UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA REGIANE TRINCAUS

**A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em
situação de metástase**

Ribeirão Preto – SP

2005

Maria Regiane Trincaus

A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação
de metástase

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de
mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem
Fundamental

Orientador: Adriana Kátia Corrêa

Ribeirão Preto – SP

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO. CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Trincaus, Maria Regiane

A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase./ Maria Regiane Trincaus; orientador Adriana Kátia Corrêa. – Ribeirão Preto, 2005.
130p.:fig.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Câncer. 2. Cuidado. 3. Morte.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Regiane Trincaus

A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Magali Roseira Boemer

Instituição: EERP – USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos

Instituição: FFCLRP – USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dra. Adriana Kátia Corrêa

Instituição: EERP – USP

Assinatura: _____

Dedico este estudo,

Aos meus pais **Maria Valacir** e **Julio**, aos meus irmãos **Pedro**, **Rita** e **Juliana**, aos meus sobrinhos **Julio César**, **Isamara** e **Maria Eduarda** e cunhados **Antonio** e **Sueli** por me apoiarem nas minhas escolhas e me incentivarem sempre. A vocês o meu amor e a minha trajetória de vida.

A minha amiga **Daniela** por me inserir neste caminho e não me deixar desistir.

Aos **pacientes da oncologia** por todo o ensinamento que me transmitiram nestes anos de convivência, e por tornarem este estudo possível.

Agradecimentos

À **Deus** por me proteger e me acompanhar em todas as viagens e permitir que eu concretizasse este trabalho.

À Profª Dra. **Adriana Kátia Corrêa**, pela confiança, paciência, dedicação, amizade e respeito para com a minha trajetória. Obrigada por fazer parte de um sonho, ajudando a torná-lo realidade. Meu carinho, respeito e admiração pelo exemplo de profissional que você é.

À Profª Dra. **Magali Roseira Boemer**, pelas sugestões e pelos conhecimentos compartilhados.

Ao Dr. **Manoel Antonio dos Santos**, pelo incentivo e compreensão.

Aos meus colegas de Departamento e aos alunos do Curso de Enfermagem da UNICENTRO, pela compreensão nas horas em que precisei me ausentar.

À Dra. Márcia pela paciência e amizade dedicadas.

Resumo

TRINCAUS, M.R. **A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase.** 2005. 130f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O novo milênio traz consigo uma nova realidade para o Brasil: o envelhecimento da população e com ele, o aumento dos números de casos de doenças crônicas, entre elas o câncer. Minha proposta, neste estudo, foi compreender como os pacientes oncológicos, em tratamento quimioterápico, por ocorrência de metástase, vivenciam a possibilidade da morte. Habitei o mundo da oncologia, aproximando-me dos pacientes em sua dimensão existencial. Para tal, foram realizadas entrevistas com sete pessoas adultas que fazem acompanhamento em uma clínica de oncologia privada na cidade de Guarapuava – PR. Para análise dessas entrevistas, apropriei-me de algumas idéias do referencial filosófico de Martin Heidegger. Dessa análise, a morte emergiu de vários modos: implicitamente; como um fenômeno natural, vivido na impessoalidade, pela morte do outro ou “dos casos de morte”; ou ainda como fenômeno que permeia a existência. A incerteza quanto ao futuro emerge no confronto entre a possibilidade de morrer e a possibilidade de curar-se, mantendo-se, porém, a esperança de não ser mais um ser-doente. A cura é enfocada pelo paciente não somente na esfera biológica, mas também, na busca por uma melhor qualidade de vida, o que envolve um ressignificar o momento presente. A dor e o sofrimento são mantidos no passado enquanto o presente é feito em um novo cotidiano que envolve o “mundo particular” da oncologia, um cotidiano que é ameaçado pelos limites e temores impostos pela doença. A temporalidade vivenciada está restrita principalmente à dimensão cronológica. A fé emerge significativamente nas falas como forma de amenizar o sentimento que sufoca o ser-aí. Considerando a condição ontológica de ser com o outro, a morte se mostrou, ao paciente com câncer, por meio de palavras, do falatório, de ações e do olhar do outro, principalmente familiar, que ao mesmo tempo acolhe e denuncia. Essas situações foram compreendidas como um modo inautêntico de cuidar. No entanto, na relação familiar a consideração e a paciência também emergiram como modo de cuidar autêntico. Emerge ainda a relação desses pacientes com os profissionais de saúde, revelando-se modos de cuidar quase sempre inautênticos, marcados pelo não respeito à sua autonomia e ao direito de participação na tomada de decisão sobre seu tratamento. Em meio a inautenticidade do cotidiano, alguns pacientes também se reconhecem em sua finitude. Este estudo permitiu uma reflexão sobre o modelo assistencial vigente, que não contempla o cuidar do homem em sua integralidade. É necessário construir competência humana para o cuidar integral, dirigindo-se não somente à cura, mas à pessoa humana, em sua singularidade.

DESCRITORES: câncer; cuidado; morte.

Abstract

TRINCAUS, M.R. **Death in its show to the oncological patient in metastasis situation.** 2005. 130p. Dissertation (Master's Degree) – Nursery School of Ribeirão Preto, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2005.

The new millennium brings along a new reality for Brazil: the aging of the population, and with it, the increase in the numbers of cases of chronic diseases, among them the cancer. My purpose in this study was to understand how the oncological patients in chemotherapeutic treatment, due to the metastasis, experience the death possibility. I lived in the oncological world, getting close to the patients in their existential dimension. To do so, were accomplished interviews with seven adult people that have been undergoing treatment in a private oncological clinic in Guarapuava – Pr. In order to analyze these interviews, I used some ideas of the philosophic reference of Martin Heidegger. From this analysis, death showed itself in different ways: implicit, as a natural phenomenon, lived in an impersonal way, by the other's death or "the cases of death", or even as a phenomenon that permeates the existence. The uncertainty about the future comes in the encounter between the possibility of dying and the possibility of healing, continuing, and, the hope of not being a sick person any longer. The cure is focused by the patient not only on the biological sphere but also in the search for a better quality of life, what involves a different meaning of the present moment. The pain and suffering are kept in the past while the present is remade in a new quotidian that involves the "private world" of the oncology, a quotidian that is threatened by the limits and fears imposed by the disease. The period of time experienced is restricted mainly to the chronological dimension. Faith appears meaningfully in the speeches as a way of softening the feeling that suffocates the human being. Considering the oncological condition of the human being with other, death has shown to the patient with cancer through words, talks, actions and through the eye of the other, mainly familiar, that in the same time shelters and denounces. These situations were understood as a facile way of taking care. However, in the familiar relation, attention and patience have also emerged as an authentic manner of taking care. It emerges still the relation between these patients with the health professionals, revealing methods of taking care nearly always facile, marked by the non-respect to the patient's autonomy and by the right of participation when making decisions about his treatment. In the middle of this facile quotidian, some patients also recognize themselves in their finite. This study allowed a reflection on the present assistance model, that doesn't contemplate the care of the man in his totality. It is necessary to build human competence to the integral care, directing not only to the cure, but also the human being in his singularity.

KEY-WORDS: cancer, care, death;

Resumen

TRINCAUS, M. R. **La muerte en su mostrarse al paciente oncológico en situación de metástasis**. 2005. 130f. Disertación (Maestría) – Escuela de Oficio de Enfermero de Ribeirão Preto, Universidad de San Pablo, Ribeirão Preto, 2005.

El nuevo milenio trae consigo una nueva realidad para Brasil: el envejecimiento de la población y con él, el aumento de los números de casos de enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. Mi propuesta, en este estudio, fue comprender como los pacientes oncológicos, en tratamiento quimioterápico, por ocurrencia de metástasis, vivencian la posibilidad de la muerte. Volví a habitar el mundo de la oncología, aproximándome de los pacientes en su dimensión existencial, a fin de desvelar algunas dimensiones del fenómeno muerte. Para tal, fueron realizadas entrevistas con siete pacientes adultos que hacen acompañamiento en una clínica de oncología privada en la ciudad de Guarapuava – PR. Para análisis de esas entrevistas, me utilicé de algunas ideas del referencial filosófico de Martin Heidegger. De esa análisis, la muerte emergió de varios modos: implícitamente; como un fenómeno natural, vivido en la impersonalidad, por la muerte de otro o “de los casos de muerte”; o como fenómeno que permea la existencia. Considerando la condición ontológica de ser con el otro, la muerte se muestra, al paciente con cáncer, por medio de palabras, de acciones y del mirar al otro, principalmente familiar, que al mismo tiempo acoge y denuncia. También emerge la relación de esos pacientes con los profesionales de la salud, revelándose modos de cuidar casi siempre inauténticos, marcados por el no respeto a su autonomía y derecho de participación en la toma de decisión sobre su tratamiento. Este estudio permitió una reflexión acerca del modelo asistencial vigente, que no da cuenta de atender al hombre en su integralidad. Es necesario construir competencia humana para el cuidar integral, dirigiéndose no solamente a la cura, pero a la persona humana en su singularidad.

DESCRIPTORES: cáncer; cuidado; muerte;

SUMÁRIO

RESUMO.....	05
ABSTRACT.....	06
RESUMEN.....	07
SUMARIO.....	08
1. MINHA APROXIMAÇÃO AO TEMA.....	09
2. A ONCOLOGIA NA ATUALIDADE	21
3. A VISÃO DA MORTE NOS DIAS ATUAIS.....	31
4. O REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	38
5. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	48
5.1. Apresentando o serviço de oncologia	49
5.2. A abordagem dos pacientes	51
5.3. Aspectos Éticos	53
5.4. Análise das entrevistas	54
6. VIVÊNCIAS DE PACIENTES COM METÁSTASE: DUALIDADE VIDA –	
MORTE, A FINITUDE HUMANA.....	58
7. REFLEXÕES SOBRE O ESTUDO	112
8. REFERÊNCIAS.....	122
9. ANEXOS.....	129

1. Minha aproximação ao tema

Introduzir a temática morte como foco desta investigação implica, inicialmente, em apresentar as minhas vivências pessoais e profissionais que foram gerando questionamentos e inquietações, fazendo-me refletir sobre a dimensão existencial presente no cuidar do outro.

A morte é um fenômeno que faz parte de nosso viver. Na minha infância, este era um fenômeno ao qual as crianças não tinham acesso. Minha

primeira aproximação ao tema foi quando iniciei minha carreira profissional na área de saúde. Em 1994, comecei a trabalhar como Auxiliar de Enfermagem em uma UTI neonatal, em um Hospital Geral de médio porte no município de Guarapuava, Estado do Paraná, minha cidade natal. Lembro-me que, nesta época, quando fiz o curso de Auxiliar de Enfermagem, o fenômeno morte fora abordado apenas em um momento no decorrer da disciplina de Psicologia, quando estudamos as fases da morte de forma muito superficial. Naquele momento, não me importei como o tema havia sido abordado. Em minha concepção, acreditava que jamais trabalharia com a morte.

Durante o período de pouco mais de um ano em que trabalhei na UTI neonatal, sofri muito; questionava-me, incessantemente, como poderia estar trabalhando em um local extremamente equipado e, mesmo assim, as crianças recém-natas morrerem? Seria minha falha? Mas ninguém, realmente, poderia me responder.

Em 1996, ingressei no curso de graduação em Enfermagem, acreditando encontrar respostas às minhas indagações. Precisei aguardar até o último ano do curso para defrontar-me novamente com o tema. Durante toda minha vida acadêmica fui preparada para promover a cura e evitar, de todas as formas possíveis, a morte. Em nenhum momento fui preparada para trabalhar com esse tema; a morte somente era abordada de modo teórico, como dado estatístico, como se a vida humana fosse simplesmente um aglomerado de números.

Foi durante meu estágio na Unidade de Moléstias Infecciosas que me encontrei novamente diante da morte, em uma situação prática. Nesse estágio, pude cuidar de um paciente doente de AIDS durante uma semana, acompanhando toda sua evolução. Ao final da semana, com a visita de seus familiares, pude colocar

em prática todo meu conhecimento de atendimento integral ao paciente e à sua família. Entrei em contato com a docente supervisora, questionando-a sobre o que poderia informar à família. Realizei também um breve histórico do período de hospitalização desse paciente. Naquele momento, acreditei e induzi a família a também crer que sua possibilidade de sobrevivência era muito grande, que a pior fase já havia passado e, a partir de então, a tendência era somente evoluir positivamente; certamente não a cura, mas com um prognóstico positivo, considerando todos os avanços já conseguidos no tratamento da doença. Naquele dia, saí do estágio extremamente feliz, acreditando ter feito o correto, satisfeita com a minha atuação como enfermeira no cuidado com o paciente e a família. Para minha surpresa, dois dias após esta conversa, ao assumirmos o plantão, soube que esse paciente havia morrido.

No mesmo dia, sem perceber minha situação de desespero, impotência e frustração comigo mesma, a docente supervisora do estágio transferiu-me para cuidar de um paciente que fora funcionário do hospital e que havia se contaminado com o vírus da AIDS, transportando o lixo contaminado. À minha frente estava aquela estatística, tão insignificante na teoria, que se acreditava ser quase impossível de acontecer. Naquele momento, porém, os números haviam adquirido vida. Uma vida extremamente frágil. Toda tecnologia presente no hospital não fora suficiente para impedir que aquela vida se esvaísse. No dia seguinte, esse paciente também morreu. Foram momentos difíceis para mim. Creio que acabei por colocar, emocionalmente, em risco todo o grupo de estágio. Todo meu aprendizado e as minhas crenças estavam sendo testados e desafiados. Mais uma vez, saí da faculdade sem respostas e me negando a trabalhar com a morte.

Ao final do ano de 2000, agora já graduada, comecei a trabalhar como Enfermeira Assistencial em uma Clínica de Oncologia que oferecia serviço ambulatorial de quimioterapia. Permaneci neste local por cerca de dois anos e meio. Nesta Clínica, encontrei “professores capacitados” para lidar com este tema, os próprios pacientes. Ensinar-me a compreender e trabalhar com a morte, observando e, de certa forma, vivenciando a experiência de acompanhar sua própria situação de terminalidade.

Neste período de intenso aprendizado e busca interior, algumas situações chamaram minha atenção. Nos momentos em que orientava os pacientes para a quimioterapia, explicava-lhes como o câncer se desenvolvia, como a quimioterapia atuava no corpo para combater a doença, as reações que poderiam ocorrer, cuidados que deveriam ter em casa, entre outras coisas. Percebi que, em situações de primeiro tratamento, na maioria das vezes, os pacientes aparentemente saiam aliviados, aceitavam melhor o tratamento, lutavam firme e dignamente contra a doença. No entanto, nas situações de metástase¹ pude observar que, mesmo após as orientações, a angústia permanecia. Era como se nada do que havia sido dito fizesse mais sentido.

Na clínica, também pude vivenciar situações de batalha extrema pela vida, com desfechos dolorosos, outras de extrema aceitação de sua condição, com desfechos tranquilos e de paz, não só do paciente, mas também de seus familiares. Essas situações deixavam-me inquieta.

Pude observar que a esfera biológica do humano tem um limite de sobrevivência, mas a postura desta pessoa em aceitar ou não sua condição de terminalidade seria suficiente para mudar o seu desfecho? Não buscava

¹ Otto (2002, p. 2) conceitua metástase como “a disseminação de células cancerosas a partir da localização primária (mãe) para locais secundários à distância (...) o câncer e as células tornam-se mais malignos a cada mutação”.

explicações, apenas pretendia compreender sua situação de vida, percebendo a morte na situação de portador de uma doença tão estigmatizante como o câncer. Realizei muitas leituras sobre morte, bioética e oncologia mas, mesmo assim, não obtinha respostas às minhas indagações.

Ao final desse período, ingressei no Curso de Pós-Graduação, nível mestrado, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, vislumbrando a oportunidade de desenvolver um projeto de pesquisa que permitisse aclarar minhas inquietações. Neste período exercia duplo vínculo empregatício: com a Clínica, como enfermeira assistencial, e com a Universidade, na qualidade de docente do curso de Enfermagem. Decidi, então, afastar-me da Clínica para que pudesse me dedicar à pesquisa e ao mestrado.

Diante de tantos novos caminhos e conhecimentos, minha inquietação em relação à morte permanecia. Considerando que, de certo modo, já é instituído pela sociedade que a pessoa com câncer tem um prognóstico fechado e sombrio, sendo estigmatizada pela própria doença, questiono como o paciente oncológico se percebe: lutando contra a morte? Compreendendo-a como parte da sua existência?

A aproximação à vivência de doentes em situação de metástase tem sua gênese na percepção de que esses pacientes mostram desânimo, quase desespero, ao saberem que o câncer se disseminou. A metástase traz consigo a idéia de que a doença está evoluindo em direção a um desfecho fatal. Muitas vezes, ao conversar com esses pacientes, percebi um sentimento muito significativo de angústia e desespero pela incerteza quanto ao futuro. E, em muitos momentos, chegavam a perguntar: O que aconteceu? O tratamento não funcionou? A doença está vencendo?

A ausência de estudos relativos a esta fase da doença levou-me a desenvolver esta pesquisa. Algumas aproximações ao tema têm sido realizadas nesta área. Boemer (1985) realizou uma investigação fenomenológica sobre as vivências de pacientes em situação de terminalidade, percebendo o afastamento da equipe de saúde e o isolamento do paciente dado o despreparo dos profissionais para conversar sobre o assunto. Expõe a questão dos profissionais de saúde tratarem a morte como uma doença e o paciente terminal como o portador de um germe da morte. Menciona que somente a partir do momento que os profissionais de saúde entenderem a morte como parte da existência é que poderão estar-com-o-paciente na sua terminalidade. A partir desse ponto, o medo diante da morte se ameniza e o tratamento pode tornar-se pessoal; o paciente pode expressar-se na sua autonomia e retomar sua condição humana, reassumindo sua autenticidade.

Popim e Boemer (1999) também realizaram um estudo fenomenológico com pacientes em quimioterapia, buscando a compreensão do seu significado para quem a realiza. Por meio de suas falas, emergem pontos importantes quanto ao sofrimento físico provocado pela quimioterapia, considerando seus efeitos colaterais. Todavia, tais efeitos são suportáveis tendo em vista a possibilidade de poder ser novamente um ser sem a doença. Para esses pacientes, conviver com sintomas desagradáveis decorrentes do tratamento, é percebido como imprescindível para a continuidade da vida, pois a morte é compreendida como algo aterrorizante que os cerca diariamente. Nesse sentido, a quimioterapia é um fio condutor de esperança para um futuro sem a doença, contrapondo-se, ao mesmo tempo, a um mundo de incertezas reveladas perante o futuro.

Silva (1997) realizou um estudo qualitativo com o intuito de analisar a dinâmica familiar do paciente com diagnóstico de câncer, a partir do impacto do

momento da revelação da presença da doença, à luz da teoria geral dos sistemas. A autora considerou que a relação médico-paciente mostra-se bastante delicada, fazendo com que, muitas vezes, a melhor aceitação da doença e de seu tratamento pelo paciente esteja interligada à postura do profissional. As famílias mencionam ainda um descuido do profissional médico ao investigar a doença e também o excesso de diagnóstico incorreto, postergando o seu tratamento. Outra questão importante diz respeito à falta de informações do paciente acerca de sua doença. O câncer foi visto por essas famílias como uma fatalidade, uma doença que leva ao sofrimento e à mutilação. Em alguns casos, foi considerada uma benção de Deus, permitindo a reaproximação familiar. Apenas 40% dos pacientes tinham consciência da gravidade da doença e que esta podia levar à morte.

Outro estudo baseado no Interacionismo Simbólico (BIELEMANN, 1997) buscou compreender como os familiares convivem com a experiência do diagnóstico de câncer de um de seus membros, na intenção de descrever a vivência da família e o significado da doença para os seus integrantes. A autora enfoca seis momentos distintos nessa experiência: a busca pelo diagnóstico; a sua confirmação; como a família percebe a doença; a construção de um caminho para a manutenção da vida; o ir e vir da doença, sua fase de recidiva; a espera da morte. Em sua análise, observa-se que as famílias reestruturam-se tanto no relacionamento entre seus membros quanto nas tarefas cotidianas e encargos financeiros provenientes da enfermidade. A família torna-se um ponto de apoio e de esperança extremos.

A investigação conduzida por Fonseca (1999) envolvendo pacientes em quimioterapia ambulatorial, teve o intuito de buscar as representações do tratamento quimioterápico para o doente oncológico, por meio da análise de discurso, fundamentada no referencial do materialismo histórico-dialético. O estudo

mostrou que a quimioterapia é entendida como o “divino materializado”, estando, explicitamente, instalada a busca pela cura e a esperança de vida, contra a possibilidade da morte que a doença concretiza. A possibilidade de sofrimento que o tratamento produz é aceito de forma tranqüila, tendo em vista a melhora idealizada. A negação da possibilidade de morrer fundamenta-se nas suas crenças.

Com a proposta de compreender como é vivido, pelas mães, a experiência de ter um filho com recidiva de câncer, Espíndula (2000) desenvolveu um estudo fenomenológico com mães que acompanhavam seus filhos durante a internação no Isolamento Protetor da enfermaria e no Ambulatório de Hematologia e Oncologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A análise das entrevistas revelou certo grau de revolta das mães no que tange à percepção da gravidade da doença, revolta pelo “abandono” expresso pelos médicos após a descoberta da recidiva. As mães percebem, no início da doença, características positivas nos seus filhos, como curiosidade, responsabilidade, colaboração e cuidado com o seu tratamento; com o avançar da doença, a criança torna-se apática, deprimida. As mães ainda revelam ambigüidade de sentimentos de fé e esperança em contraposição a cansaço e desânimo ao cuidarem de seus filhos. A angústia frente à grave situação de seus filhos e o medo da morte é constante nesta fase.

