câncer enfrentam o tratamento e vivenciam a religiosidade e a fé. A sua experiência trará informações que poderão contribuir para futuros pacientes que estarão vivenciando com a mesma doença que sr. (a), e assim possibilitar aos profissionais de saúde maior conhecimento e melhor atendimento aos pacientes com câncer e seus familiares.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre os procedimentos para o preenchimento do questionário. Esta pesquisa se destina para fins puramente científicos. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Todas as respostas são igualmente importantes.

Para a realização desse estudo será feita apenas uma única entrevista com o (a) colaborador (a), a partir da seguinte questão norteadora: Conte-me como está vivendo esse momento de sua vida?" E a partir daí buscarei ampliar e aprofundar as respostas dos participantes com outras questões que sejam necessárias e relevantes para o tema em estudo. O senhor(a) poderá responder como quiser, usando o tempo que achar necessário. Se permitir, usarei o gravador para ter a sua fala completa registrada. Posso assegurar sigilo e privacidade, sendo reservada sua identificação ou dados que possam comprometê-lo (a), como seu nome não aparecerá, podendo ate escolher um outro nome para a sua entrevista, se quiser.

O senhor (a) poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. A sua participação não envolve riscos à sua integridade física e nem moral, visto que na entrevista nenhuma menção deverá ser feita à sua identidade pessoal. Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Ribeirão Preto, _____de _____ de 2006.

Colaborador _____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: O SIGNIFICADO DA RELIGIOSIDADE PARA OS PACIENTES COM CANCER
Pesquisadora do Projeto: *Joelma Ana Espíndula*
Orientador (a): Elizabeth Ranier Martins do Valle
Telefones de contato do Pesquisador: 3602-3390
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Campus Universitário Monte Alegre – Fone: (16) 3633-1000 – Fax: (16) 3633-1144

Informações ao colaborador (a)

Sou pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que pretende compreender como os profissionais de saúde percebem o enfrentamento dos pacientes com câncer que vivenciam a religiosidade e a fé. A sua experiência trará informações que poderão contribuir aos outros profissionais de saúde maior conhecimento de estratégias para atuar junto aos pacientes com câncer e seus familiares.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre os procedimentos para o preenchimento do questionário. Esta pesquisa se destina para fins puramente científicos. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Todas as respostas são igualmente importantes.

Para a realização da pesquisa será feita apenas uma única entrevista com o (a) colaborador(a), a partir da seguinte questão norteadora: "Como o Sr. percebe a questão da religiosidade e da fé para os pacientes com câncer". E a partir daí buscarei ampliar e aprofundar as respostas dos participantes com outras questões que seja necessário e relevante para o tema em estudo. O senhor (a) poderá responder como quiser, usando o tempo que achar necessário. Se permitir, usarei o gravador para ter a sua fala completa registrada.

Posso assegurar sigilo e privacidade, sendo reservada sua identificação ou dados que possam comprometê-lo (a), como seu nome não aparecerá.

O senhor (a) poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. A sua participação não envolve riscos à sua integridade física e nem moral, visto que na entrevista nenhuma menção deverá ser feita à sua identidade pessoal.

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Ribeirão Preto, _____de _____ de 2006.

Colaborador _____

ANEXO C

Quadro dos pacientes com câncer que participaram do estudo:

Pacientes Nomes fictícios	**Idade**	**Diagnóstico**	**Tratamento**	**Estado civil**	**Escolaridade**	**Profissão**	**Religião**
1. Ana	65ª	Câncer de mama	Cirurgia e quimioterapia	Casada	primeiro grau incompleto	Do lar	Evangélica
2. Jair	52ª	Câncer de pulmão	Cirurgia e quimioterapia	Casado	primeiro grau incompleto	Comerciante (aposentado)	Evangélico
3. Abraão	64ª	Câncer de pulmão	Cirurgia e quimioterapia	Divorciado	Primário	Aposentado	Kardecista,
4. Letícia	72ª	Câncer do reto	Cirurgia, quimioterapia e radioterapia	Viúva	Primário	Aposentada	Evangélica (Pentecostal)
5. Edmar	49ª	Câncer de garganta	quimioterapia e radioterapia	Solteiro	Primário	Funileiro (Aposentado)	Evangélico (Congregação Cristã)
6. João	45ª	Câncer de intestino	Cirurgia e quimioterapia	Casado	primeiro grau	Motorista (Aposentado)	Católico
7. Pedro	77ª	Metástase no pulmão	Quimioterapia	Casado	primeiro grau incompleto	Aposentado	Católico
8. Paulo	66ª	Câncer de Cólon	Cirurgia e quimioterapia	Casado	primeiro grau incompleto	Aposentado	Espírita
9. Moises	63ª	Câncer de estômago	Cirurgia e quimioterapia	Casado	Primário	Marceneiro	Espírita
10. Jacó	65ª	Câncer de pulmão	Cirurgia e quimioterapia	Casado	Primário	Aposentado	Evangélico (Racionalismo Cristão)