Antonio (2001) realizou um estudo fenomenológico na modalidade estrutura do fenômeno situado, com o intuito de desvelar a (in) satisfação de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial. Foram analisados discursos de pacientes em tratamento em uma Unidade de Quimioterapia Ambulatorial. A análise dos resultados leva a considerar que, para os pacientes em tratamento, as sessões de quimioterapia são demoradas, emergindo impaciência e

aflição. Após a quimioterapia, a questão que mais incomoda se constitui nos efeitos colaterais dos medicamentos que os levam a um estado de desânimo intenso. O estudo aponta também para a importância do esclarecimento das dúvidas sobre a doença e o tratamento e que é importante a existência de uma crença que permita que os doentes se fortaleçam, aumentando a esperança de cura e despertando sentimentos de gratidão. A análise dos dados ainda mostra a preocupação dos próprios pacientes com os outros doentes que não têm algum plano de saúde e que necessitam ficar esperando em filas para consultas ou exames, postergando o tratamento, pois sabem o quanto é importante o diagnóstico e o tratamento rápidos.

A pesquisa fenomenológica desenvolvida por Popim (2001) voltou-se para oncologia, para os enfermeiros desse serviço. Foram analisadas as falas de enfermeiras do Hospital do Câncer A. C. Camargo, em São Paulo. Uma das primeiras questões reconhecidas pelas enfermeiras é a complexidade física do paciente oncológico, ao mesmo tempo que necessitam atender essa pessoa em sua fragilidade emocional. O grande período de hospitalização desses pacientes acaba gerando uma relação de proximidade e afetividade entre enfermeiro – paciente. A trajetória, muitas vezes de morte desses pacientes, leva as enfermeiras a reconhecerem que a ação de cuidar na enfermagem oncológica é desgastante, transparecendo, um fardo a ser carregado.

Outra investigação fenomenológica realizada por Salles (2003) buscou apreender o significado para as pessoas portadoras de neoplasias de seu sendo-no-mundo com câncer. Essa investigação direcionou-se para essas pessoas em seus domicílios. Na sua análise, alguns pontos aparecem: notadamente, a possibilidade do adoecer sendo reconhecida como parte da existência humana; no entanto, isso se faz como possibilidade para outras pessoas e não para si mesmo; a

negação da doença, evitando-se nomeá-la; a tentativa de enfrentar a situação de doença como um desafio que possibilitará o seu retorno como pessoa saudável; a preocupação do doente com a sua falta futura ou momentânea, principalmente quando se refere à situação econômica da família e ao sofrimento que o doente proporciona; a falta de compreensão e a indiferença da equipe de saúde do hospital quanto às verdadeiras necessidades do doente; as incertezas quanto à possibilidade de cura, o reaparecimento da doença e o medo da mutilação que o câncer e o tratamento promovem.

Não encontrei estudos específicos sobre a vivência dos pacientes com relação à possibilidade do morrer, ao saberem, pela segunda vez, de um diagnóstico de câncer em suas vidas, ou seja, na situação de metástase.

Nesse contexto, este estudo tem como proposta compreender como os pacientes oncológicos, em tratamento quimioterápico por ocorrência de metástase, vivenciam a possibilidade da morte, buscando contribuir para a construção de um cuidado ético e humano, na perspectiva da fenomenologia.

As discussões com minha orientadora e as muitas leituras que realizei me fizeram acreditar que o referencial teórico-metodológico da fenomenologia seria pertinente às minhas expectativas, na busca por compreender como os pacientes oncológicos percebem a morte em suas vidas, ao experienciarem a situação de doença metastática.

A fenomenologia abriu-se como uma possibilidade de desvelar o que hoje se mostra obscuro pelo próprio pré-conceito existente com a doença e com a situação de morte, permitindo que este ser-no-mundo possa revelar o que ele está sentindo ao estar convivendo com uma doença que o leva a vivenciar uma situação de proximidade tão concreta com a morte.

O presente estudo poderá possibilitar um aprimoramento dos profissionais no que se refere à competência humana para o cuidar, com o intuito de melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Desta forma, podemos aprender a dialogar com a pessoa a quem cuidamos, a escutá-la e a elaborar os nossos próprios medos e anseios quando trabalhamos tão próximos da morte, prestando, assim, uma assistência humanizada em um momento tão especial de sua vida. Assistência esta não somente voltada ao curar, mas sim à pessoa, em sua integralidade, com todas as implicações trazidas por essa situação.

“O profissional só consegue verdadeiramente cuidar quando consegue verdadeiramente entender o que o outro sente, sem que isso signifique sofrer o mesmo que o outro, mas compreender o drama de um ser humano doente” (YAMAGUCHI; MICHELINI, 2002, p. 48).

“Como ajudar, se não conheço a quem estou ajudando?” (BOEMER, 1998, p. 7). A partir desta questão, devemos trabalhar de forma a auxiliar o paciente e sua família nesse momento singular, no qual a morte revela-se como possibilidade concreta da existência.

Essa questão me faz reconhecer a necessidade, cada vez mais presente, de valorização da subjetividade da pessoa doente como ser único que vivencia suas experiências de modo próprio. Nesse contexto, é que a fenomenologia mostra-se como o referencial teórico – metodológico que pode possibilitar uma perspectiva de compreensão / interpretação que leve em conta a dimensão existencial dessa pessoa.

Como parte deste estudo, será apontado, no Capítulo II, a atual situação da oncologia no Brasil, no contexto de saúde. No Capítulo III, realizo um relato sobre a morte e o morrer, enfatizando algumas questões históricas e éticas. A seguir, no Capítulo IV, apresento o referencial teórico-metodológico, ensaiando algumas aproximações às idéias de Heidegger que possam possibilitar a

compreensão de algumas dimensões da vivência do paciente em situação de metástase, considerando a possibilidade da morte. No Capítulo V, apresento como foi conduzida a trajetória metodológica deste estudo, enfatizando o acesso a esses doentes, sujeitos do estudo, a condução e a análise das entrevistas. No capítulo VI, apresento a análise das entrevistas realizadas. E, finalmente, no Capítulo VII, as reflexões que se abriram a partir do presente estudo.

2. A oncologia na atualidade

O novo milênio traz consigo uma nova realidade para o Brasil. Hoje, a porcentagem de pessoas idosas, segundo o IBGE (2004), chega a quase 10% da população. O século XX, que começou registrando no país uma expectativa de vida de 35 anos, termina registrando uma expectativa de 68,9 anos. Tal avanço deve-se a uma aceleração ocorrida no período compreendido entre a década de 80 e final da década de 90, período este que possibilitou quase quatro anos de vida a mais para a população brasileira. Ao mesmo tempo em que a expectativa de vida da população

aumentou, a taxa de fecundidade diminuiu, passando de 3% na década de 50 para 1.9% na década de 90.

Segundo o último Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil, elaborado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA, 2003), com base no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), um órgão da ONU, o Brasil subiu duas posições no ranking das Nações Unidas, passando de 75º para o 73º país em qualidade de vida. Entre os indicadores avaliados estão: acesso à rede de água e esgoto, coleta de lixo, poder de compra, coeficientes de mortalidade infantil e geral, número de leitos hospitalares, cobertura vacinal, unidades básicas de saúde, número de consultas atendidas ao mês. Podemos observar, hoje, que o Brasil possui um número maior de recursos tecnológicos a serviço da população, permitindo o diagnóstico precoce de algumas doenças. Os pacientes têm acesso mais fácil às novas drogas por meio da implantação do programa de medicamentos genéricos. Ocorreram descobertas de novas doenças, assim como cura ou controle de algumas outras, além de cerca de 60 milhões de brasileiros (BRASIL, 2004b) receberem, atualmente, a visita dos agentes comunitários de saúde identificando, desta forma, os problemas de saúde da população precocemente.

Ao mesmo tempo em que a população envelhece, encontramos no Brasil e no mundo, problemas decorrentes deste envelhecimento, como o avanço das doenças crônico-degenerativas, dentre elas o câncer. As estatísticas gerais de pacientes que morrem acometidos por algum tipo de câncer vêm crescendo anualmente e, hoje, considerando a taxa de mortalidade geral da população, chega à segunda causa de morte entre os brasileiros (BRASIL, 2004a).

O câncer é uma doença antiga, existindo registros de sua presença na forma de um osteoma na vértebra de um dinossauro há 50 milhões de anos. Escritos egípcios (1200 A.C.), Hipócrates (460 A.C.) também faziam referências à enfermidade. O médico grego Galeno (130 D.C. 200) foi o primeiro a classificar tumores de pele em malignos e benignos. Árabes, entre os séculos X e XVIII, descreviam teorias sobre esta patologia. Franceses e italianos, nos séculos XII e XIV, já realizavam extirpações de tumores. Somente a partir do século XIX é que ocorreram avanços mais significativos sobre a enfermidade (BIELEMANN, 1997).

Estudos levaram à consideração de que o desenvolvimento do câncer depende da influência de alguns fatores no seu crescimento. Isto inclui, obrigatoriamente, um agente causador ou carcinógeno, agentes promotores e a base genética de cada indivíduo. Os agentes promotores podem ser entendidos como fatores genéticos ou ambientais como, por exemplo, a exposição a altas doses de um carcinógeno, superando a herança genética de resistência. A diminuição da mortalidade, principalmente entre os jovens, faz com que esses tenham um maior grau de exposição a fatores de risco associados a doenças crônico-degenerativas como a industrialização, urbanização, exposição freqüente a produtos potencialmente cancerígenos.

Esses fatores anteriormente citados aliados à maior expectativa de vida contribuem para que o câncer assuma importância cada vez mais relevante entre as causas de morte no país: em 1930, representava menos de 3% dos óbitos ocorridos, em 1989 representava 12% e, em 2002, a taxa de mortalidade por câncer, no Brasil, chegou a 14,86% dos óbitos ocorridos (BRASIL, 2004a). Para o ano de 2003, as estimativas de óbito por câncer em geral chegavam a 126.960 óbitos em todo o Brasil, com cerca de 402.190 novos casos (INCA, 2004).

Como já comentado, tais estatísticas alarmantes conduzem os profissionais de saúde a trabalhar com dois significados para o logismo *Câncer*: um popular e um científico. Popularmente, o câncer é um sinônimo de morte prematura, sofrimento e dor, em contraposição ao conceito científico que, segundo Otto (2002, p. 3), “[...] não é um crescimento desordenado de células imaturas, mas um processo lógico coordenado, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais”.

O câncer é considerado uma enfermidade metafórica, na medida que traz consigo significações diversas tais como desordem, catástrofe, castigo e, em última análise, sendo relacionado à fatalidade (BIELEMANN, 1997; FONSECA, 1999). Bielemann (1997, p. 12) complementa ainda que “essa conotação é reforçada pelos meios de comunicação, através da propaganda, de que o câncer é algo aterrorizador, que destrói a pessoa por dentro, mata”. Um significado tão forte como este colide com o objetivo principal da medicina, que é o de curar. Aliado aos muitos avanços tecnológicos, em muitos casos o que se consegue é prolongar as funções vitais, mas sem controlar adequadamente a doença de base. Significado esse compartilhado também por Ariès (2003, p. 239) que, ao analisar textos, figuras e representações históricas sobre a morte, enfoca o câncer da seguinte maneira:

[...] A doença incurável, particularmente o câncer, tomou as características hediondas e assustadoras das antigas representações da morte. Melhor do que o esqueleto ou a múmia dos macabros dos séculos XIV e XV, mais do que o leproso com sua matraca, atualmente o câncer é a morte. Mas é preciso que a doença seja incurável (ou que tenha fama de sê-lo) para que assim, deixe transparecer a morte e lhe dê seu nome.

Bielemann (1997, p. 16) confirma que “câncer” é uma palavra evitada entre os familiares, referindo-se à doença com palavras substitutas que camuflam seu entendimento. Essa autora ainda complementa:

[...] Em vista da significação metafórica dessa doença, cria-se um tabu em torno do diagnóstico. É interessante assinalar que algumas doenças, cujas estatísticas de mortalidade são superiores às do câncer, são mencionadas

abertamente apesar do diagnóstico, muitas vezes, tidos fatais – pois não têm a mesma conotação que o câncer. Idéia corroborada por Vargas, Medeiros (1984) e Rona, Vargas (1992), quando acentuam que o diagnóstico de câncer tem um impacto profundo e estremeceador para a família, tendo em vista que é sentido como sinônimo de morte, mesmo que atualmente seu prognóstico seja melhor que outras enfermidades não classificadas como malignas e que podem ter desenlace fatal.

Um dos maiores dilemas da medicina, hoje, é a onipotência médica que se recusa a aceitar que a vida é finita (UTZERI, 2000) e, desta forma, promove todos os esforços na esperança de algum dia conseguir vencer o inevitável, a morte. Durante esta batalha com o inevitável, os profissionais da saúde esqueceram-se do paciente que, na maioria das vezes, clama por uma morte digna ao lado de seus familiares e pessoas significantes. Em muitas outras vezes, os profissionais esquecem da família que está sofrendo tanto quanto o paciente. A família age como espelho da equipe de saúde, mantendo esperanças infundadas sobre a possibilidade de cura de seu familiar, sem saber das suas reais possibilidades terapêuticas.

Com o avanço tecnológico, ocorrido principalmente no século XX, os médicos passam a ser os donos da vida e da morte. A morte passa a ser compreendida não mais como um fenômeno natural, mas como uma doença e como tal deve ser curada. É a fase do triunfo da medicalização, na qual se acredita que os medicamentos podem curar tudo, inclusive a morte. E, se a cura não ocorre, então a morte passa a ser considerada como um fracasso, impotência ou imperícia (ARIÈS, 2003).

Ao analisarmos a prática assistencial biomédica, no século XX, compreendemos que o processo de trabalho do hospital é conduzido pela clínica anatomopatológica, alicerçada no corpo biológico individual, no sentido de corpo do indivíduo, com seus limites físicos, químicos e biológicos, imperando uma visão

mecanicista e biologicista na qual o corpo humano é visto e passa a ser cuidado nas suas partes (LIMA, 1998).

A mesma autora lembra, ainda, que o modelo clínico de assistência está pautado no modelo da intervenção médica ou de cuidados hospitalares tradicionais, que se baseiam no conhecimento técnico-científico, predominantemente do médico, para a realização do diagnóstico, da cura e da prevenção da morte, sendo esse o profissional detentor do poder e da autoridade sobre a equipe de saúde e também sobre o paciente, estando presente ainda à prática da especialização dos cuidados de saúde.

Este modelo é todo voltado para a produção de procedimentos, consumindo intensamente a tecnologia dura, isto é, recursos tecnológicos da área da saúde, subestimando a prática clínica. Esse modo de trabalho restringe horizontes e não contempla a atuação com seres humanos, vivos, subjetivos e particularmente produtores de necessidades (MERHY, 2000).

Ao refletirmos sobre o modelo clínico vigente tal como enfocado por Lima (1998), compreendemos que, na prática da assistência aos doentes com câncer, também há a centralização dos cuidados da equipe multidisciplinar sobre os sintomas físicos do paciente, o que não permite acolhê-lo na sua subjetividade e na sua construção como ser finito.

Essa visão biologicista e especialista revela o predomínio do modelo cartesiano, ainda presente na organização do trabalho em saúde e na formação dos profissionais, conforme relata Fonseca (1999) em seu estudo, identificando que, apesar do ensino estar sendo pautado sobre o cuidado humano, as enfermeiras têm dificuldades para atender muitos dos problemas identificados nos pacientes e assistirem, na integralidade e na individualidade, cada ser humano.

Com os avanços tecnológicos da medicina, principalmente na área da oncologia, houveram muitas contribuições para o aumento da sobrevida dos pacientes; no entanto, o enfoque permanece sempre sobre a cura, ficando o cuidado e o bem-estar do paciente e da família em última instância (MELO, 2003).

Para além do cuidado do paciente oncológico, cabe ressaltar que algumas experiências visando a mudança do modelo assistencial têm sido realizadas em alguns municípios como: Campinas, Belo Horizonte, Paulínea e Ipatinga. A proposta de trabalho passa a ser centrada no usuário, sendo todas as categorias profissionais responsáveis pelo acolhimento do paciente, responsabilizando-se pelo seu cuidado, resolvendo seus problemas e incentivando o desenvolvimento da autonomia do paciente (MERHY, 2000). No município de Belo Horizonte, foi implantado, em 1995, com intuito de promover mudanças no processo de trabalho em saúde, o Projeto Acolhimento, uma proposta que busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional que atua na rede. O objetivo do projeto é que todos obtenham uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, praticando a clínica (MALTA et al., 2000). Faz-se necessário, aqui, a abertura de um parêntesis para definir o termo clínica, compreendido por nós como o apresenta Merhy (2000, p. 195):

[...] não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma 'disfunção biológica', mas também como um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dá de modo partilhado.

Retornando à proposta do Projeto Acolhimento do município de Belo Horizonte, o processo de trabalho nesse projeto não é centrado no saber médico. A escuta do usuário, o diagnóstico e a prescrição, a realização de procedimentos, o ministrar de cuidados são resultados da integração das atividades e parcerias de todas as categorias profissionais atuantes, respeitando-se os núcleos e campos de

saberes de cada profissional, mas alargando os campos comuns e melhorando a qualidade da assistência.

Esse movimento de escuta do paciente permite novos horizontes, compreendendo que a cura ou a promoção de saúde estão interligados, sempre, ao meio social e à história psíquica de cada indivíduo, compreendendo a cura como uma ampliação do coeficiente de autonomia da própria pessoa para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença e de suas relações com o meio social (CAMPOS, 1994).

O mesmo autor ainda alerta que a ampliação do coeficiente de autonomia das pessoas permite a revalorização da prática clínica, combatendo a medicalização o que motivaria novos procedimentos terapêuticos ligados ao psíquico, à reeducação sanitária, melhorando as condições individuais e coletivas de resistência a doenças, por meio de uma abordagem integral, enfocando o ser humano na sua subjetividade.

Essas experiências fazem muito sentido, ao pensar, especificamente, no cuidado ao paciente oncológico. Nesse contexto, é fundamental considerar a pessoa doente como ser subjetivo e social, não o reduzindo à dimensão biológica, isto é, da doença.

É importante ressaltar o advento da Medicina Paliativa no mundo, a partir do final da década de 90, quando começaram a surgir grupos especializados em cuidados paliativos. A Organização Mundial de Saúde define o termo como sendo:

Todo cuidado ativo e total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, os cuidados dos problemas psicológicos, sociais e espirituais são o mais importante. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias (PESSINI, 2003, p. 18).

Esse tipo de intervenção visa o cuidado e não a cura, compreendendo a morte como um processo natural da própria vida, seja pelo envelhecimento ou pelo adoecimento (PESSINI, 2003). Diferentemente do modelo biomédico assistencial vigente, esse modelo passa a autoridade ao paciente, sendo compreendido que o processo de viver e morrer extrapola o poder de decisão técnica de qualquer profissional de saúde. O cuidado paliativo prioriza o atendimento multiprofissional/interdisciplinar, respeitando cada um na sua especialidade, mas compreendendo o processo do cuidar como amplo, envolvendo as esferas físicas, psíquicas, sociais e religiosas. Por meio desse modelo, passa-se a cuidar do doente e não mais da doença e, mais que isso, é possível cuidar da pessoa humana que, em sua facticidade, vivencia a situação de doença.

A filosofia dos cuidados paliativos, a meu ver, está em consonância com a legislação brasileira que regulamenta os serviços de saúde (Leis 8080/1990 e 8142/1990) que integram o Sistema Único de Saúde, priorizando não somente o acesso igualitário e universal aos serviços, mas também uma assistência que vise a integralidade, assim como a preservação da autonomia do doente com câncer na escolha do tratamento, o direito à informação e a uma morte digna.

Nesse sentido, voltar-me para a dimensão existencial do homem doente que experiencia a situação de uma metástase, é também uma forma de valorizar e construir um outro modo de cuidar, pautado na compreensão do processo saúde-doença para além do eixo biológico, considerando a integralidade da pessoa humana.

3. A visão da morte nos dias atuais

Historicamente, a morte e o processo do morrer sofreram modificações significativas que a configuraram como a vemos nos dias de hoje. Na obra *História da Morte no Ocidente*, o autor Philippe Ariès (2003) descreve, por meio da análise de textos, quadros e obras, representados entre os séculos XV e XX, toda a evolução ocorrida no processo de compreensão da morte e do morrer:

A morte, na primeira fase da Idade Média, é evidenciada por dois momentos conhecidos como a “morte domada” e a “morte de si mesmo”. O homem sabia que iria morrer pela presença de avisos, sonhos, signos ou convicções internas, sendo a morte esperada no leito, com a presença de parentes, amigos, vizinhos e crianças. Era a única cerimônia pública e organizada, marcada pela simplicidade com que os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, de modo cerimonial, sem caráter dramático ou gestos emocionais excessivos.

Na segunda fase da Idade Média e início do Renascimento, o homem empenhava-se em participar da sua própria morte, porque entendia que só era dono de sua vida na medida em que era dono de sua morte. A morte pertencia a ele e somente a ele. O moribundo ficava em seu quarto, cercado de familiares e amigos, onde pedia-lhes perdão pelas faltas cometidas em vida.

Marca a época compreendida entre o século XVII e XVIII, o medo de ser enterrado vivo e a confusão entre a vida e a morte. Surgem vários ritos e cerimônias para atrasar os enterros, como, por exemplo, os velórios de 48 horas. Já no século XIX, a morte era vista como bela, romântica, sinônimo de um sublime repouso e da eternidade. Nessa fase, a morte passa a ser desejada, por permitir o reencontro de pessoas que se amavam e por uma crença na vida futura.

O século XX é marcado pela morte interdita, que se esconde. A morte passa a ser vergonhosa, tomando o lugar do sexo como um tabu da sociedade. A morte já não pertence mais à pessoa, não deve ser percebida e é reconhecida como “boa” somente quando não se pode dizer se o sujeito está vivo ou morto. O luto passa a ser “proibido”, assim como, chorar os que se vão. A morte, neste momento, depende da vontade do médico, dos equipamentos do hospital, da riqueza da família ou do Estado.