ANEXO D

Quadro dos profissionais de saúde que participaram do estudo:

Profissionais de saúde Nomes fictícios	**Idade**	**Estado civil**	**Profissão**	**Religião**	**Praticante**
1. Maria Auxiliadora	50 anos	casada	dentista	Católica	Ministra de eucaristia
2. Rafael	26 anos	casado	Oncologista (contratado)	Católico e Budista	Não praticante
3. Paulo	47 anos	casado	médico docente	Católico	Não praticante
4. Sueli	44 anos	casada	enfermeira	Católica	Praticante
5. Marcelo	24 anos	solteiro	R3 (Residente oncologista)	Católico	Não praticante
6. Pedro	41 anos	casado	Oncologista (contratado)	Católico	Não praticante
7. Paulina	31 anos	solteira	R3 (Residente oncologista)	Espírita	Não praticante
8. Isaac	31 anos	casado	R1 (Residente oncologista)	Católico	Às vezes freqüenta à missa
9. João	59 anos	casado	Radioterapeuta (contratado)	Católico	Não praticante
10. Emília	47 anos	solteira	filósofa (psico-oncologista)	"Espiritualista"	Não praticante
11. Izabel	49 anos	casada	Cirurgiã oncológica (contratada)	"Espiritualista" Católica	Não praticante

ANEXO E

Entrevista 7

Pedro (nome fictício), 77 anos de idade, casado, aposentado, primeiro grau incompleto.

1º diagnóstico: Melanoma Maligno Invasivo
Metástase no pulmão

A princípio me apresento, falo do objetivo da pesquisa e a importância do estudo para ajudar os outros profissionais e pacientes. A partir do consentimento do paciente de participar de meu estudo, convido-o a me acompanhar até a sala da psicologia. Aí volto a repetir a intenção do estudo e peço que assine o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e que o que eu estou dizendo está escrito na folha. Peço permissão também para utilizar o gravador. Com o consentimento do paciente eu início o estudo.

E: Então, como está a vida do senhor hoje?

P: Vou começar do início. Este problema veio do nada. Eu não sei se foi porque eu sou pedreiro, e trabalhava com botina, entrava água de cimento, e molhava toda botina. Formou um calo, lixei o pé, depois apareceu na ponta da unha. Lixei, pegou um pouco na carne e sangrou. Depois, usei um remédio, secou, sarou... Mas, tornou a voltar aquele machucado... Aí, tirei a botina, passei a trabalhar com a sandália. No final, sarava, mas voltava o machucado.

E: Nossa, que luta.

P: Aquilo foi crescendo com a carne esponjosa na unha. Fiquei 8 meses assim. Meus filhos falavam para ir ao medico... Eu dizia que ia sarar. Passou a dar umas ferroadas debaixo da unha, e saia sangue. Fui ao médico e ele falou que meu caso não era nada bom, e fizeram à biópsia. Dizeram que é câncer de pele, e o tratamento não vai ter cura. (Questionou): Mas como, câncer de pele debaixo da unha?

E: Hum... hum.

P: vocês (médicos) fazem o que precisam fazer. Vamos fazer o que é necessário. Quando cheguei aqui, veio uma psicóloga e fizeram umas perguntas e foi só também.

E: Quanto tempo que o senhor está tratando?

P: Faz 2 anos que eu amputei o dedão. Fez cirurgia aqui (na virilia). Foi muito bom, com sete dias tirou os pontos e já voltei para casa. Tomei remédio, que eles me davam, e tomava na farmácia, era 12 por mês. Tomei 1 ano e 2 meses. Não sei... Eles tentaram, se isso aí eliminasse tudo... mas agora ela disse que é para fazer a quimioterapia.