Kovacs (1993) reflete sobre a transferência da morte do lar para o hospital na sociedade capitalista e ainda sobre o afastamento da família desse momento de morte em virtude dessa transferência de espaço. Relata que, no hospital, o silêncio não pode ser incomodado, assim como não se pode atrapalhar o trabalho dos médicos com choros, lamentações ou questionamentos, mostrando o quanto, na sociedade moderna, tanto a família quanto a medicina passaram de forma incondicional a negar a doença e, conseqüentemente, a morte.

No entanto, em muitas situações, considerando a dimensão fisiológica, torna-se uma luta por uma causa perdida. Para Piva e Carvalho (1993, p. 130) chegamos a um momento que,

[...] mesmo que se disponha de todos os recursos, o paciente não é mais salvável, isto é, está em um processo de morte inevitável [...] momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer.

Para Canella et al. (1981), uma doença crônica incurável, como o câncer, acaba por gerar, no paciente, sentimentos de revolta contra si mesmo, o médico, a medicina e contra o próprio mundo. Sentimentos esses que devem ser trabalhados para que, em caso de morte, a própria equipe de saúde não se sinta culpada pela morte do doente.

Mesmo com a descoberta de novas doenças, sendo elas muitas vezes fatais e com o crescente envelhecimento da humanidade, para os profissionais de saúde ainda é difícil lidar com as situações de morte. Isto pode ser visto nos estudos de Boemer (1989) e Bielemann (1997). Boemer relata em um de seus estudos realizado com funcionários de um CTI que, para eles, a morte surge como algo que pode ocorrer em decorrência de falha no atendimento, falha essa associada à rapidez de observação, comunicação e prestação de assistência; verbalizam sentimentos como tristeza, dor e sensação de impotência, ligados a idéia

de morte. A possibilidade de morte é percebida, mas não de forma clara, como possibilidade concreta, mas como uma eventualidade. O estudo possibilitou ver que o pessoal que ali atua sente-se comprometido com a vida e é na sua preservação que vê a gratificação do seu trabalho. Já Bielemann (1997, p. 13), em seu estudo, identifica entre os enfermeiros sentimentos negativos em relação ao câncer, ligando-o expressivamente à morte e sendo expresso por elas como “tudo que é ruim vem para cá”.

Até meados do século XX, a crença de que a ciência sabia e podia tudo ainda imperava no meio científico e popular. A modernidade trouxe consigo a crença exacerbada no conhecimento científico como a única forma de salvação. Nesta época, a morte era vista como um erro ou má aplicação da ciência. A partir da década de 80, com a ascensão da pós-modernidade e com o advento da bioética na ordem mundial, a ciência perde o seu status de ciência exata e resolutiva e começam a ocorrer interpretações dos objetos. Assim, do ponto de vista bioético, a morte passa a ser vista como um processo natural em muitas situações, conforme afirmam Piva e Carvalho (1993, p. 131):

[...] se tomarmos como princípio básico o de optarmos sempre pela preservação da vida, independente da situação, estaremos com tal atitude, negando a existência da finitude da vida [...] existe um momento na evolução da doença em que a morte torna-se um desfecho esperado e natural, não devendo, portanto, ser combatida.

No entanto, algumas vezes ainda ocorrem situações nas quais, principalmente o paciente terminal, não conhece o diagnóstico de sua doença ou mesmo parte dele. O relacionamento com o profissional de saúde fica restrito a uma sucessão de mentiras e racionalizações, até atingir um ponto insustentável, no qual o diálogo não é mais possível. Os princípios bioéticos e de respeito à vida desde o início do tratamento podem não ser considerados (BOEMER, 1985).

Complementando essa idéia de busca por um atendimento ético e humano, em 1995, após a realização do Fórum de patologias do Estado de São Paulo, foi publicado a Cartilha dos Direitos do Paciente, composta por 35 itens ou artigos, dentre os quais destaco: o direito do paciente a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre seu diagnóstico e tratamento; direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem realizadas; direito a uma morte digna e serena, podendo optar (desde que lúcido) [...] se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

Boemer (1989) relata que, para a equipe de saúde, o seu sucesso está irremediavelmente associado às ações que impeçam que a morte ocorra. No entanto, questiono: Será que em muitas de nossas ações realmente sabemos o que é prolongar a vida e/ou o sofrimento destas pessoas? Até onde temos o direito de interferir no curso natural da vida humana?

Quando começa a existir a necessidade de impormos, de alguma forma, regras ou limites para os cuidados ou a assistência ao ser humano, deixamos de respeitá-lo como pessoa, deixamos de ouvir seus anseios e necessidades.

Boemer (1989) reflete que falta espaço na sociedade moderna para que o homem, como ser-no-mundo, possa fazer reflexões acerca de sua existência e de sua possibilidade de não-mais-ser-no-mundo.

Para Labate e Pereira (1998, p. 22), “a tomada de consciência da morte, da finitude do ser humano, constitui-se em um entrave e aflora a realidade de não sabermos, e é angustiante admitir o não saber. Esse é um momento de sofrimento para nós seres humanos”.

Alves (1991, p. 12) refletindo sobre o significado da morte e sua relação com sentimentos de medo e perdas, diz:

A morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda, sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver [...]. Na verdade a morte nunca fala sobre si mesma. Ela sempre fala sobre aquilo que estamos fazendo com a própria vida, as perdas, os sonhos que não sonhamos, os riscos que não tomamos, os suicídios lentos que perpetuamos.

Até que se consiga aceitar a finitude da vida de forma natural, não sofrível, muito ainda precisa ser discutido e refletido. Vivemos em uma sociedade que acredita, fielmente que a medicina cura. Que o dever do profissional de saúde é curar; se isso não ocorre, é porque ele não desempenha bem sua função. No entanto, para Silva (1993, p. 142), “a perda do objetivo determinado, que é de curar uma doença específica, não acarreta a perda do objetivo pensado a partir de uma visão mais ampla do princípio da beneficência: o doente como pessoa”.

Nem sempre a vida imita a arte. Quando saímos das páginas de papel vemos que as coisas não são tão fáceis quanto aparentam na escrita. Por que não deixamos que nossos pacientes nos ensinem um pouco mais sobre este momento que estão vivenciando tão intimamente, e que nós, mesmo estando ao seu lado, jamais conseguiremos compreendê-lo, olhando somente pela ótica externa.

Sobre essa questão, Boemer (1998, p. 2) esclarece que:

Os pacientes queixam-se que os elementos da equipe de enfermagem limitam-se a lhes dar os cuidados mínimos, permanecendo na enfermaria apenas o tempo necessário para tal e isto indica, a meu ver, a inexistência de uma proposta de aproximação a este paciente, de estar-com-ele em sua situação de terminalidade por parte do pessoal de enfermagem. Quando alguém da equipe se propõe a atuar sob esse enfoque, o faz por iniciativa pessoal e não por que essa seja uma filosofia de serviço.

Neste contexto, o respeito pela dignidade do paciente durante o processo de sua morte, deve ser assegurado pelo respeito aos princípios bioéticos que cercam esta situação.

A seguir, apresento o referencial teórico-metodológico que fundamenta este estudo.

4. O referencial teórico-metodológico do estudo

Em minha proposta de estudo fez-se necessário que a pessoa com câncer se mostrasse a mim em sua dimensão existencial. O desvelamento de facetas significativas de sua vivência, na situação de ocorrência de metástase, pôde permitir que eu o compreendesse em algumas perspectivas como ser no mundo, considerando seu caráter de abertura, incompletude e finitude.

A fenomenologia, como método de pesquisa, possibilita o acesso ao sujeito da experiência. Tem como proposta compreender o fenômeno, resgatando a experiência vivida em sua intenção “total”.

A natureza de minha inquietação não encontra respaldo na busca por respostas por meio do método científico tradicional, positivista, tendo em vista que esse desconsidera a dimensão da subjetividade-intersubjetividade, fundamental para a compreensão da vivência humana.

A minha inquietação emerge da minha prática profissional cotidiana, cujas experiências vêm mostrando que apenas os conhecimentos técnico-científicos, mesmo da esfera psico-emocional, não têm sido suficientes para acolher o paciente. Como ajudar esse ser-com-câncer, nesse momento de fragilidade, de adoecimento, se não me aproximo de seu modo próprio de vivenciar esse momento peculiar de sua existência? Se não compreendo o que é a morte para essa pessoa vivenciando uma situação particular de câncer?

Para o desenvolvimento desta proposta, a fenomenologia mostra-se como uma opção teórico-metodológica pertinente à natureza do meu “objeto” de investigação.

Assim, a fenomenologia é um método de investigação que permite “voltar às coisas mesmas”. É composta pelas palavras gregas “phainomenon” e “logos”, sendo que fenômeno é compreendido como o que se mostra, o que se revela em si mesmo, e logos tem o sentido de razão, relação, proporção, de deixar e fazer ver a partir daquilo sobre o que se discorre. Então, Fenomenologia é deixar e

fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra, a partir de si mesmo (HEIDEGGER, 2002a).

No contexto deste estudo, “voltar às coisas mesmas” tem o sentido de valorizar a experiência da pessoa com câncer, em situação de metástase, que vivencia a possibilidade da morte, o que implica em não partir de conceitos pré-estabelecidos, mas de compreender a subjetividade dessa experiência.

Existem muitas vertentes da abordagem fenomenológica e, para a realização deste trabalho, optei por fazer algumas aproximações às idéias de Martin Heidegger que possibilitam a compreensão de algumas facetas do fenômeno morte, em seu livro “*Ser e Tempo*”.

Dada a forma de articulação das idéias do filósofo, a compreensão do fenômeno morte exige a aproximação a importantes idéias sobre o “homem” (ser-aí/*Dasein*) como existência, ser-no-mundo, sendo-com-o-outro, em suas dimensões autênticas e inautênticas de cuidar. Enfim, seu pensamento filosófico construído como círculo hermenêutico é amplo e complexo. Todavia, para este estudo inicial serão enfocadas somente algumas idéias que me foram possíveis apreender até o momento, considerando que elas podem lançar luz à temática em foco, trazendo sustentação filosófica para meu pensar e cuidar.

Primeiramente, faz-se necessário um conhecimento sobre o autor de *Ser e Tempo*. Martin Heidegger nasceu em 26 de setembro de 1889, em Messkirch, na Schwarzwald (Floresta Negra), Alemanha, e morreu em 26 de maio de 1976, na mesma Messkirch, então parte da Alemanha Ocidental. Filho de um sacristão católico, após terminar os estudos básicos, Heidegger entrou para a ordem dos

Jesuítas. Como noviço, estudou a Escolástica (filosofia cristã medieval) e a teologia tomista, na universidade de Freiburg, aonde se tornou discípulo de Edmund Husserl, considerado pai da fenomenologia. Sob a orientação de Husserl, Heidegger desenvolveu sua tese de doutorado sobre psicologia, mas que, mais tarde, Heidegger colocou como sendo as maneiras de ser do homem. Em 1915, tornou-se professor da Universidade de Freiburg. Em 1927, surpreendeu o mundo filosófico com a publicação de *Sein und Zeit* (Ser e Tempo), sua obra fundamental (COBRA, 2001).

Para aproximar-me do pensamento heideggeriano, mostrarei a Alegoria do Cuidado ou Alegoria da Cura, como é denominada por alguns autores. Uma velha fábula retirada das “*Fábulas de Higino*” que leva o número 220. Stein (1984) relata que Heidegger encontrou informações sobre esta fábula em um texto de Konrad Burdach. Já Burdach mostra que Goethe se informou sobre esta fábula a partir de um poema de Herder que a incluiu como uma anciã, na segunda parte do Fausto.

Heidegger enfoca a Alegoria do Cuidado como um testemunho pré-ontológico do ser como cuidado.

Quando um dia o Cuidado atravessou um rio, viu ele terra em forma de barro: meditando tomou uma parte dela e começou a dar-lhe forma. Enquanto medita sobre o que havia criado, aproxima-se Júpiter. A ele solicita o Cuidado que dê espírito a esta figura esculpida de barro. Isto Júpiter lhe concede com prazer. Quando, no entanto, o Cuidado quis dar seu nome a sua figura, Júpiter o proibiu e exigiu que lhe fosse dado o seu nome. Enquanto o Cuidado e Júpiter discutiam sobre os nomes, levantou-se também Tellus (Terra) e desejou que à figura fosse dado o seu nome, já que ela tinha oferecido uma parte de seu corpo. Os conflitantes tomaram Saturno (deus do tempo) para juiz. Saturno pronunciou-lhes a seguinte sentença aparentemente justa: Tu, Júpiter, porque deste o espírito, receberás na sua morte o espírito; tu, Terra, porque lhe presenteaste o corpo, receberás o corpo. Mas porque o Cuidado primeiro formou esta criatura, irá o Cuidado possuí-la enquanto ela viver. Como, porém, há discordância sobre o nome, irá chamar-se ‘Homo’, já que é feita de humus. (STEIN, 1984. p. 57-58)

A partir da concepção primeira do *homo*, o ser criado a partir da terra, pelo Cuidado, Heidegger compreende o ser humano como o *Dasein*²: um ser que, na sua constituição ontológica, se configura como passado, cotidiano presente e possibilidades futuras, enfim, como temporalidade, isto é, seu modo de ser em que predomina seu curso temporal no mundo. O *Dasein* é, na sua essência, possibilidade, projeto (HEIDEGGER, 2002a).

Uma das características fundamentais da existência diz respeito às várias formas do homem existir no mundo. Heidegger introduz a expressão “ser-no-mundo”, ou melhor, “sendo-no-mundo”. Essa expressão nos leva à compreensão da conjunção “no”, que aqui tem o sentido de familiaridade, confiança. O mundo é compreendido como além do mundo geográfico, espacial, ao qual pertencemos. “Sendo-no-mundo” significa as várias maneiras pelas quais o homem vive e pode viver, os modos como ele se relaciona e atua com os entes (SPANOUDIS, 1981).

Outra característica ontológica do ser humano aparece na Alegoria do Cuidado, como algo percebido entre os deuses, o “ser-com”. “Sendo-com” é uma característica fundamental para o existir humano. A conjunção “com” significa junto, algo ou alguém na presença de outrem. O “ser-com-os-outros” permite que o ser humano se relacione, atue, pense, viva com o outro.

Os outros, para Heidegger (2002a), tem um sentido relativo àqueles com os quais, na maior parte das vezes, não nos distinguimos. Isto é, entre os quais também nós mesmos nos encontramos.

² *Dasein* é traduzida por “ser-aí”, “être-là”, “esser-ci” evocando o processo de constituição ontológica de homem, ser humano e humanidade (Heidegger, 2002a. p. 309).

No cotidiano, quase sempre, o homem vive no seu modo de ser impessoal / da inautenticidade / decadência, afastando-se da possibilidade de ser si mesmo. Esse modo de ser impessoal, o qual Heidegger chama de o “a gente”, tem características próprias e constitui o caráter público do ser humano, isto é, o indivíduo é, de certa forma, levado a viver na uniformidade, regido por leis, regras, valores de domínio público. Ninguém tem responsabilidade concreta sobre nada, a responsabilidade fica a cargo, por exemplo, das instituições e, sendo assim, qualquer um pode ser substituído a qualquer momento. Esse modo de viver não se apresenta como um vazio, mas como um modo cotidiano de se viver, um modo de existência que acomoda os que dele participam e encontram-se perdidos de si mesmos; é um coletivismo massificante, que torna o ser humano um objeto manipulável. No entanto, esse modo de existência acaba por proteger-nos de nós mesmos (HEIDEGGER, 1981; MICHELAZZO, 2002; CORRÊA; VALLE, 2002).

Entretanto, em muitos momentos de nosso existir, vivenciamos o modo de existência da autenticidade, no qual adquirimos um rosto singular, aceitamos a tarefa de “ter que ser”, de cuidar do nosso ser, de tornarmo-nos, de constituirmo-nos. Esse modo de ser autêntico não é permanente, ele se dá em um movimento de “vai-e-vem” do modo de ser do *Dasein*. Isso acontece quando nos damos conta da cotidianidade em que vivemos e passamos a refletir sobre a agitação e desilusão que nos acompanha, mas que, ao mesmo tempo nos é vazia, sem sentido especial, ou quando somos surpreendidos por alguma doença grave ou ainda em casos de proximidade da morte. Nesses momentos, somos invadidos por inseguranças, por incertezas; temos que nos responsabilizarmos por nossas escolhas. Envolve-nos um sentimento de inquietude (MICHELAZZO, 2002).

Heidegger expressa a Alegoria do Cuidado como uma exposição simbólica para mostrar a interpretação existencial do *Dasein* como cuidado (STEIN, 1984). Por esta Alegoria, reflete que, pré-ontologicamente, o *Dasein* já era interpretado como cuidado (HEIDEGGER, 2002a, p. 246), cuidado com o mundo, com os entes e com a verdade.

Em seu texto *Prolegômenos à história do conceito de tempo* (1925), Heidegger já apontava para a definição de ser como cuidado. Posteriormente, explorou os fundamentos ontológicos da antropologia de Santo Agostinho e encontrou o fenômeno cuidado. Mas, é na Alegoria do Cuidado que Heidegger encerra sua análise e apresenta a definição do *Dasein* como cuidado (STEIN, 1984).

Uma outra condição ontológica da existência humana expressa na Alegoria do Cuidado, por Saturno (deus do tempo), é a do homem como finitude: o Cuidado irá possuí-lo enquanto viver. Júpiter receberá seu espírito na sua morte e Tellus (terra) receberá o corpo. A temporalidade é constitutiva do Cuidado, de tal modo que a estrutura do *Dasein*, como ser-no-mundo, articula seu sentido pleno como finitude, como temporalidade. O tempo, como finitude, ser-para-a-morte é, enquanto temporalidade, o sentido ontológico do cuidado.

Heidegger (2002a) expressa que existem duas maneiras de cuidar, intimamente ligadas à essência do *Dasein* como ser-com-o-outro: uma delas é a de cuidar do outro pulando em cima dele, isto é, fazer tudo pelo outro, dominá-lo, manipulá-lo, fazer por ele; a outra forma é a de pular em frente ao outro, isto é, dar condições para que o outro assuma seus próprios caminhos, cresça, amadureça, é fazer com o outro, ou ainda, é deixar que o outro faça enquanto você o apóia.

Dessa forma, o homem, como ser-no-mundo, é essencialmente cuidado e só é percebido como cuidado na sua temporalidade, ou seja, nos modos-de-ser-no-mundo, isto é, na sua existencialidade /projeto (futuro), na sua facticidade / ser lançado (passado) e na sua decadência / inautenticidade (presente) que configuram a estrutura ontológica do ser.

A possibilidade de sermos mortais, de reconhecermos a nossa própria vulnerabilidade e finitude, é a fonte primordial da angústia humana, que faz com que o *Dasein* procure refúgio na cotidianidade, na publicidade. Esse refúgio no cotidiano transforma a angústia em medo e torna a possibilidade do próprio morrer em um acontecimento público, alienado, corriqueiro, de simples extinção biológica, que acontece no cotidiano, mas que não é o seu próprio morrer. Somente quando o *Dasein* for suficientemente forte para exteriorizar e superar a angústia da morte é que o morrer passará a ser um fenômeno constituinte da vida, uma possibilidade concreta da existência (MICHELAZZO, 2002; CORRÊA, 2000; SPANOUDIS, 1981; HEIDEGGER, 1981).

Para Heidegger (2002b), o ser-aí se relaciona com o seu poder-ser, com a possibilidade de vir a ser até o seu fim, isto é, o ser-aí é um ser incompleto, no qual há sempre algo pendente, não tornado real, como um poder-ser-si-mesmo. A constituição essencial do ser-aí é pautada em uma constante inconclusão. A não totalidade do ser-aí significa exatamente aquilo que está pendente, o poder-ser.

Boemer (1989, p. 70) relata que, para Heidegger, a morte é uma possibilidade que está presente, determinando a vida desde o nascimento e não é por ele encarada como o fim da vida humana no sentido de ser o fim de um caminho que pode ser alcançado ao término de um trajeto.

Heidegger (2002b, p. 20) alerta que “ninguém pode assumir a morte do outro. De certo, pode-se ‘morrer por outrem’. No entanto, isso quer dizer sempre: sacrificar-se pelo outro numa coisa e causa determinada”. Desta forma, cada ser-aí deve assumir a sua própria morte, a morte é essencialmente própria de cada um. Este fato permite que o ser-aí aproxime-se de uma possibilidade ontológica, a de ser singular, de assumir-se a si mesmo. Assim, a morte, enquanto morrer, é tratada como um fenômeno existencial.

Heidegger (2002b) ainda complementa que cabe buscar, no próprio ser-aí, o sentido existencial de seu chegar-ao-fim e mostrar que esse “findar” pode constituir todo o ser deste ente que existe e significa o seu ser-para-o-fim. Com a morte o ser-aí completou seu curso.

A existência, diz Heidegger (2002b), não é dada ao homem como um caminho bem arranjado ao fim do qual está a morte, mas a morte, como possibilidade, atravessa sua existência e, a qualquer momento, pode surpreendê-lo. Desde o seu nascimento, o homem já é suficientemente velho para morrer. A morte é dada ao homem como possibilidade ímpar da sua existência, como a sua única certeza, inerente ao SER desse homem.

“A morte é um modo de ser que o ser-aí assume no momento em que é. ‘Para morrer, basta estar vivo’ [...] No sentido mais amplo, a morte é um fenômeno da vida” (HEIDEGGER, 2002b, p. 26-28).

Imbuída dessas idéias sobre o morrer, na perspectiva heideggeriana, fui ao encontro dos pacientes com câncer em situação de metástase, abrindo-me ao seu discurso.

5. A trajetória metodológica

Para a compreensão das minhas inquietações, abordei os pacientes de uma Clínica de Oncologia, situada no município de Guarapuava, Estado do Paraná, que estavam em tratamento quimioterápico como uma segunda experiência, em uma situação de metástase. Para essa abordagem, recorri a entrevistas que foram gravadas e posteriormente transcritas, com sua autorização. Apenas um paciente não autorizou a gravação. Neste caso, após nosso encontro, relatei os pontos mais significativos apresentados, tentando manter o máximo de fidelidade possível à sua fala.