E: O senhor já fez quantas sessões?

P: Já fiz 6 sessões. Agora vai para 7ª e apareceu uma manchinha no pulmão... Aí, chamaram as minhas filhas, e o médico explicou para elas: "que ocorreu uma lesão no lado esquerdo, mas nós não vamos operar não. Será feito a quimioterapia para combater a lesão". Graças a Deus vou fazer a 7ª, não estou tirando raio x, mais está paralisado. Os médicos dizeram que essa "manchinha" tem que sumir do pulmão.

E: Como é o senhor fica quanto tempo para fazer a sessão?

P: Venho durante 3 dias. O primeiro é o dia todo, o segundo até 10h e o terceiro também.

E: E o senhor senti alguma reação quando faz quimioterapia?

P: Não sinto nada. As manchas estão desaparecendo... E, os médicos pediram para fazer mais um exame de sangue.

E: O senhor freqüenta alguma religião?

P: Sim. Sou muito católico

E: O senhor percebe se sua fé mudou após a doença comparada a antes da doença?

P: Muito. Eu tenho muita fé para sair dessa... Eu rezo muito, ontem mesmo tenho rezado o terço com o canal da Aparecida do Norte, tem uma às 22h. Só que ontem ia rezar mais dormir... Eu até pedi a médica para me dar um calmante para dormir, mas só tomo se for preciso. Se não, se eu não durmo fico sonso...

E: Hum... hum.

P: Gosto de deitar cedo. Mas, tenho deitado e acordado de hora em hora para ir ao banheiro...

E: Então, o senhor já falou para o médico sobre isso?

P: sim. Foi aí que receitou o calmante.

E: O Senhor ficava ansioso com toda a situação. É normal a sua preocupação. E o senhor buscou auxílio a oração para lhe confortar.

P: É incrível. Essa noite mesmo... Eu peguei o terço que fica na cabeceira da minha cama e pedi que o senhor e a Nossa Senhora me abençoasse. E eu precisava acordar 5h da manhã para vir ao hospital... E, sabe que acordei esse horário. Eu tenho rezado não só para mim, mas para o médico, para todo mundo, que seja iluminado às idéias, as mãos deles para curar a gente.

E: Bonita sua experiência.

P: Agora eu estou mais confortável. A minha vida é isto aí. Estou aposentado, houve um probleminha e hoje recebi os atrasados. Aumentou a minha aposentadoria. Eu mesmo construí uma casa de 12 metros, foi eu mesmo que subi o alicerce, e só contratei pessoas para fazer o acabamento... Esse aumento melhorou muita a minha vida... Eu tinha também um dinheiro parado na

aposentadoria e retirei... Também o meu sonho foi comprar uma casa na praia, e realizei o sonho. Todos os parentes estão querendo ir, eles falam que lá é muito bonito na temporada. Mas, eu quero ir fora de temporada. Quero alugar para pelo menos para pagar o condomínio.

E: Daqui a pouco o senhor vai poder ir. Conversa sobre isso com seu médico.

P: Então, eu vou ver isso. Porque eu comprei o apartamento com móveis velhos e quero trocar algumas coisas. E estou precisando fazer algumas arrumações... Já comprei fogão, geladeira... Está tudo encaixotado para levar para Santos (casa de praia).

E: Que bom que está dando certo a sua meta.

P: O fim da minha vida é passar desse jeito (ao mar junto com a família).

E: Vejo que o senhor está bem motivado em seus vários projetos.

P: A doença não está me barrando em nada... Estou aceitando ela, ela vai ser passageira, ela vai sair... se Deus quiser Nossa Senhora Aparecida e o Senhor Bom Jesus da Lapa de Jardinópolis...

E: O senhor é devoto do Bom Jesus da Lapa?

P: Sou. Agora, o Padre W (antigo) morreu, e agora tem um outro no se lugar... Já ajudei a reformar a igreja e já dei material para ajudar na construção. Se eu desaparecer desta vida (choro), e vou deixar 6 filhos casados e 4 bisnetos. Ontem (dia 29/08) foi meu aniversário.

E: Parabéns!