5.1. Apresentando o serviço de oncologia

A Clínica de Oncologia é um serviço terceirizado de um Hospital Filantrópico da cidade de Guarapuava - PR, onde 90% dos pacientes atendidos são do Sistema Único de Saúde (SUS). A clínica fornece serviços de quimioterapia ambulatorial e hospitalar, assim como hormonioterapia e imunoterapia. É um serviço modelo para a região, em estrutura e tratamento. Fazem parte da sua equipe: dois cirurgiões oncológicos gerais, um cirurgião de cabeça e pescoço, um hematologista, uma oncologista clínico, uma enfermeira, uma farmacêutica, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, além da equipe administrativa. Durante a realização desta pesquisa, na clínica, a psicóloga afastou-se do serviço e ainda não foi substituída.

Os pacientes são admitidos no serviço por um dos médicos e, em seguida, são encaminhados para uma consulta com a enfermeira do serviço, quando, recebem orientações acerca da doença e do tratamento, sendo abordados assuntos como: de que forma os quimioterápicos são administrados, qual o período de tratamento, como ocorrem os ciclos de quimioterapia, quais os exames de rotina que são realizados antes de cada ciclo, o efeito da medicação sobre o organismo, os efeitos colaterais que podem ocorrer, os cuidados a serem tomados durante o tratamento.

Dependendo da localização do tumor e das células atingidas, as sessões de quimioterapia podem variar, geralmente, de um a seis dias consecutivos. Os pacientes permanecem no ambulatório de quimioterapia em cada sessão, por um período de três a seis horas, excetuando-se os casos de leucemia aguda, em que o

paciente pode ficar hospitalizado para quimioterapia por até sessenta dias consecutivos.

Nos tumores não leucêmicos agudos, o paciente retorna ao ambulatório de quimioterapia dentro de mais ou menos 14 dias para avaliação da evolução do tumor. Tudo ocorrendo segundo o previsto, o paciente retorna ao ambulatório para sessões de quimioterapia a cada vinte e oito ou trinta dias. Posteriormente, os pacientes permanecem em acompanhamento pós-tratamento, inicialmente a cada trinta dias, em seguida a cada noventa dias e, finalmente, a cada cento e oitenta dias, até completar cinco anos, quando o paciente pode receber alta do serviço.

Se, durante o acompanhamento pós – tratamento adjuvante, no decorrer da realização dos exames de rotina, a ocorrência da metástase for constatada, o paciente é re-encaminhado pelo médico para novo tratamento, passando outra vez por toda a rotina de sessões de quimioterapia e exames que podem perdurar por seis meses a um ano, mas agora com medicações diferentes. A abordagem multiprofissional acontece igualmente.

5.2. A abordagem dos pacientes

O tema abordado neste estudo é extremamente delicado, requerendo muito zelo e postura ética. Desta forma, os entrevistados foram abordados por meio de uma única pergunta norteadora – **“O que está significando para você esse momento em sua vida?”** Foram realizadas sete entrevistas, as quais foram reveladoras de algumas facetas no que se refere à vivência da morte pelos pacientes da oncologia em situação de metástase, fenômeno em estudo.

A entrevista fenomenológica tem um sentido de troca de experiências, na qual o cuidado, o zelo e o respeito para com a pessoa devem estar sempre presentes. Para que isto ocorra, no sentido de encontro entre sujeitos, deve acontecer, anteriormente, uma aproximação entre pesquisador e pesquisado, entre os sujeitos envolvidos, para que incida uma inter-relação e um compromisso com o sujeito da pesquisa.

É importante salientar que a fenomenologia valoriza a compreensão da vivência, ou seja, volta-se para captar a maneira como o sujeito vivencia o mundo. Nessa metodologia, a entrevista é enfocada como um recurso de acesso às pessoas, um encontro existencial, marcado pela empatia entre os sujeitos, a fim de se chegar à compreensão do fenômeno (CARVALHO, 1987).

Para que isso fosse possível, retornei à clínica onde já trabalhei, em novembro de 2004, na busca por habitar novamente esse mundo, familiarizando-me com o seu dia a dia, com os demais profissionais, com os pacientes novos e antigos, para que, aos poucos, eu, pesquisador, e os sujeitos envolvidos, pudéssemos nos sentir à vontade para iniciar o momento das entrevistas.

Inicialmente, para voltar a habitar o mundo da oncologia, retornei participando dos grupos de discussões que ocorriam durante as sessões de quimioterapia, juntamente com a psicóloga do serviço. Neste momento, participavam dos grupos de discussão todos os pacientes que estavam em sessão, fossem eles pacientes novos ou em situação de metástase. Os problemas identificados no grupo eram, posteriormente, trabalhados individualmente pela psicóloga.

Face ao exposto, fica nítido que, na condução da pesquisa fenomenológica, o pesquisador envolve-se, compromete-se com o objeto de investigação, não sendo considerado neutro, pois, desde a fase de elaboração do

projeto até o momento de aproximação aos sujeitos da pesquisa, o investigador traz consigo o seu mundo vivido.

Trata-se de um ser humano investigando outro. E, para que isso ocorra, a relação sujeito/pesquisador deve ser baseada em cooperação e participação (VALLE, 1997).

Foram entrevistados os pacientes adultos, com câncer, independentemente da localização do tumor, que estivessem passando por uma segunda experiência de tratamento quimioterápico ambulatorial, sendo que, desta vez, por ocorrência de metástase.

Conforme o relacionamento empático ocorreu e os vínculos foram sendo (re)estabelecidos, entrei em contato com os pacientes, solicitando-lhes que me concedessem um encontro para uma entrevista, tendo em vista a realização de uma pesquisa para o mestrado. Havendo concordância, nossos encontros aconteceram na própria clínica, em uma sala reservada, durante as sessões de quimioterapia, devido à dificuldade de locomoção dos pacientes, pois muitos eram do interior e tinham dificuldades de se deslocar até a clínica novamente para uma entrevista.

As entrevistas foram realizadas nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2005.

Cabe salientar que a realização das entrevistas segundo a abordagem fenomenológica exige uma postura de escuta e acolhimento que inicialmente foi difícil de realizar, face a minha própria ansiedade, a complexidade do tema, os sentimentos despertados pelas falas. Aos poucos, fui exercitando a minha própria escuta e o perceber o não dito no discurso, buscando constituir o diálogo a partir daquilo mesmo que se mostra.

5.3. Aspectos Éticos

Aos pacientes participantes desta investigação comuniquei que estava realizando uma entrevista com eles, sendo que a proposta estava relacionada à compreensão de “O que está significando para eles estar vivendo esse momento em suas vidas?”. A abordagem direta do tema proposto para o trabalho podia proporcionar mal estar e constrangimento nos pacientes, de forma que somente foi abordado o tema da morte a partir do momento que este foi por eles mencionado e permitido, sempre utilizadas as suas próprias expressões para dar continuidade ao diálogo. Foi respeitada a vontade de o paciente falar ou não. Os pacientes, aos quais compreendi que necessitavam de acompanhamento psicológico por motivos diversos, foram encaminhados à enfermeira do serviço, para posterior acompanhamento, assim que o novo psicólogo fosse contratado.

Foi garantida total liberdade aos sujeitos para participar ou não da pesquisa. Quando os participantes concordaram com a realização do estudo, após uma leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinaram uma cópia deste, a qual está em posse desta pesquisadora e receberam outra cópia de igual teor que ficará sob sua guarda, conforme Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996).

Cabe salientar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

5.4. Análise das entrevistas

Para a análise das entrevistas, foram realizadas leituras sucessivas, inicialmente de cada relato, quantas vezes foram necessárias, buscando os pontos significativos, face à questão norteadora e a proposta da pesquisa. Os trechos significativos foram recortados para permitir a análise posterior. Em seguida, uma entrevista foi aproximada à outra, o que mostrou pontos convergentes, outros divergentes, permitindo configurar os modos de vivenciar a possibilidade da morte pelos pacientes em situação de metástase, em uma segunda experiência de quimioterapia. Gradativamente, as entrevistas foram sendo articuladas umas às outras, configurando-se uma compreensão geral do fenômeno em estudo, em sua complexidade.

A compreensão dessas vivências foi realizada à luz de algumas idéias básicas de Heidegger sobre o homem como ser-para-a-morte. Para tanto, como já explicitado anteriormente, busquei fundamentação teórica em algumas idéias da obra *Ser e Tempo*, bem como em outros autores como: Joel Martins, Dulce Mara Critelli, Sólon Spanoudis, Ernildo Stein e Magali Roseira Boemer, entre outros, que se utilizaram desse referencial para trabalhar com o tema morte.

À luz do referencial filosófico de Heidegger foi sendo compreendido o ser-no-mundo paciente com câncer em situação de metástase, sendo desveladas algumas dimensões que nos aproximam do sentido, para eles, da finitude humana.

Cabe ressaltar que neste trabalho, apropriei-me apenas de algumas das idéias do pensar heideggeriano sobre o homem no mundo, buscando aclarar o sentido do morrer para os sujeitos entrevistados. Assim, não há nenhuma pretensão em realizar uma análise hermenêutica, mas somente ampliar as perspectivas a fim de compreender as vivências desses pacientes, contribuindo para a reflexão sobre o

tema da morte, tema esse essencial para a constituição de um cuidado ético e humano.

A seguir, apresento os pacientes participantes deste estudo, denominando-os por flores. Algumas informações serão dadas para que se compreenda o contexto vivido por eles:

- Margarida, 47 anos. No ano 2000 recebeu o diagnóstico de câncer de mama, sendo submetida a tratamento quimioterápico e cirurgia. Ao final do ano de 2004, foi descoberta metástase hepática. Hoje encontra-se em quimioterapia paliativa. Reside com o marido.
- Tulipa, 60 anos. Recebeu o diagnóstico de câncer de mama em 2000, sendo submetida a tratamento quimioterápico e cirurgia. Em meados de 2003, foi descoberta metástase óssea em região cervical. Optando por não ser tratada neste período, a paciente começou a receber tratamento ao final de 2004, com inibidor de osteólise. Reside com duas filhas, o marido e um neto.
- Crisântemo, 67 anos. Em meados do ano 2000, teve o diagnóstico de Câncer de mama, sendo submetida a tratamento quimioterápico e cirurgia. Em 2002, foi descoberta metástase óssea em região torácica. Hoje se encontra em tratamento com inibidor de osteólise. Reside com duas irmãs.
- Lírio, 42 anos. Recebeu o diagnóstico de Câncer de mama em 2003; relata história de que, há mais ou menos sete anos, havia feito ressecção de nódulo mamário benigno. Em 2003, após o diagnóstico, foi submetida à mastectomia bilateral e quimioterapia. Hoje se encontra em tratamento quimioterápico com inibidor de osteólise por metástase em vértebras e costelas. Reside com o marido e três filhos.

- Gérbera, 82 anos. Diagnosticado adenocarcinoma de próstata em 2002, após descoberta de metástase óssea em quadril, sendo tratado com hormônios e hoje apenas com inibidor de osteólise. Reside com a esposa.
- Rosa, 54 anos. Recebeu diagnóstico de câncer de mama em 2000, sendo tratada com quimioterapia e cirurgia. Hoje, em quimioterapia paliativa, por ocorrência de metástase pulmonar, descoberta em 2004. Reside com o marido e duas filhas.
- Cravo, 48 anos. Com diagnóstico de adenocarcinoma de ovário, em 2002, foi submetida à cirurgia e quimioterapia. Em 2004, retorna com metástase abdominal extensa, sendo submetida à quimioterapia paliativa. Residiu com a filha após a descoberta da metástase. Morreu em fevereiro de 2005.

Em seguida passo a apresentar a análise das entrevistas realizadas com estes pacientes.

6. Vivências de pacientes com metástase: dualidade vida-morte, a finitude humana

Na busca pela compreensão das vivências das pessoas com câncer, em situação de metástase, no que se refere à possibilidade da morte, algumas facetas foram se desvelando a partir da análise das entrevistas.

Durante os encontros, foi possível perceber que a morte sempre “rondou” as falas dos pacientes, mostrando-se de diversas formas: implícita em seu dizer; como processo natural, no sentido de que todos morrem um dia, o que implica considerar a morte do outro. Em alguns momentos, foi expressa de forma explícita, trazendo à tona a certeza do seu próprio morrer, aceitando-se na condição de ser-finito.

Estes modos de dizer que revelam a presença da morte encontram-se em distintas entrevistas, bem como em trechos diversos de uma mesma entrevista. Isso sinaliza para movimentos existenciais que, às vezes, se afastam e, às vezes se aproximam do morrer como parte da existência humana. É possível visualizar, nas falas abaixo, algumas situações expressas pelos pacientes que deixam clara a situação da morte rondando suas falas, de forma implícita.

Tulipa, ao ser questionada sobre o momento em que está vivendo, reporta-se à necessidade de realização de quimioterapia e à queda do cabelo, estando a morte nas entrelinhas:

“Disse: ‘se cair, que caia’. Como se diz, é melhor ir os anéis que os dedos [...] A gente tem que dar um fim nela [o câncer], se puder”.

Margarida considera a sua doença como uma fase que ela tem que passar e complementa ao ser questionada sobre essa “fase que tem que passar”:

“Você não sabe se a gente vai conseguir ou não vai. [...] Porque não fica uma coisa certa. Tem uma hora que você pensa assim: Vai acabar! Vai acabar! Eu não fico naquela coisa”.

Para Rosa, este é um momento em que ela considera melhor não levar a sério “a doença”:

“Eu não levo a coisa a sério, a doença... Como eu tenho falado, eu não pus na minha cabeça a doença que eu estou vivendo. Se a mãe [reportando-se a fala dos filhos] se entregar, para nós seria muito pior. Então eu levo a minha vida assim. Que eu não pus na minha cabeça a doença que eu tenho [...] Muitas pessoas põem na cabeça, que aquilo ali é o fim da estrada. Eu não [...] Eu estou vivendo assim que... como... eu pus na cabeça, que é uma doença assim, que

não... passageira [...] E o que eu vou fazer? Deu, deu! Não deu, não deu!”.

Lírio, quando questionada como havia sido receber a notícia da metástase, responde:

“No começo eu fiquei meio pensando sabe... Quis me dar um nozinho na garganta para eu chorar”.

Para Crisântemo, a revelação de sua situação lhe trouxe alguns sentimentos e questionamentos:

“Nossa, eu fiquei maluca [...] Eu fiquei muito nervosa [...] eu já bem vi que não era pouca coisa, que era coisa grave, eu sabia que não era mesmo pouca coisa, que era grave [...] Mas é que a gente não tem certeza, sabe. Fiquei sabendo lá, se eu ainda tinha condições de sarar, de operar ou não. Então, tudo isso... Eu pensava, eu me preocupava muito por isso. Eu fiquei muito nervosa, muito abatida”.

Cravo, ao ser questionada sobre o momento em que está vivendo, relata:

“eu já estive triste, desanimada, com vontade de desistir [...] Não tinha mais o que fazer [...] Senti que tudo acabou”.

Em algumas dessas falas, a morte emerge de forma figurada: “[...] melhor ir os anéis que os dedos”, “[...] fim da estrada”, “[...] não deu, não deu”; “[...]”

tudo acabou". Em outras, os sentimentos de nervosismo, abatimento, medo e tristeza expressos mostram a preocupação com a gravidade de suas situações, estando nessa gravidade a possibilidade implícita da morte.

O dizer implicitamente sobre o morrer pode revelar o peso que a própria palavra morte carrega em si; peso esse que aparece diminuído nos subterfúgios, nas entrelinhas, no não dito da linguagem.

No estudo de Boemer (1988) sobre o tema da morte, envolvendo pacientes institucionalizados, hospitalizados e membros de grupos da terceira idade, a morte se faz também presente de forma velada, emergindo de forma muito significativa nas posturas assumidas pelos pacientes acometidos por neoplasias terminais. Ainda a idéia da morte foi mais emergente nas situações onde idosos se encontravam em situação de dor e sofrimento, mesmo assim, não se fazendo presente como possibilidade concreta da existência humana.

Boemer (1989) comenta que "a morte é fenômeno indesejado, que deve ser ocultado, escondido, evitado".

Essa atitude de evitar e esconder a morte está alicerçada na cultura ocidental. No entanto, remeto-me ao já citado anteriormente, neste estudo, por Boemer (1989): falta espaço na sociedade para que o homem possa refletir sobre a sua existência e sua possibilidade de não-mais-ser-no-mundo.

Com o avanço da tecnologia e da ciência, esta possibilidade de reflexão torna-se remota, permitindo cada vez mais que a morte seja considerada pela sociedade como algo definitivamente proibido, interditado, sendo tratada como uma doença que deve ser combatida e medicalizada.

Ariès (2003) afirma que, a partir da metade do século XIX, o doente grave é retirado de sua angústia existencial e passa a não mais pensar claramente

como um indivíduo que tem sua vida ameaçada, mas pensando como o médico, centrando-se na doença, no tratamento e na saúde.

Nesse afastamento da morte, faz-se também presente o não dizer diretamente, pelas pessoas que são doentes, que têm câncer, sendo feita referência a ele como “a doença” ou “esta doença”. Esse não dizer implica considerar que a gravidade da doença a faz ser estreitamente relacionada à possibilidade do morrer. Assim, do mesmo modo que é evitada a fala explícita sobre a morte, é também evitada a denominação câncer.

Para Antonio (2001), o câncer é uma doença que carrega consigo o estigma da fatalidade e, nominando-a os pacientes se apercebem de sua vulnerabilidade, de sua finitude. Em outro estudo, baseado no interacionismo simbólico, Bielemann (1997) identificou, entre familiares de pessoas com câncer e o próprio paciente, um discurso baseado em figuras de linguagem sejam elas: metáforas, metonímias, elipses e animismos, como forma de evitar fazer referência direta ao câncer, devido ao estigma que envolve esta doença.

Como mencionado, outra faceta significativa das falas dos entrevistados, refere-se à morte como processo natural, emergindo a idéia de que todos nós vamos morrer um dia. Essa explícita naturalidade revela o modo impessoal do paciente lidar com esse fenômeno, permanecendo encoberto o seu próprio morrer.

Para Gérbera, ao ser questionado sobre o significado do fim da vida por ele referido, responde:

“Desde o tempo de Adão e Eva, morre gente”.

Para Tulipa, a morte natural é expressa pela incerteza:

“Vai ver que um só morre e aquele que está passando mal, se endireita [...] Todos nós vamos morrer, só não se sabe que dia. A gente não pode falar: tal pessoa vai morrer tal dia [...] a gente fica... fica sofrendo. Algum... como se diz, fica doente e logo morre”.

Rosa explicita:

“...quando chegar a hora, não adianta querer escapar [...] a gente não vai muito longe”.

Crisântemo, referindo-se à possibilidade de não sarar, comenta:

“Porque se pensar assim, todas as pessoas vão morrer [...] A gente não quer a morte, por mais que a gente saiba que essa é uma coisa que tem que acontecer. Mas a gente não quer”.

Já Margarida, sobre a possibilidade de não mais estar aí no mundo,
relata:

“Penso que é normal [...] para mim, a morte é assim: seja esta doença, seja outra doença, ou não esteja com nenhuma doença, ela chegou, levou. Chegou a hora, ela levou! Foi! [...] eu acho que o dia está certo, desde o dia em que a gente nasce, o dia que a gente vai

morrer [...] ela é natural. A morte ficou para todos nós. Eu a considero natural”.

Lírio, ao ser questionada sobre o significado da morte, responde:

“... não é só o câncer que mata. Então, a morte, eu acho que assim como a gente tem o dia para nascer, a gente tem o dia para morrer”.

Apesar de expressarem o reconhecimento de que a morte pode acontecer a qualquer momento (“só não se sabe que dia”, “chegou a hora, ela levou”), esse acontecimento é descrito como fato, como “morre-se”, “casos de morte”, como refere Heidegger (1981), o que não a contempla como parte do existir humano, mas como o que ocorre no fim da vida (“a gente tem o dia para nascer, a gente tem o dia para morrer”).

Esse modo impessoal³ de lidar com o fenômeno morte nos remete à existência cotidiana na qual nos igualamos uns aos outros, pensando, agindo como os outros, na dimensão do “a gente”, como explicita Heidegger (2002a). É significativa a ênfase dada pelos entrevistados ao uso desse termo (“a gente”, “todos nós”) nos momentos em que se reportam à morte, comentando a sua naturalidade.

Para Heidegger (1981, p. 35), o ser-com é essencialmente ser-no-mundo, um mundo que é sempre “algo que eu compartilho com os outros”.

Heidegger (2002a) refere que o modo de ser com o outro se dá, no cotidiano, na forma da impessoalidade, na qual somos-como-o-outro, isto é, somos absorvidos pelos outros, na constituição da nossa existência. Apesar de sermos-

³ O modo impessoal pode também ser compreendido como modo inautêntico, modo impróprio, ou ainda, modo cotidiano da existência.

como-o-outro, podemos também, buscar nosso ser-si-mesmo-próprio, singular, constituindo nossa existência como autenticidade.

A existência humana, assim, é constituída em um movimento de inautenticidade e autenticidade que se entrelaçam durante toda a vida.

O ser-aí é igual a todos os outros homens e carrega consigo tudo o que está presente nos outros homens; é a condição na qual a vida é dada ao homem, a condição de ser-no-mundo. O ser-aí, como ser-com-os-outros, se encontra em submissão aos outros. Ele dissolve-se completamente no modo de ser dos “outros”. Esta maneira de ser prescreve a cotidianidade, na qual o ser-com-os-outros é dissolvido no “a gente”, aquele ser que é indefinido, mas que, ao mesmo tempo, são todos, não no sentido de soma, mas no sentido de qualquer um. “Cada um é outro e ninguém é ele mesmo” (HEIDEGGER, 1981, p. 51).