P: Obrigado! Encontrei com os meus filhos, e falei que eu queria fazer uma festa de aniversário no domingo (churrasco). Foi dia da Santa Mônica, e na segunda (hoje) dia de Santo Agostinho. Eu assisto todos os dias na rede Vida (porque falam o nome dos Santos). Eu queria fazer sozinho, mas eles já estavam organizando uma festa surpresa linda para mim.

E: Hum...hum.

P: Só na minha família, tem 30 pessoas. Somando filhos, genros e netos... Eu fiquei muito emocionado. Eles alugaram uma casa de festa e foi muito boa. Fiquei muito contente.

E: Que bom poder reunir toda a família!

P: Os netos se preocupam muito comigo... Eu tenho uma família... graças à Deus, como meu pai me criou, eu criei os meus filhos... No fim do ano fizemos uma festa com toda a família, e coloquei dinheiro no envelope e dei para cada filho (choro). As minhas filhas ficaram muito emocionadas... Antes eu não podia dar um estudo para cada um deles, mas agora estou mais equilibrado. Agora é só eu e a esposa, cada um tem sua casa... Graças a Deus, tudo em paz, tudo são, só eu não, mas vou sair disso.

E: Vejo que o senhor está doente, mas em nenhum minuto o paralisou de realizar os seus sonhos. Vejo que o senhor é muito batalhador.

P: Sou sim. Ontem fiz 77 anos e me sinto ainda bom das pernas. Vejo as obras que eu fiz na cidade. Sempre fui muito enérgico e sempre busquei fazer o melhor de mim. Gosto de estar o tempo todo junto no serviço, mesmo quando estou administrando a obra.

E: Hum... hum. É bom acompanhar de perto os nossos emprendimentos.

P: Eu sou que nem meu pai, muito responsável com os patrões e, eu era sempre elogiado por eles. Eu ficava com a chave da loja, pois a reforma acontecia de noite e a confiança era recíproca.

E: O senhor trabalhou muito e parece que teve reconhecimento por essas pessoas que os conheceu. O senhor gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

P: Não. É isso aí. Obrigado.

E: Eu agradeço a sua participação. Eu acompanho o Senhor até a sua filha(Sala de espera).

ANEXO F

4ª Entrevista

Sueli, 44 anos, enfermeira, católica

A princípio expliquei o objetivo e a justificativa do estudo, que é para ajudar os profissionais a conhecer melhor os seus pacientes com câncer. Em seguida, pedia permissão para o uso do gravador (MP3). Solicitei assinar o Termo de Consentimento.

E: Como é para a senhora trabalhar com paciente oncológico?

P: No começo, há 14 anos aqui (BP) na Oncologia, eu via um maior isolamento, agora hoje não. Depois de um tempo, eu vejo que o paciente depende muito de você, do médico. Tem queixas que às vezes fala para enfermagem, e não fala para os médicos. Pode ser pelo tempo maior que fica com a enfermagem e proporciona maior vínculo. Não de ver o paciente com câncer, mas me sinto útil em poder está ajudando-o. Ele vem uma vez por mês, ou durante toda uma semana para fazer a quimioterapia. O paciente tem confiança em você. Esse serviço faz parte da minha vida.

E: E como se sente diante disso?

P: Mesmo quando terminam a quimioterapia, eles vêm para consulta, e vem nos visitar falam que estão bem. Isso vem aumentando gradativamente. Isso é muito gratificante. Nós passamos orientações para eles, às coisas que podem e não podem fazer: a questão da alimentação, o que podem comer, precisam ter repouso. São coisas simples que às vezes eles não sabem, e se pode informá-los e ajudá-los a se cuidar também. São muitos fatores que podem ajudá-los, e muito podemos contribuir.

E: Então, quer dizer que normalmente o paciente aceita ajuda?

P: Normalmente sim, tem aqueles difíceis que não aderem ao tratamento. A minoria, não adapta ao tratamento. Tem aquelas pessoas que são mais difíceis de lidar. Não seguem as orientações pedidas. Não ajudam muito, a gente precisa ficar repetindo, explicando.

E: Diante de um paciente com câncer, lidamos muito com a dor e o sofrimento do paciente. Você já se sentiu mobilizada alguma vez com o paciente?

P: Lidar com paciente com câncer mexe comigo. É difícil porque você começa a considerar como uma pessoa de sua família pelo tempo que fica com ele (paciente). Você vai tendo um envolvimento com o paciente e a família que vai crescendo a cada encontro. Depois, sempre vem alguém da família para dar notícia do paciente.