Desta forma, é que o cotidiano se expressa como atividades, tarefas realizadas diária e corriqueiramente e que são comuns ao “a gente” e “a todos”. É o público, o uniforme, o que se perde na massa. Como ser-com-os-outros dissolvido nesse cotidiano, o ser-aí é levado a um modo de ser inautêntico que o distancia da possibilidade de ser si mesmo (HEIDEGGER, 1981).

Nesse contexto, um tema proibido, considerado tabu, como a morte, pode ser abordado na coletividade, de maneira pública, sem que seja preciso denominar esse alguém que morre.

Para Heidegger (2002b), pensar na morte, para o domínio público, é um ato temeroso, covarde, uma insegurança do ser-aí. Para o autor, é o domínio público, ou seja, o impessoal, que revela para o ser-aí, na sua cotidianidade, o modo como ele deve interpretar para si o seu ser-para-a-morte. Este impessoal dá a compreender que a morte é algo indeterminado, que surge em algum lugar, não

constituindo, necessariamente, uma ameaça: “algum dia, por fim, também se morre, mas de imediato, não se é atingido pela morte”, porque a morte pertence a ninguém. Esta situação lhe dá um caráter real que encobre a sua possibilidade, o fato de ser possível que a morte ocorra a cada e qualquer momento.

Para o mesmo autor, ninguém duvida da própria morte. No entanto, este aceitar a morte exclui de si o estar-certo da própria morte, isto é, na impessoalidade todos sabem que vão morrer, mas não se sabe o dia, nem a hora. Desta forma, é como se a morte fosse certa, mas distante de acontecer. Esta interpretação tem a intenção de atenuar esta certeza porque, ao se suavizar esta condição de estar-lançado na morte, é encoberto o fenômeno do morrer como parte da existência humana.

Por meio do impessoal, diz-se que a morte é certa. Isto, aparentemente, remete ao ser-aí a aparência de que ele está certo da própria morte; no entanto, para Heidegger (2002b), esta certeza da própria morte reside no cotidiano por meio da ocorrência da morte dos outros, o que pode ser visualizado nas falas a seguir:

“muitos caem em depressão. Põem na cabeça que aquilo é o fim da vida” (Rosa).

“Quantos companheiros que lutavam aí, que são vizinhos. Vêm se tratar aí... Coitado, eu fui visitar ele... Voltou da cirurgia, dia 07 de janeiro. Ele faleceu, não teve escape” (Tulipa).

“Chegava às vezes uma pessoa, uma vizinha e dizia assim: ‘a irmã de fulano de tal morreu de câncer’ [...] Eu me lembro, o meu cunhado morreu de câncer, e não faz muito tempo não” (Lírio).

Segundo Heidegger (2002b), a morte dos outros pode possibilitar ao ser-aí uma proximidade à morte, pelo findar do outro ser algo objetivamente acessível. No entanto, “ninguém pode fazer a experiência da morte dos outros”. Podemos, no máximo, estar “junto” em sentido familiar, de apego. Mesmo assim, não poderíamos apreender essa condição como um modo de se chegar ao fim. Apesar de estarmos juntos, a experiência da morte do outro só pode acontecer se morrermos pelo outro.

A morte-do-outro pode se mostrar marcante na vida dos que ficam permitindo que experimentem o sentimento da perda. Sentimento este que só pode ser sentido pelos que ficam. Acompanhar a morte do outro permite aos que ficam experienciarem o fenômeno da perda, sem, necessariamente, deixar-de-ser-no-mundo.

A hospitalização do moribundo, assim como, o deslocamento da morte para o hospital e dos ritos funerários para longe dos lares, vêm distanciando o homem cada vez mais da possibilidade de não mais existir. Cabe a família e o doente não despertar a emoção da morte dentro dos hospitais, devendo mantê-los reservados, discretos (ARIÈS, 2003).

Para Heidegger (2002b), a impessoalidade com que a morte é tratada no cotidiano permite ao ser-aí um movimento de escape de si mesmo e da própria morte, ou seja, da sua condição ontológica de ser-para-a-morte. Por meio do cotidiano, os casos de morte são tratados como certezas empíricas.

Desta forma, como números estatísticos e percepções cotidianas, a morte não se mostra ao ser-aí como aquilo que ela realmente é, como possibilidade de não-mais-ser-aí-no-mundo.

Apesar da morte ser comumente evitada, naturalizada ou expressa na impessoalidade, em alguns momentos de nossos encontros, os pacientes mostraram-se, na sua concretude, seres finitos, expressando, de forma explícita, a sua possibilidade de morrer, como nas falas a seguir:

Cravo expressa ao ser questionada sobre o seu estado atual:

“senti que tudo acabou [...] que eu vou morrer [...] não nasci para viver para sempre”.

Lírio, ao comentar sobre a possibilidade de sua morte:

“porque fui eu que vi a morte [...] mas eu mesma vi a morte [...] mas eu mesmo enxergava a morte”.

Crisântemo, comentando sobre sua possibilidade de não sarar, explicita:

“e, no fim, eu vou morrer”.

Rosa, comentando sobre a possibilidade do fim da sua vida:

“eu digo, não vou ficar para semente. Pensei assim comigo, se chegou a minha hora...” e, ao comentar sobre uma conversa com

seus filhos sobre os planos futuros, pergunta a eles *“será que adianta?”*

Margarida, comentando sobre a possibilidade de não estar mais aí:

“amanhã eu poderia não estar mais aqui. Ter morrido, no caso! [...] eu vou morrer a qualquer momento”.

Gérbera, ao saber sobre a sua metástase, reflete:

“E se fosse, por exemplo, para terminar a minha vida, que Deus me levasse [...] Deus estava servido, então que me tirasse deste mundo [...] E, se caso tiver de finir, ser final da minha vida, então a Deus pertence”.

Nesse dizer explícito sobre o seu próprio morrer, as pessoas se utilizam do pronome eu e se comunicam por frases que se referem à “minha própria vida”, “minha hora”. Afastam-se do dizer impessoal, do discurso do “todos nós morreremos um dia” para, apesar de doloroso e estranho, apropriar-se da sua morte, de seu ser-aí-no-mundo finito.

Nesse momento, parece emergir a idéia de que não importam a idade, os planos futuros, a família. A morte é “presença viva” do movimento do existir humano.

“Basta o homem viver, que já está bastante velho para morrer”, diz o provérbio alemão (NUNES, 2004, p. 22).

Assim, essas falas aproximam-se do sentido da morte compreendido por Heidegger (2002b), como possibilidade que pode atravessar sua existência a qualquer momento, podendo, inclusive, surpreendê-lo.

Para o mesmo autor, esta condição de ser-para-a-morte do homem permite que ele possa pensar sobre a morte como sua possibilidade concreta. Isto não significaria deixar de viver, mas sim, a compreensão de que esta possibilidade traduz-se na impossibilidade da existência, isto é, na impossibilidade de toda relação com, de todo existir.

O ser-para-a-morte é a antecipação do poder-ser, permitindo que o ser-aí se abra para si mesmo, compreendendo a sua extrema possibilidade, tornando possível o caminhar do ser-aí para uma existência autêntica, isto é, um tornar-se si mesmo, transcendendo a cotidianidade que o leva à massificação (BOEMER, 1998, p. 96).

Para Heidegger, a angústia é a possibilidade da abertura, na qual o ser-aí é colocado diante de si mesmo. Ela reconduz o homem ao encontro de si mesmo, remete-o ao seu próprio ser-no-mundo, lançando-o a possibilidades (CORRÊA, 2000).

Para Critelli (1996), o homem é um ser mutante, não podendo ser fixado no mundo. O ser-aí vivencia, por meio da angústia, a experiência de viver em um mundo inóspito, estranho, ao qual é lançado a possibilidades, independente de seu próprio arbítrio, podendo questionar a sua própria existência.

A angústia é a ameaça de algo que não é intramundano (de dentro do mundo, como ente simplesmente dado), mas que é colocado para o mundo. O perigo que se mostra é o próprio mundo que se abre ao *Dasein*⁴, que se encontra

⁴ *Dasein* é a versão original utilizada por Heidegger (2002) para a tradução brasileira de “ser-aí”.

desabrigado, sem proteção do cotidiano, isto é, na sua autenticidade. É o poder-ser livre, a possibilidade de escolha em um mundo que se tornou estranho, inóspito; é o próprio poder-ser-aí-mesmo da existência. “Desde o princípio, o *Dasein* está pré-determinado pelo fim” (NUNES, 2004, p. 22).

Retomando as entrevistas, apesar desses momentos de assumir-se em sua finitude, são significativos os sentimentos de esperança de vida e de cura. São sentimentos que podem afastar os pacientes deste assumir a própria morte mas, ao mesmo tempo, mantém uma esperança na vida que hoje se apresenta.

“É uma fase que eu tenho que passar [...] que eu espero sair dessa [...] mas eu sempre espero que amanhã ou depois eu consiga fazer, mas não sei... sempre tem aquela... você não sabe se a gente vai conseguir ou não vai [...]” (Margarida).

“Quando chegar a hora, não adianta querer escapar. A gente está fazendo o tratamento e tudo, na esperança que...” (Rosa).

“eu pensei que ficaria sofrendo [...] e, no fim, eu vou morrer [...] pois hoje, até que estou bem” (Crisântemo).

“eu estou curada [...] eu estou curada [...] porque fui eu que vi a morte [...] mas eu mesma vi a morte [...] porque eu tenho certeza que eu vou viver muito tempo ainda [...] porque o meu não tinha mais condições [...] já estava terminado [...] sei lá quanto tempo vou aturar, um ano ou dois, quanto tempo? [...] eu estou curada. A prova

são os exames que eu vou fazer, que eu tenho certeza que em nenhum vai vir [...] eu também não sei o meu dia de amanhã. Não sei se, talvez amanhã eu amanheça bem, se eu posso morrer amanhã, assim como eu posso levar um mês, assim como eu posso levar mais um ano, mais dez, vinte anos” (Lírio).

“com esperança, acho que terei cura. Tenho esperança de terminar a quimioterapia [...] senti que tudo acabou [...] que eu vou morrer [...] não nasci para viver para sempre” (Cravo).

“se for para eu sarar eu saro com os remédios daqui [...] a gente tem que dar o fim nela [a doença], se puder [...] estou aguardando o fim da doença, o que é que vai ser [...] tem que combater ela [...] eu não acredito o dia que o médico falar que eu não preciso mais” (Tulipa).

A incerteza pelo futuro fica concretizada nestes diálogos, em muitos momentos, que defrontam a possibilidade de morrer e a possibilidade de curar-se.

Esse sentimento de esperança pode fazer sentido, tendo em vista o próprio estadio do câncer, não considerado, ainda, em fase de terminalidade, possibilitando, desta forma, investimentos tecnológicos que mantenham sob controle a manifestação da doença.

Para Heidegger (2002b), a esperança é um modo de humor que se opõe ao temor, sendo o temor relacionado a um futuro ruim (*malum futurum*) e a esperança a um futuro bom (*bonum futurum*). Assim, a esperança é um modo de

carregar a si mesmo para dentro da esperança em contraposição ao que é esperado, como por exemplo, a morte.

Para estes pacientes, a esperança pode mostrar-se como possibilidade de postergar seu momento de finitude, afastando o homem de assumir-se como ser-para-a-morte.

Ao falarem sobre a esperança de cura, apreendo sentidos diversos. Uma possibilidade de compreensão da cura por eles relatada refere à esperança de não mais ser um ser doente. Essa idéia pode ser percebida, por exemplo, quando Lírio afirma que *“eu estou curada. A prova são os exames que eu vou fazer, que eu tenho certeza que nenhum vai vir”* ou, quando Tulipa comenta que *“...a gente tem que dar o fim nela [a doença], se puder [...] estou aguardando o fim da doença, o que é que vai ser [...] tem que combater ela”*.

Nestas falas, está explícita a esperança pela cura biológica, ou seja, que a doença seja banida do corpo e, como tal, comprovada por meios tecnológicos.

Neste contexto, pode haver relação entre esse modo de expressão da esperança com as informações recebidas pelos profissionais de saúde, ou seja, até que ponto, estes pacientes compreendem a gravidade da doença nessa fase de metástase?

Nessa fase, do ponto de vista científico, não é esperada a cura biológica da doença e, se os pacientes explicitam essa possibilidade, estarão refletindo a qualidade das informações recebidas? Ou ainda, estarão fugindo da sua condição de ser finito que a gravidade da doença torna concreta?

*“Eu estou vivo e são [...] Então, graças a Deus, que a saúde é boa
[...] Graças a Deus, estou vivo e são bem dizer [...] A saúde é boa*

[...] O médico falou que eu estava com câncer. Eu acredito na palavra do médico” (Gérbera).

“Porque eu acho que eu já estou curada [...] Então, eu sempre falo para eles: Não, eu estou bem!” (Lírio).

Outra possibilidade de compreensão da cura que emerge das falas transcende a idéia de cura biológica, mostrando-se em um sentido mais amplo, que envolve um ressignificar o momento presente naquilo mesmo que ele pode oferecer, na busca pela qualidade de vida, sendo evitada a vivência de sintomas desagradáveis e permitida uma convivência que possibilite melhor suportar o peso da doença.

Popim e Boemer (1999), em estudo realizado com pacientes em tratamento quimioterápico, comenta sobre a incerteza da cura, tendo a possibilidade de finitude muito próxima, sendo considerada como um momento de reflexão entre os pacientes, assumindo uma postura de redimensionamento de seus valores.

Nessa perspectiva, a busca pela “cura” como qualidade de vida, não nega a possibilidade de assumir-se como ser finito, mas explicita que o homem é mais que um corpo biológico.

Essa compreensão de cura que transcende a esfera biológica sinaliza para a importância dos profissionais da saúde fundamentarem suas ações em referenciais que tragam nova compreensão sobre o processo saúde-doença, o cuidado e a condição humana de ser.

Cravo menciona, claramente, em sua entrevista, o modo como gostaria que fosse cuidada: *“eu só não queria morrer com o meu corpo deformado,*

em pedaços. Quando eu morrer, gostaria que o meu corpo estivesse inteiro. Não gostaria de sofrer e fazer minha família sofrer”. Esta interpelação abre uma discussão sobre o modo tecnicista de cuidado predominante, no qual o centro é o corpo biológico e no qual se pode fazer qualquer intervenção cirúrgica, desde que o mantenha funcionando.

Emerge, significativamente que, independente da forma do mostrar-se da compreensão da cura por essas pessoas, é inegável que fogem da dor e do sofrimento. Todavia, a dor e o sofrimento, são inerentes ao existir humano.

Para Critelli (1996), a experiência humana da vida é expressa, ontologicamente, por meio de uma fluidez constante, de mutabilidade, da inospitalidade do mundo, da liberdade, na qual a segurança não se encontra em lugar algum. E isto é uma condição do existir humano.

Todos os pacientes apresentaram, de forma explícita e detalhada, os momentos mais difíceis e marcantes vividos em seu passado. Deste modo, a dor e o sofrimento são por eles localizados, prioritariamente, no passado, como aquilo que já foi vivido, seja no momento em que receberam pela primeira vez o diagnóstico de câncer ou na fase de metástase. Naquele momento, quando o passado era presente, um dos modos de lidar com a situação de doença e tratamento foi a configuração da vida em um novo cotidiano, um cotidiano modificado pela necessidade de novas rotinas que a doença impõe.

Para Popim e Boemer (1999), o tratamento normalmente é incorporado pelo paciente, no seu existir humano como doente, permitindo que o tempo vivido neste período seja permeado por oscilações na forma como ele sente o tratamento e projeta a sua cura. O seu projeto de vida limita-se ao tratamento e à realidade imposta pela doença.

Este novo cotidiano que se apresenta é incorporado pelo tratamento que lhe foi imposto. Esta situação foi anteriormente comentada por Boemer (1998), em pacientes hospitalizados, os quais passavam a relacionar-se com os equipamentos e instrumentos que eram utilizados no seu cuidado, com o mundo com o qual estavam convivendo agora.

O cotidiano é entendido como o modo pelo qual o *Dasein* vive o seu dia (HEIDEGGER, 2002a).

Apesar de se tratar de novo cotidiano, na situação vivida como presente, o homem experimenta o modo de ser impróprio, impessoal, que o iguala aos demais seres-aí. Especificamente neste estudo, o mundo "particular" da oncologia, no qual estão presentes equipamentos, drogas, profissionais, outros doentes, absorve esses pacientes, concretizando um novo momento que se apresenta em suas vidas.

"Eu fiquei muito nervosa. Quando a Dra. de lá encaminhou para Curitiba, falou que eu tinha que ir, eu já bem vi que não era pouca coisa, que era coisa grave. Eu sabia que não era mesmo pouca coisa, que era grave [...] Depois sabe o que aconteceu? Eu senti depois, que eu tinha, parece uma feridinha aqui, no bico do seio não tinha mais, estava assim, não comparando, mas sumiu para dentro. Estava igual uma maçã. Assim estava o meu seio. Então, eu senti que, por dentro, aqui do lado, tinha algo parecido com uma feridinha, mas estava seco. Eu mexia, não doía, não fazia nada [...] Aquele dia mesmo já fizeram os exames. Sabe aquele que coloca a agulha, assim, no seio? ... Ai que dor.... Eu não gosto nem de lembrar [...]"

agora, na última vez que eu vim, no mês passado, a Dra de lá me mandou que eu fizesse uma consulta aqui com o médico, porque o dia em que eu fui consultar com ela, ela examinou o outro seio e me deu uma dor aqui por baixo. Aquela dor terrível... Ela disse que eu tinha que pedir um exame de mamografia. ‘Você vai marcar consulta. Marque a consulta lá mesmo, e fale para o médico que você quer fazer um exame de mamografia’” (Crisântemo).

“Nossa, lá todos choravam... Porque eu não sei se você lembra, quando foi o dia da minha cirurgia do meu câncer de mama, meu pai faleceu. Eu tive que passar por tudo isso também. E com a graça de Deus, eu venci, eu disse... Foi uma partida para ele. Ele apenas, passou. Eu sempre disse que se o pai... Eu não agüentaria. Porque ele sempre morou pertinho de mim e eu sempre disse que eu não agüentaria se eu perdesse um deles. Então, eu sempre disse que eu queria ir antes dele. Mas..., não é como a gente planeja. Não é como a gente quer. Bem no fim, ele bem bom como ele estava, e eu doente como estava, e ele me deixou. [...] Foi na primeira vez. Quando eu cheguei aqui, minha filha ainda estava junto e foi você que fez a “palestra” [consulta inicial] conosco. Ela disse assim, mãe não fique nervosa. [...] Eu só estou pensando em vocês. Era minha filha mais velha, e já tinha dado depressão e quanta coisa. Então, eu pensei muito nela. A outra mais nova também, que ficou, não pode vir. Quase não dormia à noite” (Rosa).

“Quando chegou a Dra para me falar, foi a mesma coisa que eu recebesse a notícia de que estava com gripe. Para mim não me valeu em nada. Portanto, que eu disse para ela que, era dia 13 de dezembro, bem na época de apuro, eu falei para ela se dava para eu entrar em tratamento no dia 06 de janeiro, porque ela me deu a notícia no dia 12. Dia 13 às sete e meia, era para eu vir direto aqui. Daí eu disse para ela: eu trabalho, eu... Mas, já com aquela preocupação minha, eu trabalho mais para a casa” (Margarida).

“Tudo começou há oito anos atrás, quando eu descobri um nódulo na mama. Procurei o médico em Laranjeiras. Ele retirou o nódulo, disse que mandou fazer o exame e que era benigno. Mas não sarou, continuou vazando. Após seis anos, que eu estava sofrendo, eu cheguei para ele, que não queria mais, que era para ele me encaminhar para Guarapuava, que ele me encaminhou para um outro médico e esse outro médico me encaminhou para Guarapuava. Eu nunca pensei que ia ter esse acompanhamento. Eu, para mim, para minha vizinhança, para minha família, para o meu próprio marido, meu cunhado eles achavam que eu não ia viver mais. Do tipo que eu estava, todo mundo esperava pela morte [...] Porque fui eu que vi a morte. Mas com fé em Deus e na quimio de hoje e nos médicos e tudo eu estou aqui de volta. Mas eu mesma vi a morte. Só que eu fiz a cirurgia. Eu fiquei... Tudo bem, eu fiquei na UTI, está certo. Mas eu mesma enxergava a morte. Depois que eu voltei da UTI que eu consegui falar, que eu consegui ver meu

marido. Ainda, eu sabia que estava entre a vida e a morte ainda. Depois é que o médico tinha que me dar o resultado, ver se eu estava boa [...] O Dr. me disse assim: se eu fizer a cirurgia, eu te garanto: se você agüentar fazer a cirurgia, você vai agüentar tudo" (Lírio).

O novo cotidiano vai sendo estabelecido com suas regras e normas e o paciente vai ocupando-se das novas tarefas. Assim, o homem pode ter poucos momentos para questionar a si mesmo em seu ser, compreendendo-se em sua finitude.

Para Heidegger (2002b, p.41), "a indeterminação da morte certa determina as ocupações cotidianas, colocando-lhes à frente as urgências e possibilidades previsíveis do cotidiano mais próximo". Assim, são observadas as mudanças cotidianas ocorridas com os pacientes, mostrando que o que eles colocam à frente como urgente, são as novas rotinas de exames, sessões de quimioterapia, o controle das reações adversas do tratamento. Esse é, no presente, o seu cotidiano mais próximo.

Malvezzi e Boemer (2000), em seu estudo com pacientes que seriam submetidas à mastectomia, relatam que, da mesma forma que a apresentada neste estudo, as pacientes tinham a necessidade de contar sua história de vida, relembando em detalhes sua trajetória com o câncer de mama.

No entanto, esse novo cotidiano pode trazer a proximidade da possibilidade da morte por meio de algumas situações vividas que os lançam a esta possibilidade: a debilidade física do corpo; a vivência com a família e suas relações

com outras pessoas, o que os aproximam ao olhar do outro: olhar que acolhe, que protege, que sufoca, que vigia, que denuncia.

A debilidade do corpo mostrou-se por meio de limites físicos impostos pela doença e que podem contradizer a situação de esperança de vida e de cura.

Muitas vezes, o limite físico imposto pelo corpo, pela doença avançada, faz com que estes pacientes sintam-se “inúteis” perante os afazeres cotidianos, perante a sociedade, como expressam:

“muita coisa que eu podia fazer, eu não posso fazer mais...”
(Margarida).

“Para falar a verdade, sentar em uma mesa, almoçar... eu não tenho esse apetite” (Lírio).

“Agora, não posso trabalhar mais, nem na lavoura, no quintal, nem no comércio, nem em parte nenhuma mais” (Gérbera).

“tem dia que me aperta, me falta fôlego, me falta ar [...] muitas vezes, eu não posso andar muito longe [...] Muitas vezes, eu ponho na minha cabeça que vou dar uma volta lá nos matos. Porque dizem que andar no mato é bom. O pior é que eu saio. Vou até o portão, penso em ir... Chego até ali e não agüento mais, e volto” (Rosa).

“nem banho eu tomava [...] me colocavam sentadinha na cadeira, me banhavam, me vestiam e me levavam de novo para a cama”
(Tulipa).

“eu quero fazer as coisas e não posso. Eu não posso lavar minha roupa, minha própria roupa. Não é fácil [...] Eu cuido das coisas leves, não posso fazer tudo [...] ... é lá um dia ou outro que a gente se sente muito bem, por causa desta perda de movimento e dessas dores que eu tenho e deste desânimo [...] às vezes até penso que um pouco pode ser fraqueza [...] eu sinto também muitas dores nas pernas, uma moleza nos braços e nas pernas. Tem dia que, se eu estiver varrendo a casa, por exemplo, quando me dá aquele negócio nas pernas, eu tenho que parar, senão eu caio [...] agora, o braço dói bastante [...] minhas pernas ainda estão muito cansadas”
(Crisântemo).

Outros autores como Sales (2003), Carvalho (2003), Espíndula (2001), Fonseca (1999), Boemer (1998), Silva (1997), Bielemann (1997), Malvezzi e Boemer (2000), Popim e Boemer (1999) também discutem, com enfoques metodológicos diferenciados, situações de debilidade física que modificam o cotidiano do ser com câncer.

Essas situações revelam mudanças no modo de ser no mundo, com os outros, com as coisas e consigo mesmo.

O presente, assim, mostra-se repleto de limites e temores impostos pela doença. Limites físicos de emagrecimento, da falta de apetite, da possibilidade

de não mais trabalhar, da fraqueza corporal constante e da dependência do outro na realização de tarefas consideradas corriqueiras.

São situações que podem fazer com que os pacientes reflitam sobre sua condição existencial. Quando eles expressam os limites impostos pela doença, o passado, o presente e o futuro confrontam-se constantemente, em um duelo de forças. A alteração do estado biológico, sentido no passado e no presente, confronta-se com a esperança viva quanto ao futuro, de postergar o morrer.

Apesar de o presente deixar entrever a decadência do corpo, a vida, esvaindo-se neste movimento temporal, o que se mostra, neste momento, é o modo de alienação ao qual o ser-aí está absorvido pelo cotidiano. Ou seja, o corpo dá sinais que a vida está se esvaindo, mas o modo de ser cotidiano não permite que o ser-aí ouça os apelos de si mesmo.

Esse modo de vivenciar passado, presente e futuro revela a compreensão da temporalidade restrita à dimensão cronológica, envolvendo situações que pertencem ao ontem, ao hoje e que poderão pertencer ao amanhã. Os pacientes tentam, nessas falas, deixar para o passado os momentos difíceis relacionados à debilidade física, evitam reconhecer os sinais presentes de seu próprio corpo e lançam a morte para um futuro mais distante.

Pela fala das pessoas, em alguns momentos, parece ocorrer o movimento de projetar-se, de lançar-se para o futuro, mostrado incerto, como declara Margarida, ao ser questionada sobre o momento em que está vivendo: *“você não sabe se a gente vai conseguir ou não vai [...] porque não fica uma coisa certa”*. Nesses momentos, o futuro extrapola a dimensão daquilo que apenas poderá ocorrer amanhã, mostrando-se como poder-ser, aberto às incertezas.

Conforme comentado por Popim e Boemer (1999), com o avançar da doença, caracterizado pelo aumento da dependência física e da debilidade do corpo, prolongamento do tratamento e pelas próprias intercorrências geradas neste percurso, as perspectivas que afastam o homem da morte tendem a ser cada vez menores.

Em alguns momentos de vivência autêntica, também característica do existir humano, por mais que os pacientes acreditem na tecnologia, nos próprios profissionais de saúde e, acima de tudo, que se mantenha viva sua fé, as marcas físicas deixadas pelo avançar do câncer são evidentes, podendo fazer com que eles se confrontem com a possibilidade, cada vez mais concreta, da sua finitude.

Entretanto, cabe destacar que a fé emerge significativamente na fala de todos os entrevistados.

O tema da fé é abordado como algo sempre presente, constante, em vários estudos com pacientes com câncer, como vemos em Malvezzi e Boemer (2000) e Antonio (2001), estando relacionado à esperança que emerge neste contexto. Aparece como algo em que os pacientes possam se “apoiar”, “agarrar-se” para superarem a dor e sofrimento presentes na situação de doença.

Da mesma forma, este estudo possibilitou o mostrar-se da fé na figura de Deus, em vários momentos dos nossos encontros, como mostram as falas a seguir:

“se Deus quiser que eu me cure, vou me curar. Se quiser que eu viva, vou viver. Se for vontade Dele que eu morra... eu vou morrer”
(Cravo).

“Tem que se entregar nas mãos de Deus [...] Nós temos que confiar em Deus e... Porque, sem Deus, o que é que nós somos? Nós não somos nada! O fôlego que nós temos é tocado por Ele [...] Tem que tratar. Deus é que sabe o que faz, não somos nós! [...] Abaixo de Deus, a gente não se esconde em parte nenhuma” (Tulipa).

“graças a Deus, estou vivendo normalmente [...] Pensei, assim comigo, se chegou minha hora, que Deus dê força para os meus filhos [...] Eu vivo tranqüila, graças a Deus. A gente tem muita esperança em Deus, para Ele nada é impossível. E, se Deus quiser, se chegar a hora de Ele levar...[...] Então, eu tenho muita fé em Deus, que para Ele não é impossível [...] Deus tem tudo marcado, o destino da gente [...] E com a graça de Deus, eu venci, eu disse [...] Tudo está nas mãos de Deus [silêncio] [...] Mas eu peço a Deus também que... se chegar que eu morra, que Deus dê força a eles. [...] A gente está fazendo o tratamento e tudo, na esperança que... e sempre peço que Deus esteja ajudando no tratamento, os médicos que estão atendendo, os enfermeiros, todos [...] que a gente tem que estar firme nas mãos de Deus, porque é o único que pode nos ajudar e não gasta força [...] E graças a Deus estou sentindo” (Rosa).

“Mas graças a Deus com esse tratamento, estou aí. Estou curada! Fiz a cirurgia. Estou hoje fazendo minha quimio [...] Então eu disse, olha Dr, Deus é tão bom que eu tenho certeza que vai ter o soro

hoje para eu fazer [...] E graças a Deus, hoje vai fazer quatro meses [...] Para mim, representa que o dia que Deus me chamar eu posso estar completamente sã [...] É assim que Deus queria e é assim que vai [...] E graças a Deus, resisti tudo e estou aqui [...] E graças a Deus eu estou curada” (Lírio).

“Graças a Deus estou bem [...] Aí apelei para a providência Divina e graças a Deus estou aqui [...] Então graças a Deus que a saúde é boa [...] Entreguei para Deus. Seja o que Deus quiser. Estou aqui. Graças a Deus estou aqui vivo e são, bem dizer. A providência divina foi no lugar dos parafusos e da platina E daí em diante, graças a Deus, fui tomando o remédio [...] Então, deixe que seja assim, como Deus quiser [...] Você pode continuar vivendo... Está bom agradeço a Deus. E se fosse, por exemplo, para terminar a minha vida, que Deus me levasse. Então, também, tudo era bom. Estava nas mãos de Deus [...] Deus acha que eu estou servindo, eu estou vivendo, estou bom, só não posso trabalhar. Então a Deus pertence, até quando Ele me chamar [...] Fiz um pedido a Deus que me proteja até o fim da minha vida, até o tempo que fosse” (Gérbera).

“Mas o meu, graças a Deus estou curada [...] Meu Deus até quando [...] e até que graças a Deus estou aqui” (Crisântemo).

Cabe salientar que, enquanto que as palavras câncer e morte foram mencionadas, quase raramente, pelos entrevistados, o termo Deus é amplamente repetido ao longo das falas de todos os pacientes. Isso faz sentido: afastamento da dor e do sofrimento e busca incessante pelo apoio divino que acolhe e conforta.

Para Beaufret (1976), Heidegger apresenta a idéia de Deus como um instrumento de fuga da angústia na qual o ser-aí pode se encontrar. A idéia de angústia nasce diretamente da finitude do homem e nada mais intolerável para o ser-aí que esse sentimento.

Assim, a idéia de Deus emerge como forma de amenizar este sentimento que sufoca o ser-aí. Essa idéia liberaria o homem de uma angústia absoluta, ao expressar que, em alguma parte, em algum momento de sua vida, a finitude do homem é superada. A idéia de Deus tiraria o ser-aí deste estar-lançado no nada.

É nesse sentido que a fé apresenta-se como elemento que conforta, ao afastar o homem das inquietações existenciais com o seu próprio ser-no-mundo. Ou seja, afirmando-se na fé, o homem distancia-se das dúvidas existenciais que o desalojam do cotidiano.

Essa condição de ser-no-mundo, na qual “os outros também acontecem junto e através do eu” (CRITELLI, 1996, p.65), permite a estes pacientes, viverem e se relacionarem de várias maneiras com os entes, outros seres-aí. Ser-no-mundo-com-os-outros é condição originária, ontológica de ser, como já comentado. Esta condição, ao mesmo tempo em que permite a aproximação, o relacionamento, a vivência com o outro, também permite que ele se descubra e se desvele por meio do outro.

A condição de ser-com-os-outros também permite que o paciente se depare com a sua situação de finitude, por meio das ações e palavras que são expressas pelo outro neste momento:

“as minhas irmãs choravam, choravam.... Aí meu pai disse: ‘não chorem! Porque a gente vê a ‘Rosa’, ela não tem nada [...] e por quê vocês ficam chorando? [...] uma das minhas irmãs perguntou como eu estava, na igreja, e me disse: ‘se fosse comigo, fazia horas que eu tinha morrido’”(Rosa).

“minha filha não vai pegar serviço até eu melhorar [...] meu neto me disse: ‘não vovó, não jogue [o medicamento]. Se não você não sara e eu não quero que você morra!’ [...] eles me cuidam, eles não querem que eu largue [o tratamento]” (Tulipa).

“eu nunca pensei que ia ter esse acompanhamento. Para mim, para meus vizinhos, para minha família, para o meu próprio marido, meu cunhado, eles achavam que eu não ia viver mais [...] Do tipo que eu estava, todo mundo esperava pela morte [...] mesmo as crianças falam na escola para os amiguinhos deles, que têm medo que a mãe [ela] morra, que eles não querem ficar sem a mãe [...] As pessoas que te viram com aquele cabelo, depois vêem você puro, sem cabelo. Um começa tirar sarro, porque nem todos entendem as coisas. A gente vem numa lotação, que vem trazer as crianças para a escola [...] Ai eles ficam tirando sarro [...] Mas lá na vizinhança, eu

sei que, junto, ali comigo, eles falam uma coisa, para fora eles falam outra. Eu sei, mas... Teve gente que já me falou. Você vai tirar tudo junto, eu se você não tirava, porque nisso aqui não se mexe” (Lírio).

“Eu vi ele [o marido] conversando. Ele pensou que eu não escutei e eu escutei. Eu vi ele falando sobre isso. E todas as pessoas que ele conheceu, foram antes do... parecia que foram antes da data prevista, como se diz. Para ele, então aquela pessoa, se não tivesse essa doença, iria viver mais. Então, eu escutei ele falar. Então, ele acha que por causa dessa doença, eu tenho a minha vida mais curta do que deveria. Se eu não tivesse essa doença, eu ia ter minha vida mais longa” (Margarida).

Como ser-no-mundo, o paciente com câncer constitui sua existência por meio de relações que ele tece com as coisas e com as outras pessoas. No que se refere às pessoas, ele passa a conviver principalmente com aquelas mais próximas, como os familiares, dando, assim, sentido à sua existência (BOEMER, 1998).

É por meio desta teia de relações que a família, em vários momentos, pode expressar seus sentimentos, na tentativa de aliviar o sofrimento que acompanha a debilidade física e emocional do paciente. Debilidade essa que revela a possibilidade do vir a morrer. Porém, os familiares, em suas falas e ações, como o choro, a súplica para que o outro não morra e a própria espera pela morte, presentes nas falas acima, aproximam o paciente da concretude da possibilidade de seu morrer.

Nas entrelinhas das falas dos entrevistados, está presente a idéia de que, no cotidiano, os familiares também sentem o peso da morte e, mesmo com as dificuldades de lidar com a finitude humana, a sua possibilidade torna-se tão significativa que transborda de seus gestos, palavras e ações.

Compreendo que, nesta situação, não significa que esses familiares estão permitindo que o paciente se volte para si, assumindo-se em sua finitude. Isso revela, muito mais, um extremo desconforto com a possibilidade de morte do outro. Ou seja, apesar do paciente verbalizar que a possibilidade de morrer foi referida pelos familiares, esse dizer não se constitui de uma maneira que permita que ambos, paciente e família, apropriem-se da realidade vivida em sua autenticidade.

Esse dizer parece um “falar por falar”, vazio de significado para o paciente, o que se reflete como “falatório”.

Para Heidegger, o falatório é um modo de ser cotidiano que transmite a linguagem impessoal. Esta linguagem, transmitida pelo falatório, é a fala cotidiana, corriqueira, que é pública, que “todos” falam, mas “ninguém” se apropria de seu significado. É a conversa do dia-a-dia, que é comunicada de boca em boca, pelo simples fato de se falar. É a preocupação por falar (CORRÊA, 2000).

Para a mesma autora, no entanto, Heidegger refere-se ao falatório não de um modo pejorativo, mas sim, como um modo de se permitir, por meio da fala, a convivência entre os seres-aí.

Desta forma, fala-se muito que “câncer leva à morte”, que “leva ao sofrimento”. Estas expressões têm um peso emocional grande, para quem vive a facticidade dessa doença. No entanto, também são expressões que já caíram na publicidade, no falatório e podem, muitas vezes, denotar esta falta de apropriação de significados vividos no cotidiano.

Em outras falas, por outro lado, os familiares expressam o medo da morte do paciente com câncer, implicitamente, pelo não dizer, pelo olhar e pela realização de ações que mostram preocupação do familiar em vigiar e poupar o próprio doente.

“porque eu pensei que ia ter que amputar meu braço, por causa deste negócio aqui [flebite medicamentosa] [...] Minha filha ainda disse... A mãe ficou... Ela pensava assim também, mas não dizia nada [...] um dia eu falei para ela que estava com medo de ter que amputar meu braço. Ela me disse que também pensava, só não tinha coragem de me falar. Isso me deixou mais abatida [...] Se eu me mexo na cama, à noite, ela [a filha] está lá. Mãe, a senhora não tem nenhum problema, não está precisando de nada? [a filha questionando a mãe]” (Rosa).

“ela [a filha] não quer que eu lave uma colher na pia” (Tulipa).

“Mesmo as pessoas ao redor da gente evitam [falar sobre a possibilidade de morrer]. Pelo menos, o meu marido. Ele é... Parece que ele fica atendendo assim... Parece que para ele, a qualquer momento, eu vou. Eu vou morrer, a qualquer momento. Então, ele fica me vigiando sempre. A gente nota que ele fica vigiando. A gente nota, ele fica numa ansiedade, que essa doença que eu tenho leva antes do que... É o que a pessoa pensa [...] E ele [o marido] não, ele parece que se chocou com o que eu tenho [...] Também ele não me

pergunta e eu não falo, eu não falo [...] Mas, não que nós tenhamos conversado. Eu o entendi e eu também percebi [...]. Para ele talvez... ele não entenda [se ela conversar com ele] e leve para o lado pior. Eu não me sinto bem em falar com ele sobre isso, porque me dá a impressão que ele não vai entender. Talvez eu esteja errada. Talvez ele me entenda até mais do que eu... Mas para mim, eu acho que se eu for explicar ele vai me entender errado [...] Não vai entender... Também, ele está com aquela idéia fixa que, uma hora ou outra, eu vou deixar eles. E, se eu falar que não, ele não vai acreditar em mim. Ele vai acreditar naquilo que ele está sentindo. Ele não vai acreditar no que eu estou falando” (Margarida).

“Todo mundo sentia pena de mim. Continua sendo a mesma coisa [...] Não sei se talvez amanhã eu amanheça bem, se eu posso morrer amanhã, assim como eu posso levar um mês, assim como eu posso levar mais um ano, mais dez, vinte anos. Acho que a mesma coisa que passa pela minha cabeça, passa pela cabeça deles [os outros] [...]... Pode ser que as pessoas de lá pensem, que eu não vou viver muito tempo, vou morrer” (Lírio).

Do mesmo modo que os pacientes se referem implicitamente à morte, os familiares assim o fazem. Não falar sobre ela, não a denominando, revelar-se a ambos, pacientes e familiares, como uma estratégia de dela se afastarem, o que é comum no cotidiano.

Nessas situações até então comentadas, o falatório, o não dizer, as ações de familiares que mostram extrema proteção do paciente, revelam um modo de cuidar do outro que não o considera em sua singularidade. Ou seja, não há espaço para que o doente expresse o seu próprio pensar e sentir.

Heidegger denomina a maneira de relacionar-se com alguém, de forma envolvente e significativa, como “solicitude” ou, como abordado neste estudo, como “cuidado”.

Desta maneira, as falas anteriormente citadas podem ser compreendidas como um modo de cuidar considerado deficiente, inautêntico. Este modo de cuidar (*Einspringende Fürsorge*), Spanoudis (1981) o caracteriza como sendo um fazer tudo pelo outro, “pular em cima do outro”, sufocando, dominando, manipulando, mesmo que de forma sutil. É o excesso de zelo, de carinho. É um modo de cuidar ao qual se mantém velada a real situação deste ser-aí.

Além do excesso de zelo, outras dimensões presentes nessas falas, como o não dizer, a não disposição do outro ao diálogo e o sentimento de pena, revelam modos inautênticos de cuidar.

A forma inautêntica de cuidar afasta o homem da possibilidade de assumir a sua real condição existencial, a sua possibilidade de ser-para-a-morte.

Um outro modo de cuidar denominado em alemão “*Vorspringende Fürsorge*”, cuidado autêntico, é um modo de “pular em frente ao outro”, isto é, “possibilitar que o outro possa assumir seus próprios caminhos, crescer, amadurecer, encontrar-se consigo mesmo” (SPANOUDIS, 1981, p. 19).

A relação com o outro, nesse contexto, requer algumas características básicas, mas importantes, a consideração e a paciência. Ter consideração por alguém se relaciona ao já vivido e experienciado com o outro. Já a

paciência, refere-se à expectativa de tudo o que pode vir a acontecer, àquilo que faz parte da existência humana, àquilo que é factual, não se pode fugir (SPANOUDIS, 1981).

A consideração e a paciência, nessas entrevistas, se concretizam pelo apoio nas tarefas domésticas, nas visitas recebidas, no atendimento às necessidades do paciente em alimentação e distração. Isso implica, nesses momentos, que esses pacientes não se sentem desamparados: “[...] *eles estão sempre ali do meu lado*” (Lírio).

É importante assinalar a presença da família como ente cuidador do paciente com câncer. Ao mesmo tempo em que ocorrem momentos de cuidar inautêntico, a família é reconhecida pelo paciente como uma fonte de apoio.

É um movimento dialético, no qual o cuidado inautêntico permeia momentos de consideração e paciência.

A consideração se dá tendo em vista as facticidades que envolvem o paciente. Assim, os familiares mostram-se solidários, considerando o seu estado atual, no que se refere aos limites impostos pela doença. Isso também envolve reconhecer a história de vida até então construída e compartilhada.

A paciência refere-se à espera do familiar pelo que pode vir a acontecer para o paciente, no sentido de transformar o atual momento vivido, seja pela cura ou pela morte.

As falas a seguir remetem a essa idéia:

“Ele [o marido] é uma pessoa que trabalha muito no pesado, chega e me ajuda. Ele chega e me ajuda, para ele não tem... Ele não chega, eu estou cansado, vou tomar um banho e vou sentar e

descansar, ele não. Ele já vai ver o que tem para fazer. Já vai fazendo o que pertence para ele [fazer] à tarde, e me ajuda” (Margarida).

“Minha família está me dando muito apoio. Tenho muitos amigos. Quando minha mãe estava viva, eu achava que as pessoas vinham vê-la, mas depois que ela morreu, eles continuaram a vir me visitar. Tenho muito apoio dos amigos” (Cravo).

“Vem uma junto, e eles me levam na casa, lá eles me cuidam. Minha filha está aí na frente, me esperando. Chegando em casa, se eu levantar da cama fazer comida, para mim está bom. Se eu não levantar, eu tenho comida feita, eles me levam o prato na cama” (Tulipa).

“Ela é uma filha dedicada [...] Todos nós nos ajudamos. Todos colaboram. Então eu digo: se na família, todos colaboram, a coisa vai melhor” (Rosa).

“Porque eu sei que eles se preocupam comigo. Então, assim, eles vêm. Oh, vamos lá ela precisa se distrair, ela precisa conversar, ela precisa isso. Então, eles estão sempre ali do meu lado” (Lírio).

Ainda considerando o olhar, o gesto, o dizer e as ações do outro, dos outros seres-aí-no-mundo, em relação ao paciente, cabe destacar o seu envolvimento com a equipe de saúde.