E: Conta-me uma situação que mexeu com a senhora?

P: A morte é um momento difícil para mim. Quando o médico fala para mim que o paciente não está respondendo ao tratamento e, não tinha mais nada a ser feito. Isso mexe comigo. Um paciente fica ali (quimioterapia), e você não sabe o que

dizer, você fica sem jeito o que falar para o paciente. Eu penso: também eu poderia está passando por uma situação dessa, com o marido, um amigo, um familiar. Enfim... a gente não pode deixar de se influenciar.

E: A sra. está dizendo que é difícil trabalhar com o paciente que não tem mais possibilidade de cura. Ele está fazendo quimio como tratamento paliativo?

P: É isso. É difícil está com esse paciente ("terminal") ali (na quimioterapia).

E: Parece que se sente incomodada de estar junto com este paciente?

P: Sim. Eu preciso me controlar, porque tenho que tratar os outros pacientes, eu preciso ter jogo de cintura nesse momento.

E: O que sente difícil para estar com esses pacientes? É quando ele está perto da sra? Ou quando eles lhe chamam?

P: Sim, (pacientes) me chamam, estes dias mesmo eu vivi uma coisa dessa. Eu consigo me controlar, é mais fácil para mim controlar, do que eles. Vejo que eles estão precisando mais de mim, do que eu deles. O começo (contato) é difícil. Mas, estou aqui para ajudar. Sei que isso vai ser bom para o paciente e, depois para mim.

E: Quer dizer que você procura ficar perto do paciente pensando no bem dele, mesmo que isso seja difícil para sra.. E algum paciente ou familiar já relatou alguma experiência de fé que a religião ajudou?

P: A maioria dos pacientes relata sobre a fé, a sua religião. A maioria dos pacientes são católicos, e os outros freqüentam outras igrejas. Você vai puncionar o paciente, eles contribuem, pedem a Deus que o ajudem. Eles mostram grande ato de fé. Agora têm alguns pacientes, que são rígidos, não olham quando estou puncionando. Eles nem olham para televisão, nem piscam. Eles colocam a mão na frente para impedirem que os olhos vêem à televisão. Eles seguem a risca o que a igreja pede.

E: Qual seria esta igreja? É a testemunha de Jeová?

P: É testemunha de Jeová. Ela não liga o rádio, se tiver cantando uma música, ela tampa o ouvido. Ela disse: "a igreja pediu para eu não escutar determinadas músicas que não é bom para o tratamento". Eu falei para ela: você não podia tomar sol no braço. Eu olhava para o braço dela e via que estava escuro. Ela dizia: "o pastor da igreja falou que podia". Eu falava: se a igreja falou isso, não faça porque se expor ao sol vai te prejudicar. Não adiantava, ela obedecia à risca o que o pastor dizia. Ela dizia: "a igreja sabe tudo".

E: Isso também é difícil para sra. lidar.

P: Hum... Hum. Ela não seguia minhas orientações, e sim o que o pastor falava para ela. É muito difícil lidar com pessoas desta religião (Testemunha de Jeová). Agora, a religião católica os pacientes aceitam mais tranquilamente o que solicitamos a elas. Seguem melhor as orientações. Também sou católica. E nunca vi o padre falar: faça ao contrário do que o médico te pedir e o enfermeiro te dizer.

E: Essa religião é muito radical mesmo, as pessoas seguem rigidamente, sem questionar o que o pastor disse se está adequado com a realidade vivida. Aqui aparece muitos casos desses?

P: É muito difícil aparecer, agora foi essa. Já teve um outro há um tempo atrás.

E: Algum paciente já relatou alguma experiência religiosa, de algum milagre de cura?

P: Sempre tem casos. A maioria dos pacientes fala que fizeram muita oração em Nossa Senhora. Mostram muita fé em Nossa Senhora, e que foram curadas por ela, e junto com o tratamento. Não só a fé, mas junto os pacientes falam de aceitar fazer o tratamento.

E: Teve algum outro relato de experiência religiosa?

P: É sempre desse modo que são os relatos: que rezam muito, pedem muito para Nossa Senhora, buscam muita fé na oração e pedem a cura.

E: Conta-me como a senhora vê a fé em sua vida, no seu trabalho?

P: Eu te falei, sou Católica, mas não vou a missa todo fim de semana. Participo de um grupo de oração uma fez por semana. Ontem eu fui no grupo. Sou uma pessoa que todo dia antes de entrar para o serviço peço a proteção de Deus. Hoje mesmo foi um dia em que eu pedi para Ele me ajudar porque estava difícil. Não é o paciente em si, as vezes são os familiares que chegam agressivos.

E: Entendo. Eles ficam preocupados com o seu familiar. Como a sra. vê sua fé?

P: Vejo que sou atendida. Eu acredito. Tem hora que rezo e penso na imagem de Nossa Senhora. Como no dia de hoje: tem hora que eu conto até 10, peço que Nossa Senhora me ajude a suportar esta situação. Sabe, tem hora que preciso parar para refletir, se não... não dá para continuar. Porque se Deus não te der força, não te empurrar par frente, fica difícil.

E: Quer dizer que faz um pedido de oração a cada dia que inicia o trabalho para te dar força?

P: Tem hora que se tivesse sozinha não suportaria. Sei que o Senhor está comigo, Ele me ajuda muito. Tem hora que não sei o que acontece, mas sei que algo está guiando minhas ações.

E: Hum... Hum

P: Igual hoje todas estávamos pedindo que o Senhor nos ajude. Não temos objetivo de ofender ninguém, mas com raiva podemos falar alguma palavra que vai ofender o outro. Estando com Ele, Ele te guia e te ajuda a responder da melhor maneira possível, e ninguém fica ofendido. Como até agora, está tudo caminhando em plena paz, tudo funcionando bem e, tudo tem se encaixado bem (risadas).

E: Qual seria o papel da religião para os pacientes com câncer em sofrimento e dor?

P: Eu acho que a religião é à base de tudo. A religião que sustenta essa situação, junto com o tratamento médico. As duas coisas juntas você pode conseguir muita coisa. A parte de cima, com a parte aqui em baixo. Sem a religião não é possível. Hoje a gente escuta os médicos falarem mais a respeito disso. Há pouco tempo passei um momento difícil com minha filha. Levei-a ao médico, e este diagnosticou que estava com síndrome do pânico. Mas ela continuava com as crises, em casa, na escola. Retornei ao médico, e pedia para Nossa Senhora para me ajudar. Eu pedi a Ela que minha filha tivesse uma crise na frente do médico porque ela não tinha síndrome do pânico. E aconteceu, ela teve a crise na frente do médico. A partir daí, ele me encaminhou para o Neurologista e foi diagnosticado que tinha epilepsia. Eu rezei, deu certo, vi que o Senhor me ouviu o meu pedido. Ela (a filha) passou a tomar o remédio certo e nunca mais teve crise. Ela tomava antes um remédio que não adiantava nada porque não era para o seu problema.

E: Aconteceu de fato com a sra. e sua filha uma experiência de fé.

P: Não tem explicação. Tudo tem seu momento. Eu tinha que passar por isso. Sei que foi Nossa Senhora que me ajudou. A partir daí a minha fé foi mais fortalecida e acredito em milagres. Porque passei por um período difícil com minha filha. Eles não sabiam o que ela tinha e o que eram aquelas crises. Demorou um tempo para saber que tinha epilepsia. Agora ela tem uma vida normal porque antes na escola os colegas tinham medo dela.

E: Certo. Está terminando nossa entrevista. A sra. poderia me dizer o que dá sentido a sua vida hoje? O que a motiva viver?

P: Tudo. Poder ajudar a todos os pacientes. Não quero nada em troca só de ver o olhar de agradecimento, de você poder ajudar num momento difícil para eles. Quando chego em casa, a minha filha me pergunta: "mamãe, me conta o que seus pacientes te disseram hoje? O que você fez de bom?" Isso é minha vida. Quando entro de férias, passa uma semana, na outra semana já sinto falta. É como te falei: hoje foi difícil, mas aqui é a minha vida. Amanhã eu quero está aqui de novo (risadas). Esta é a minha profissão. Essa é minha prioridade, como também a minha filha.

E: Gostaria de dizer mais alguma coisa?

P: Não. É isso aí.

E: Obrigada pela sua disponibilidade em participar do estudo.