Em todas as entrevistas, há falas voltadas para a relação estabelecida com essa equipe, o que faz sentido tendo em vista que os profissionais acabam por fazer parte, de modo significativo, da vida dessas pessoas que têm, a partir da facticidade da doença, seu cotidiano afetado. Ou seja, as internações, os exames, as sessões de quimioterapia, o acompanhamento freqüente, passam a compor seu mundo.

Da mesma forma, como ocorre nas relações familiares, o cuidado inautêntico se apresenta nas ações da equipe de saúde. Esse cuidado se manifesta, em alguns momentos, por meio da tentativa de assumir a responsabilidade que é do outro, no seu papel de cuidar de si mesmo. Assim, a equipe de saúde se apropria da responsabilidade que seria inerente ao paciente, tomando as decisões por ele. Em algumas falas, se faz presente esta atitude de tentar “dominá-lo”:

“Depois que começou aquele negócio da ferida, foi que eu falei para a Dra. de lá. Ela me disse que eu tinha que vir para cá. Ela não me disse o que eu tinha, só me encaminhou [...] mas graças a Deus ... e com os remédios, o tratamento médico [...] porque não era só um ou dois médicos que iam me atender quando ia [a Curitiba]. Um fala uma coisa, outro fala outra e manda... [...] agora o braço dói bastante. Tem esse negócio, esse caroço aqui. Aqui eu tenho medo, não sei se é daquele machucado [da lesão no seio, metástase]”
(Crisântemo).

“a gente deve obrigação para vocês, para os médicos” (Gérbera).

“aí eles falaram: tem que fazer a ‘química’, se eu concordava em fazer. Eu disse: eu concordo. Eu fiquei quieta. O que é que eu vou fazer [...] não sei se eles vão fazer bastante ‘química’ ou pouco. Ou... o quê eles vão fazer de mim” (Tulipa).

“...eu disse para ela que, era dia 13 de dezembro, bem na época de apuro, eu falei para ela se dava para eu entrar em tratamento no dia 6 de janeiro, porque ela me deu a notícia no dia 12, dia 13, às sete e meia era para eu vir direto aqui. Daí eu disse para ela: eu trabalho, eu... Aí ela me respondeu: ‘quem manda em você sou eu’. ‘Tá bom né!’ Mas, então está bom! [...] No outro dia eu cheguei cedo, às sete e meia da manhã, e ela começou o tratamento” (Margarida).

São extremamente significativas as falas que mostram um modo de lidar com o paciente marcado pelo mando. Ele fica submetido ao poder da equipe de saúde, especificamente do médico, não sendo reconhecido em seus direitos: direito à informação, à participação e à decisão esclarecida sobre seu próprio viver.

Isso não significa que os médicos não dêem nenhuma informação, ou mesmo que sua atitude de mando, para eles, possa se justificar pela busca do que seja o “melhor” para o paciente.

Em estudo realizado por Capparelli (2002) enfocando médicos a respeito das suas vivências diante do diagnóstico de câncer infantil, alguns pontos

importantes foram abordados. Eles relataram que: existe diferença entre o que o paciente quer saber e o que o médico quer contar, sendo que, na maioria das vezes, as informações necessárias a estes pacientes são repassadas no momento da revelação do diagnóstico, não permitindo que sejam mais bem aproveitadas pelos pacientes e/ou familiares; ao relacionar-se com o paciente os médicos enfatizam o tratamento, a cura, cuidando para que tenham o mínimo de sofrimento.

Todavia, as falas dos entrevistados, como “(...) *não me disse o que eu tinha, só me encaminhou*”; “(...) *um fala uma coisa, outro fala outra* (...)”; “(...) *não sei se é daquele machucado* (...)”; “(...) *não sei se eles vão fazer bastante ‘química’ ou pouca* (...)” explicitam um desnorteamento, um não-saber sobre seu próprio estado e tratamento.

Em estudo realizado por Rossi e Santos (2003) com mulheres mastectomizadas que haviam também realizado tratamento quimioterápico e radioterápico, as pacientes relataram como prática médica vivenciada a imposição do tratamento pelo profissional médico, assim como, a alienação do paciente e da família quanto a possibilidade deles próprios decidirem.

Cabe ressaltar que, em muitas situações, em um primeiro momento, quando são definidos os diagnósticos e tratamentos, o sentimento que emerge seja mesmo uma sensação de “não saber o que está ocorrendo”, face ao inesperado. Porém, o teor dessas expressões dos pacientes revela mesmo um modo de cuidar inautêntico que não permite acolhê-lo.

Esse modo de cuidar se revela muito concretamente nessa expressão que traduz a atitude de mando já comentada: “(...) quem manda em você sou eu”.

Esse modo de cuidar também se apresenta contrapondo-se ao modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde, que reconhece o direito da pessoa em ser atendida com respeito à sua dignidade, envolvendo a compreensão da saúde como direito do cidadão. Isso implica, dentre outros aspectos, a sua participação na tomada de decisão sobre o seu tratamento. Obtendo todas as informações necessárias, dentro de padrões acessíveis à sua compreensão intelectual, para que ele possa fazer a sua escolha, considerando-se, inclusive, a possibilidade dele não querer ser tratado.

Como já comentado anteriormente, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, em trabalho conjunto realizado no Fórum de Patologias do Estado de São Paulo, emitiu uma Cartilha contendo os Direitos dos Pacientes, que vem ao encontro desta discussão:

O paciente tem o direito a receber informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas (...) o paciente tem o direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados. Deve consentir de forma livre, voluntária e esclarecida com adequada informação (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000, p. 414).

É considerada uma obrigação ética do profissional, em respeito à autonomia da pessoa humana, fornecer as informações necessárias, diagnóstico, prognóstico, possibilidades de tratamentos, independente das conseqüências das informações reveladas. O que se tem a considerar é quando e como revelar. Revelar o diagnóstico à família e não ao paciente, muitas vezes, é uma forma de passar a responsabilidade de transmitir ou de decidir sobre a transmissão dessa notícia ao paciente, à própria família (FORTES 1998).

Essas falas levam também à compreensão que a lógica biologicista predomina na relação médico-paciente. É feito um diagnóstico e determinado um

tratamento, obviamente primordiais para o doente, porém, o homem, em seu sendo doente, não se reduz a essa lógica.

O homem passa a ser “coisificado” quando se reduz a uma ampla gama de parâmetros biológicos que indicam a evolução do seu estado de saúde, devendo ser controlados. Nessa lógica, o relacionamento com o doente fundamenta-se, primordialmente, em conceitos, padrões científicos, podendo tornar-se impessoal, vazio, ao não considerar a subjetividade.

A prática no modelo clínico, voltado ao conhecimento técnico-científico, predominantemente do médico, centrado na produção de procedimentos provindos de recursos tecnológicos e nos cuidados da equipe multidisciplinar que atua sobre os sintomas físicos dos pacientes, não permite a atuação com seres humanos, vivos e subjetivos.

Esse cuidar, reduzido à perspectiva biológica, relaciona-se ao contexto da formação dos profissionais de saúde e da organização dos serviços que ainda não conseguiram subsidiar a construção de um modelo assistencial integral, humano.

Assim, faz sentido questionar: a lógica biologicista, que ainda impera na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços, responde à necessidade de compreensão do homem na sua integralidade? Atende aos princípios de saúde propostos pelo Sistema Único de Saúde?

Nesse sentido, faz-se necessário compreender como ocorre o processo saúde-doença. Este processo refere-se aos condicionantes e determinantes que produzem o estado de saúde ou de doença das pessoas. Dentre estes condicionantes encontra-se a sua relação com o meio, com a sociedade na qual a pessoa está inserida, seu estilo de vida, que é também, ontologicamente

determinado pela sua condição de ser-com-o-outro, além das suas funções biológicas e físicas.

Esta lógica biologicista, centrada no desenvolvimento tecnológico, como forma única de combater a doença, produz cada vez mais insumo e equipamentos que prolonguem a vida humana, substituindo órgãos – já que é o órgão que está doente e não o ser humano na sua integralidade – tornando difícil a compreensão, pelo profissional de saúde, da finitude da vida humana.

Assim, no contexto deste estudo, pelo modo de cuidar do doente com câncer em situação de metástase que se revela, é nítido que, para o profissional de saúde, é muito difícil lidar com a gravidade da doença, tendo em vista seu encontro com a possibilidade do morrer.

A formação e o modo de ser profissional vem se fundamentando, como refere Corrêa (2000), na técnica e na ciência, ou seja, na repetição e na objetivação.

Ao mesmo tempo, esta mesma perspectiva tecnicista não deixa também de ser valorizada pelo paciente como ser-no-mundo, envolvido pelo público, que se encontra bombardeado por informações a respeito da tecnologia que se encontra disponível nos serviços de saúde, com o intuito de postergar seu momento de finitude.

É justamente o domínio dessa perspectiva técnico–científica que confere poder à equipe de saúde, principalmente ao médico, socialmente reconhecido como o profissional que deve ter o maior poder de decisão já que a ele compete o diagnóstico e o tratamento da doença, no modelo clínico vigente.

Esse reconhecimento dirige-se ao extremo, no contexto deste estudo, quando as falas de alguns pacientes referem-se à figura de Deus acompanhada, em segundo plano, pela figura do médico, como explicitado a seguir:

“O primeiro é Deus. E o segundo, são os médicos que nos tratam”
(Tulipa).

“com a graça de Deus e a esses médicos, hoje [os recursos] estão tão avançados [...] Mas, com fé em Deus e na quimio de hoje e nos médicos e tudo, eu estou aqui de volta” (Lírio).

“como eu sempre falo, graças a Deus e, em segundo lugar, a vocês que me deram a vida” (Gérbera).

Esse “endeusamento” do profissional médico também dá sentido à submissão que parece ser aceita pelo próprio doente.

Cabe ressaltar que esse “endeusamento” pode também ser reconhecido, em algumas situações, pelo próprio profissional, o que pode ser expresso por GOMES (2003, p. 4-5):

Isso faz parte do acervo humano, e, se não podemos ser a imagem e semelhança de cada deus individual, é possível, ao menos, não afrontar o paradigma cultural dos pacientes [...] [a atenção ao paciente] significa a deferência de quem pode mais, no sentido de ouvir quem pode menos e muito precisa, além de anular uma relação de submissão e constrangimento *a priori* com a nobreza de dar a mão a quem se ajoelha, parece pedir perdão e implora a cura dos seus males.

Essa idéia, apesar de ainda existir e mesmo ser cultivada pelo próprio profissional, vem sendo também questionada em um momento no qual fica cada vez mais clara a necessidade de acolher o doente sob outra perspectiva.

Isso implica considerar o profissional de saúde em sua humanidade. Nesse sentido, cabe considerar que ele também sofre ao lidar com o sofrimento do doente e tem dificuldade em lidar com o fenômeno morte.

Ainda no estudo de Capparelli (2002), anteriormente citado, os médicos entrevistados referem que a perda do paciente e/ou o sofrimento do outro leva ao sofrimento deles e que não existe um preparo para lidar com esta situação. Um outro ponto importante comentado neste estudo é a relação que o médico faz com a palavra câncer associando-a à morte, a ponto de evitar dizer esta palavra no momento de revelação do diagnóstico. A palavra câncer surge apenas como afirmativa de sua doença, se o paciente questionar se tem câncer.

Sales (2003) relata, em seu estudo, que os pacientes eximem-se da sua responsabilidade de cuidar de si próprio, porque tudo já se encontra decidido pela equipe de saúde, pois, na maioria das vezes, a equipe não consegue lidar com o sofrimento do outro. Sente-se impotente perante estas situações.

Tomo a liberdade de me apropriar das palavras de Sales (2003, p. 110), ao compreender o modo de cuidar da equipe de saúde descrita pelos pacientes em seu trabalho e que se aproxima muito do contexto deste estudo: “a equipe de saúde esconde-se em si mesma, fugindo de suas responsabilidades de relacionar-se com o doente de forma afetiva”.

Esta dificuldade, no que se refere ao relacionamento afetivo com o doente, vem sendo discutida em vários outros estudos (ZORZO, 2004; CARVALHO, 2003; FONSECA, 1999; BIELEMANN, 1997; SILVA, 1997; BOEMER, 1989).

Boemer (1998) relata que quanto mais o paciente se aproxima da sua condição, da sua dimensão real de poder-ser-um-ser-aí próximo de sua finitude, mas a equipe de saúde enfatiza o discurso de que ele precisa ter esperança e fazer projetos de voltar a ser um ser-aí sem a doença. Nessa situação, emerge a dificuldade de lidar com a possibilidade da morte.

Para Pessini (1996), a intenção da equipe de saúde nestas atitudes de incentivo à vida, em que o paciente é afastado da sua condição de ser finito, é a de estimular a própria equipe, que encara a morte como uma falha médica, tendo como único objetivo a busca pela saúde, mas com o intuito de combater a morte.

Em estudo realizado por Hass e Patrício (2002) buscando identificar as representações dos profissionais de saúde em relação ao cuidado do paciente terminal, foi evidenciado o despreparo destes profissionais ao se referirem à possibilidade da morte. Alguns relataram não apresentar preparo algum e outros se referiram aos treinamentos técnicos direcionados à parada cardíaca e emergências. Isto mostra a incoerência ao se trabalhar com pacientes terminais. As instituições de saúde, voltadas à cura, não admitem a morte, desenvolvendo, desta forma, a prática comum da distanásia, prolongamento da morte com sofrimento, em oposição a ortotanásia, morte natural, sem sofrimento. Uma forma de desrespeito à condição de ser-finito do ser-aí.

Alguns trabalhos também mostram tentativas em se modificar esta forma de relacionamento com o paciente, permitindo, em alguns momentos, uma relação de co-participação, como relata Espíndula (2001). A autora descreve sua experiência como psicóloga do Hospital de Clínicas da USP de Ribeirão Preto, onde atuava com crianças doentes de câncer e suas famílias, principalmente mães. Neste local, a equipe de saúde prestava um cuidado integral à família e à criança, não

fazendo somente esclarecimentos técnicos a respeito do tratamento e da doença, mas também reconhecendo a subjetividade de cada participante. Nas situações em que o câncer não respondia ao tratamento, o diálogo entre a equipe de saúde e a família, a respeito da inserção de cuidados paliativos, permitia que a família se sentisse amparada, mesmo nesse momento.

Nesse sentido, fica explicitada a necessidade de investir na formação inicial e permanente dos profissionais de saúde, na busca de constituir espaços que possibilitem refletir sobre a condição existencial, deixando emergir o fenômeno morte.

Fernandes e Boemer (2005) realizaram um estudo envolvendo alunos de um Curso de Auxiliar de Enfermagem, o qual teve, como proposta trabalhar o tema da morte em vários momentos durante o período de formação. Este trabalho permitiu que os alunos percebessem os vários modos possíveis de se morrer, de interpretar esse morrer e de cuidar de quem está morrendo.

No contexto de saúde atual, o Ministério da Saúde vem instituindo uma política de educação permanente dos trabalhadores, compreendendo a educação permanente como uma estratégia que poderá facilitar a construção da atenção integral, o que envolve a compreensão ampliada do processo saúde-doença, reconhecendo a subjetividade e o contexto social do usuário.

Para construir a atenção integral, faz-se necessário que os trabalhadores de saúde reflitam sobre sua prática cotidiana, envolvendo aspectos políticos, sociais, organizacionais, éticos e técnicos.

Refletir sobre as questões éticas, sociais e subjetivas, também é coerente no contexto do cuidado das pacientes oncológicas, considerando, inclusive, a Portaria Ministerial nº 19 de 03 de janeiro de 2002, que estimula a criação de

equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem de cuidados paliativos; ainda a articulação/promoção de iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos (BRASIL, 2005).

Na dimensão da educação permanente, faz-se necessária a existência de reflexões mais aprofundadas a respeito do trabalho interdisciplinar junto aos pacientes com câncer. A partir das experiências vividas na prática, podem emergir discussões a respeito de como esta prática tem sido realizada, considerando a atenção ao paciente, à família, assim como à própria equipe, na perspectiva da integralidade.

Na busca pela atenção integral é primordial que a equipe de saúde fundamente suas ações em uma concepção ampliada sobre o homem, na sua existência, reconhecendo o fenômeno morte como parte integrante desta existência.

Considerando as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino da Graduação dos Profissionais de Saúde, que enfatizam a formação humana do profissional, também faz sentido enfocar a compreensão do homem como existência, compreendendo-o em sua finitude. Ao discutirmos sobre a questão existencial do homem, a morte sempre emerge e, portanto, ela está presente em quaisquer espaços e situações.

Considerando o que foi até então explicitado, a partir das vivências dos pacientes no que se refere à finitude humana, o homem com câncer em situação de metástase foi se mostrando em sua temporalidade.

No sentido de realizar uma aproximação à condição temporal do existir humano, apresento algumas breves idéias a seguir, que configuram o homem

como temporalidade, resgatando algumas vivências dos pacientes desta investigação.

Nas posturas dos pacientes, nas ações e palavras do outro, neste movimento de assumir-se como ser finito seja de forma implícita, pelos outros ou de forma explícita é que eles se mostram na sua temporalidade.

Por meio dos encontros com os pacientes, pude perceber, em seus discursos, “a morte que ronda”, que se mostra nas diversas maneiras: de forma implícita, sendo referida de forma indireta, na referência à morte dos outros, mas com reconhecimento de sua finitude. O olhar do outro, de forma desconfiada, a expressão de pena, a curiosidade implícita nos seus gestos, aproximaram os pacientes cada vez mais da condição de inospitalidade deste mundo. Um mundo que não é seu, não é meu, é de todos e, ao mesmo tempo, de ninguém. Um mundo no qual a inauticidade do cotidiano nos aproxima de todos, mas esse “todos”, muitas vezes, acaba por tornar o ser-aí solitário. Um mundo que é estranho às suas necessidades. Um mundo que, muitas vezes, concretiza e o aproxima da sua condição de ser-finito, por meio das ações “dos outros”.

Estes momentos, nos quais o mundo se revela em sua inospitalidade e estranheza, aproximam os pacientes de sua finitude. Assim, nesses períodos de autenticidade, eles se assumem em sua singularidade, projetando-se, abrindo-se a sua única possibilidade certa, a de ser um ser-para-a-morte.

Segundo Nunes (2004, p. 24), “o poder ser-si-mesmo-próprio ocorre por um ato de apropriação do Dasein, em uma decisão extrema, projetando-o na direção da morte que o totaliza”.

Para Critelli (1988), o homem é um ente aberto a possibilidades, escolhas, para o seu vir-a-ser, para o seu destino. Esta é uma condição ontológica

do Ser do homem. Sendo assim, o homem é um ente obrigado a cuidar de si, a tornar-se.

Para a mesma autora, ser humano é estar lançado a tornar-se o “eu” que cada homem pode ser. No entanto, o homem tende a fugir da tarefa, da responsabilidade de ser ou de tornar-se si mesmo. Este duplo movimento, de poder-ser e fugir de ser-si-mesmo, possibilita a compreensão do seu morrer. Vida e morte constituem um único fenômeno sob o qual a existência se desenrola.

No entanto, neste desenrolar, o ser-aí, como ser-no-mundo, “perde-se” na publicidade do cotidiano, marcando a decadência (fuga de si mesmo, a impessoalidade, a inautenticidade). A publicidade, o cotidiano, colabora para o homem “cuidar” de seu existir, mas de forma imprópria, na qual a vida é mantida sob controle, em um anonimato constante (CRITELLI, 1988).

Reafirmando essas idéias, para a mesma autora o “homem é um ente cujo ser se dá como um ‘vir-a-ser, respondendo aos apelos para ser’” (p. 67). É respondendo autenticamente aos apelos do ser, seja aceitando, negando, criticando ou incorporando estes apelos, que o homem se permite fazer escolhas para o seu vi-a-ser, para o seu destino, no qual ele passa a cuidar de seu ser, de tornar-se. No entanto, o ser-aí pode responder a estes apelos de modo impróprio, diluindo suas escolhas na coletividade.

Este anonimato, para o paciente com câncer em situação de metástase, passa a se constituir pelas novas rotinas que são vivenciadas pela situação da doença. Essas novas rotinas o tornam íntimo e enraizado ao mundo “particular” da oncologia, permitindo o movimento de afastar-se da condição de ser finito.

A condição de ser-no-mundo tende a querer eliminar a possibilidade de o homem projetar-se em direção às suas próprias possibilidades, isto é, interpretar-se a si mesmo, aos outros e ao mundo, afastando-o da responsabilidade de ser si mesmo. Ontologicamente, este é um movimento característico de cada ser-aí. Mas esta forma de existir é um modo de alienação de si mesmo, na qual o existir se afasta de si mesmo, consumindo-se, morrendo antes de morrer (CRITELLI, 1988).

Todavia, é desse mesmo cotidiano que pode emergir a possibilidade de ser-si-mesmo-próprio, reconhecendo-se em sua finitude. No contexto do estudo, isto se revela na percepção dos seus próprios limites físicos, no olhar, nos gestos, na ação do outro, seja do familiar ou da própria equipe de saúde.

Estas situações cotidianas podem lançar o paciente para o questionamento de sua própria existência, o que o aproxima da morte, não como o que está presente no futuro vivido na impessoalidade, mas como um fenômeno que pode surpreendê-lo a qualquer momento.

Michelazzo (1999) refere-se a este poder-ser apenas como uma promessa, porque, efetivamente, o ser-aí se encontra lançado em um mundo prévio, ao qual ele não escolheu, e que o expõe às restrições e oportunidades deste mundo, sejam elas políticas, religiosas, sociais ou econômicas, as facticidades do cotidiano. É a sua condição de ser-no-mundo.

O homem como ser-no-mundo é fundamentalmente cuidado (*Sorge*), isto é, o cuidado é uma condição ontológica do ser-aí, reunindo, em si, três características fundamentais: a existencialidade, a facticidade e a decadência, isto é, futuro, passado e presente, chamadas *ekstases*. O *Dasein* só antecede (passado) advindo (futuro) a si; é nesse movimento de anteceder o que advir é que o

“presente” é gerado. Este é um movimento extático que se chama temporalidade. O ser-aí se fundamenta na temporalidade. O tempo é, portanto, o próprio homem conduzido à plena elucidação de seu ser mais íntimo (BEAUFRET, 1976).

A existencialidade é a possibilidade de ser, a qual se dá sempre em abertura. A facticidade é aquilo que nos é dado, ao qual não podemos fugir. A decadência é o agora, a nossa vivência impessoal e cotidiana.

Na sua facticidade, o ser-aí-com-câncer, em situação de metástase, vive sua temporalidade consciente, por meio de uma temporalidade imprópria, em que o tempo é considerado, cronologicamente, a partir da descoberta de sua doença. Os momentos vividos são estanques, as ações do cotidiano passado e do presente são repetidas, em sua fala, detalhadamente. Os sentimentos e os momentos mais marcantes são “revividos”, reafirmando que o que ficou no passado foram dor e sofrimento. O presente, o agora, não se mostra tão doloroso assim. O futuro apresenta-se ambíguo, trazendo à tona a esperança da cura ou a constatação da sua condição finita, vivida na impessoalidade.

O ser-aí tende a viver conscientemente em uma temporalidade considerada imprópria, na qual “o presente se torna um simples agora, o ‘futuro’ muda-se em expectativa e o ‘passado’ produzindo-se em esquecimento, no que já passou” (NUNES, 2004, p.27). Esta é a temporalidade imprópria vivida no cotidiano, no qual a morte e o ser são esquecidos. Este tempo tende à infinitude e se estende aos entes intramundanos pelo presente. É o tempo ao qual podemos agarrar, dissipar ou perder.

Em sua singularidade, por outro lado, a temporalidade pode abranger o ser-aí em seu ser como um todo, porque se remete e remete os outros à morte, que é assumida contra a tendência cotidiana de encobri-la (NUNES, 2004).

Para o mesmo autor, o *Dasein* é “passado”, como facticidade, sem deixar de ser “presente” (decadência), porque é na decadência que está contida a facticidade e é na facticidade que o “futuro” (existencialidade) se antecipa. Assim sendo, a temporalidade é um *continuum*, na qual se têm as três vivências ou *ekstases*, ocorrendo simultaneamente.

Ainda complementa que estas três *ekstases* se temporalizam, mas a existencialidade é sempre respeitada como primazia. No entanto, ela é sempre determinada pela facticidade, que se dá como retomada e, pela decadência, como instante de decisão. Quando autêntica, a decisão é o instante de retomada de possibilidade do passado, do que nele ainda permanece vivo. Este tempo é finito e assegura a origem do ser do *Dasein* e da existência da cotidianidade.

Para Michelazzo (1999), o tempo é o elo entre o factual, o seu estar-lançado e o decaído na inautenticidade; é a sua condição possível, o seu poder ser autêntico. Desta forma, o cuidado tem a sua origem na temporalidade. Não há como pensar o cuidado sem temporalidade. Ambos formam uma unidade circular onde cada um depende do outro para se constituir.

No ser-para-o-fim, o *Dasein* é compreendido, total e propriamente, como ente que pode ser lançado na morte, isto é, que interpreta a si mesmo na morte. O *Dasein* não possui um fim no qual ele simplesmente cessaria. Ele simplesmente existe finitamente, porque é a própria vida. A finitude não quer dizer primordialmente término, mas é entendida como um caráter da própria temporalização. Isto quer dizer que a morte é vida, enquanto constitutivo deste existir (HEIDEGGER, 2002b).

7. Reflexões sobre o estudo

Ao finalizar este estudo, faz-se necessário retomar algumas idéias e discussões já apresentadas com relação ao fenômeno morte no mundo do paciente com câncer em situação de metástase, por ele vivenciado.

A todo ser humano foi dada a certeza do morrer. No entanto, a consciência da finitude reflete a necessidade do ser-aí buscar o sentido existencial deste chegar-ao-fim. Isto requer uma abertura do ser-aí, um questionamento das suas ações cotidianas e uma busca pela sua autenticidade.

A morte mostrou-se como fenômeno natural, vivido na impessoalidade, presente no modo de viver cotidiano, sendo enfocada como “morre-se”, “casos de morte” e como fenômeno que permeia a existência, podendo surpreender o homem a qualquer instante.

Esse mostrar-se da morte revela os modos de cuidar da própria existência – inautêntico e autêntico – presentes no movimento existencial, no constituir-se do homem como temporalidade.

Na impessoalidade do cotidiano, os pacientes redimensionam seu dia a dia, ocupando-se com as novas tarefas do mundo da oncologia, nutrindo esperanças, fundamentada na fé em Deus e, assim, distanciando-se da angústia que os colocam frente a frente com seu próprio ser-no-mundo, deixando emergir a morte como parte de seu existir.

Apesar desse afastamento, há momentos em que, questionando-se em seu ser, o paciente se reconhece como ser finito, ser para a morte.

Essas questões me levam a refletir sobre minha prática docente, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Centro – Oeste, UNICENTRO, de Guarapuava, Paraná, permitindo-me questionar alguns pontos a respeito do nosso currículo: será que não estamos valorizando demasiadamente a técnica em detrimento da compreensão do homem na sua existência? Como a morte tem sido abordada no decorrer do curso, como algo a ser combatido ou como parte da existência humana? Será que não estamos valorizando a técnica, a cura, o combater a morte em detrimento ao cuidado, ao cuidado integral?

Estas questões encontram um momento propício para serem refletidas, considerando que a reforma curricular se encontra em fase de discussão em nossa universidade. Neste sentido, visualizo um esforço, uma disponibilidade de alguns docentes no sentido de saírem do modelo assistencial vigente com vistas à construção da clínica ampliada, alicerçada no cuidado integral ao ser humano. Considero uma fase de reconstrução curricular mas, também, pessoal e profissional. Um momento de rever nossas posturas.

Este estudo permite, ainda, que eu reflita sobre minha atuação também como enfermeira de oncologia. Quando atuava na clínica, onde realizei as entrevistas, sempre priorizei a informação para o paciente. Mas, hoje me questiono: até onde as informações têm o intuito de fornecer subsídios aos pacientes para que possam participar da tomada de decisão? Até onde as informações não são induzidas para a decisão que convenha à equipe?

Dentre as situações vividas, relatadas pelos pacientes, uma, em especial, me chamou a atenção: o olhar, as ações e a fala do outro (família e equipe de saúde) que denunciam o não cuidar deste paciente de maneira integral.

A família, desconfortável com a possibilidade de morte do seu ente, não sabe como agir diante desta situação, fazendo com que a possibilidade da morte emergja de forma brusca e inesperada, solta no falatório, no “falar por falar” descrito por Heidegger. O mesmo falatório, ao mesmo tempo que reflete algo sem sentido, também emerge como incômodo.

Da mesma forma em que a morte cai no falatório, ela, muitas vezes, como palavra, é negada, é substituída por outros termos como “fim da vida”, “não sair dessa”, “estar no mesmo rumo”, “não sarar”, “fim da estrada”. Assim como o câncer, muitas vezes, é tratado como “essa doença”. Isto denota o medo que, tanto o câncer quanto a morte despertam, considerando a densidade que as duas palavras adquiriram em nossa sociedade.

Algumas situações relatadas pelos pacientes a respeito do relacionamento profissional de saúde-paciente saltam aos olhos. Torna-se presente o modo de cuidar inautêntico dos profissionais, marcado por situações de mando e pouco diálogo, denotando o não reconhecimento do doente como ser subjetivo e social.

Esse cuidar também está alicerçado no modelo clínico, biologicista, no qual o médico assume posição de destaque.

A figura do médico, nesta lógica biologicista, é claramente relatada pelos pacientes. Na minha experiência como enfermeira de oncologia, pude perceber que, na maior parte do tempo que os pacientes permanecem na clínica, nas sessões de quimioterapia, eles ficam na companhia da equipe de enfermagem.

Cabe questionar: os pacientes falam mais do médico por ele ser a figura que “detém”, o saber? Ou por que o cuidado de enfermagem está sendo realizado de forma inautêntica, vazia, sem o real envolvimento com o paciente?

Apesar de figura “detentora” do saber, pude observar na minha prática e, ainda hoje, que os pacientes saem do consultório médico sem as informações necessárias sobre o seu diagnóstico, para que, assim, possam participar da tomada de decisão a respeito do seu tratamento. No entanto, a atitude paternalista e o não respeito ao paciente em sua dignidade, presentes ainda na saúde, permitem que os pacientes saiam do consultório com a primeira sessão de quimioterapia já agendada, independente de seu pensar, sentir e decidir.

Na maioria das vezes, os profissionais de saúde e os próprios familiares não estão, também, em condições de falar sobre a possibilidade de morte.

Reporto-me novamente à Ariès (2003): a morte, apesar das tentativas de banalizá-la, ainda é vista como um tabu, sendo tratada como uma doença que precisa ser combatida, curada. Seu estudo identifica a morte no século XX, como “a morte interdita”, que passa dos lares para os hospitais, ocorrendo de forma escondida.

Vejo, no entanto, que esta passagem veio desacompanhada do preparo dos profissionais de saúde para lidarem com esta situação nos hospitais.

E hoje, tendo em vista as transformações tecnológicas que ocorreram nos últimos anos, o avanço dos equipamentos que promovem a manutenção da vida, as novas drogas e o domínio da patologia, marcando a forte ênfase no eixo biológico, os hospitais foram transformados em “espaços de cura e não de morte” (HASS; PATROCÍNIO, 2000, p. 552).

No entanto, os avanços conseguidos, que permitem o prolongamento da vida, também permitem um prolongamento do sofrimento, tanto para o paciente quanto para a família. Uma questão é significativa: a morte não pode ser tratada como uma doença que precisa ser curada. Ela é uma condição existencial do ser humano. Ela faz parte da vida.

Como o câncer ainda é uma doença estigmatizante, que na concepção das pessoas entrevistadas como na dos próprios profissionais da saúde, tendo uma relação íntima e direta com a morte, o momento de dar e receber o diagnóstico de câncer não se mostrou tarefa fácil. Em minha experiência, pude vivenciar vários momentos nos quais o paciente era encaminhado ao tratamento sem saber seu diagnóstico; em outros, em que o diagnóstico fora dado abruptamente sem que, posteriormente, fosse fornecido a eles um suporte emocional ou de conhecimentos suficientes e necessários para lidar com a principal informação recebida: a possibilidade concreta da morte.

Nas consultas iniciais com a enfermagem, pude perceber como fazia diferença quando o diagnóstico de câncer era explicado, em seu significado. Um sentimento de alívio era percebido nos pacientes, como se quisessem dizer: “O câncer é isso?”. Esse sentimento também é relatado por alguns médicos no estudo apresentado por Capparelli (2002).

Pude perceber ainda que estes pacientes sentem uma necessidade muito grande de se relacionarem com o outro. Os momentos em que conversamos foram, em muitos casos, permeados por desabafo, de cuidar de si emocionalmente, dividindo com o outro aquilo que os angustiam.

As entrevistas, não foram momentos para repasse de informações, mais sim de crescimento humano e profissional. Eles, os humanos entrevistados,

são “professores capacitados” sobre o assunto, não como mestres do saber científico, mas como pessoas que, convivendo com a angústia, em seus momentos de autenticidade, apresentam uma experiência significativa cujo teor existencial é, acima de tudo, aprendizado vivencial para o profissional de saúde.

Assim, todos os encontros foram marcantes, mas um em especial me possibilitou esse significativo aprendizado. Acompanhei Cravo desde o início do seu tratamento. A época da descoberta do câncer, acredito que tenha sido um momento desesperador para ela. As sessões de quimioterapia eram realizadas, sempre com muito sofrimento e choro. Todas as vezes que tentávamos conversar com ela, o choro era sua única resposta. No entanto, após dois anos de meu afastamento da Clínica, quando nos reencontramos para a realização deste estudo, sua postura me surpreendeu. Na situação em que ela se encontrava, consciente de seu estado físico e do avançar da doença, sua face era serena. Havia um conformar-se, um aceitar o seu estado, tanto que, em poucos minutos de conversa, a morte emergiu explicitamente, na figura dela, na primeira pessoa. Durante nossa conversa, ela disse-me que todo este período havia feito com que ela amadurecesse.

Compreendo que a vivência da doença a fez reconhecer-se como ser finito, apropriando-se da possibilidade da morte como parte de sua existência. Isso não significa desistir da própria vida; ao contrário, aprender a conviver com a permanente dualidade vida-morte. Acompanhar esta situação permitiu-me um crescimento profissional e pessoal, revelando-me o quanto é fundamental aprender a escutar, estando presente e respeitando o momento singular de cada um.

Isso é fundamental, principalmente ao considerarmos que o profissional de saúde, assim como o paciente e sua família, apresentam tanta dificuldade em abordar o tema da morte.

Em se tratando dos profissionais de saúde, sua formação e educação permanente demandam investimentos na construção de saberes e práticas que se dirijam ao saber do homem em sua integralidade, o que incorpora a finitude humana.

Essa dualidade vida – morte emerge significativamente neste estudo. Em vários momentos diferentes da mesma entrevista, os pacientes se deparam e se alternam com a esperança de cura e com o reconhecimento da possibilidade da morte.

Outro ponto significativo a ressaltar é a peculiaridade do momento vivido pelos pacientes deste estudo, em contraposição a outros.

Trabalhando com pacientes terminais, Boemer (1998) observou que, ao se aproximarem da sua dimensão real de finitude, afastam-se dos familiares, tendendo a isolar-se e adquirindo uma expressão facial de distanciamento em relação aos discursos da equipe e da família, voltados à retomada da esperança. O ser-aí paciente terminal, ao antever sua morte, tem todas as suas possibilidades ulteriores negadas e, as presentes, desvalorizadas.

Esta situação não é descrita pelos pacientes deste estudo. A sua condição de terminalidade não é sentida, apesar do estigma que a doença câncer carrega consigo, de doença incurável e fatal, e dos momentos em que os próprios pacientes reconhecem a proximidade da morte. Ainda predomina a dimensão da preocupação e convivência com a coletividade, o que, em se tratando da morte, significa considerá-la na impessoalidade.

Isto se deve ao estadió do câncer em que se encontram estes pacientes. Como já comentado, neste estadió, os pacientes ainda se encontram com possibilidades terapêuticas, com o intuito de controlar a doença. Isto, relacionado às informações insuficientes fornecidas pela equipe de saúde e ao modo impessoal de lidar com a morte no cotidiano, afasta-os da possibilidade de assumir-se em seu ser-finito-próprio.

Apesar de o cotidiano favorecer este afastamento do ser-si-mesmo-próprio, é das vivências cotidianas que também emerge a possibilidade de reconhecer-se autenticamente em sua finitude.

Assim, alguns vivem na esperança da cura do ponto de vista biológico e outros assinalam e clamam por um cuidar que não os tornem desfacelados; ao contrário, que os mantenham em sua integralidade.

Esse pedido merece ser cuidadosamente discutido pelos profissionais de saúde que, face ao modelo clínico predominante, reduzem sua ação para a dimensão biológica, ação essa fundamental, mas não suficiente para o cuidado do homem doente.

Acredito que a técnica, para nós profissionais de saúde e para os próprios pacientes, seja extremamente importante, mas permitir uma proximidade do profissional com o paciente é um modo singular de cuidar. Alguns pacientes relataram que sentiam a necessidade de conversar com alguém da equipe, no sentido de serem escutados, tendo em vista que não se sentem tranquilos em conversar com seus familiares a respeito do momento que estão vivendo.

Isso mais uma vez sinaliza para a necessidade de um cuidar que os acolha, o que implica, também, reconhecê-los em sua finitude e, mais que isso, reconhecemo-nos como seres-para-a-morte.

Acolher é estar aberto a escutar, tanto pacientes quanto familiares, em seus anseios. Por meio desta escuta permite também que ambos, paciente e família, se (re) aproximem.

A construção de um cuidar nesta perspectiva pode demandar a busca de estratégias que possibilitem momentos de escuta, troca de experiências entre paciente e familiares, bem como entre os próprios profissionais. Dentre elas, uma possibilidade pode ser a realização de grupo de acolhimento durante as sessões de quimioterapia.

Na clínica na qual foram entrevistados os pacientes já acontecem alguns encontros grupais dessa natureza, coordenados pelo psicólogo. Todavia, sugiro a inclusão de outros profissionais junto ao psicólogo nesta estratégia, no intuito de compartilhar a responsabilidade pelo acolhimento, estendendo-o para todos os pacientes e situações de tratamento ou acompanhamento. Isso pode se tornar possível, pois, tem-se facilitado a aproximação profissional – paciente, podendo ser criado um vínculo afetivo entre ambos.

Torna-se ainda fundamental constituir grupos de reflexão interdisciplinares que facilitem a troca de experiência entre os profissionais, auxiliando-os a expressarem seus anseios e dúvidas relacionadas às indagações dos próprios pacientes.

Nesses grupos a temática morte pode ser refletida pelos profissionais da saúde, na perspectiva de considerá-la como possibilidade da impossibilidade do existir inerente à condição humana.

8. Referências⁵

ALVES, R.A. A morte como conselheira. In: CASSORLA, R.M.S. (coord). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991. p.12.

ANDERS, J.C. **A família na assistência à criança e ao adolescente submetidos ao transplante de medula óssea: a fase pós – TMO**. Ribeirão Preto: 1999. 158p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ANTONIO, E.R. **Desvelando a (in) satisfação de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial**. São Paulo: 2001. 97p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARCHIFONTAINE, C.P. Bioética - Essência das relações humanas na saúde. **Revista Nursing**, Barueri, SP, nº. 44, ano 5, p. 9-11, janeiro, 2002.

BEAUFRET, J. **Introdução às filosofias da existência: de Kierkegaard a Heidegger**. Tradução e notas: Salma Tannus Muchail. São Paulo: Duas Cidades, 1976, 146p.

BIELEMANN, V.L.M. **O ser com câncer: uma experiência em família**. Florianópolis: UFSC, 1997. 170p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina.

BOEMER, M.R. **A morte e o morrer**. 3.ed. Ribeirão Preto: Holos, 1998. 128p.

_____. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p.83-94, jan,1994.

⁵ Referências elaboradas conforme “Diretrizes para apresentação de Teses e Dissertações da USP”, ano 2003.

_____. **A morte, o morrer e o morrendo:** estudo de pacientes terminais. Ribeirão Preto: 1985. 205p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. A temática da morte sob a perspectiva da pesquisa do fenômeno situado. **Revista de Sociedade de Estudos e Pesquisas Qualitativas**. Caderno 2, 1989.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. Brasília, v. 04, n. 02, p. 15-25, suplemento, 1996.

_____. Datasus. Estatísticas de Morbidade e Mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#EstatVitals>. Acesso em 04 jul. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dez anos de Saúde da Família no Brasil. **Informes de Atenção Básica**. Brasília, ano5, n.21, mar/abr 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/psfinfo21.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº. 19. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm>>. Acesso em 20 de março de 2005.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, Cap.01, p.29-87.

CANELLA, P. R; SOUZA, M. C; DEUS, M. C. Relação médico-cliente em casos de quimioterapia antineoplásica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 3 (1); 33-37, 1981.

CAPPARELLI, A.B.F. **As vivências do médico diante do diagnóstico de câncer infantil**. Ribeirão Preto, 2002. 144p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CARVALHO, A.S. **Metodologia da entrevista:** uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: AGIR Editora, 1987.

CASSIANI, S.H. de B.; ALMEIDA, A.M. Teoria fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados quantitativos. **Cogitare Enfermagem Revista de Enfermagem**, Curitiba, PR, v.4, n.2, p.13-21, julho/dezembro de 1999.

COBRA, Rubem Q. **Martin Heidegger**. Página de "Filosofia Contemporânea". Site <<http://www.cobra.pages.com.br>>, Internet, Brasília, 2001, acessado em 01/07/2004.

CORREA, A.K. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva**: em busca do sentido da existência humana. Ribeirão Preto: 2000. 212p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CORREA, A.K.; VALLE, E.R.M. A pesquisa fenomenológica em saúde: uma possibilidade de compreensão da existência humana. In: CASTRO, D.S.P., et.al. (org.) **Existência e Saúde**. São Bernardo do Campo: UESP, 2002. p.171-186.

CRITELLI, D.M. **Análítica do Sentido**: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1996, 140p.

_____. O des-enraizamento da existência. In: DICHTCHEKENIAN, Maria Fernanda S. F. B. **Vida e morte**: ensaios fenomenológicos. Centro de Estudos Fenomenológicos. 1.ed. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1988. Cap.IV, p.67-85.

ESPÍNDULA, J.A. **Vivência de mães em situação de recidiva de câncer em seus filhos**. Ribeirão Preto: 2000. Dissertação de Mestrado - Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FERNANDES, M.L.B.; BOEMER, M.R. **O tema da morte em sua dimensão em sua dimensão pedagógica**. Londrina: Ed. UEL, 2005.

FONSECA, S.M. **A dialética da representação do tratamento quimioterápico para o doente oncológico**: vida versus morte. São Paulo: 1999.76p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

FORTES, P.A.C. **Ética e Saúde**: questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões. Autonomia e direitos do paciente. Estudo de Casos. São Paulo: EPU, 1998. Cap. 04, p.5-72.

GARRAFA, V. Reflexões bioéticas sobre ciência, saúde e cidadania. **Revista Bioética**, CFM, v.7, n.1, 1999.

GOMES, J.C.M. As bases éticas da relação médico-paciente. In: BRANCO, RFGR. **A relação com o paciente**: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p.1-9.

HASS, R.E.; PATRÍCIO, Z.M. O trabalhador de enfermagem e o paciente terminal: possibilidade de uma convivência saudável com a morte. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v.9, n.2, p.548-561, mai./ago.,2000.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. São Paulo: Vozes, 2002a, v. 1.

_____. **Ser e Tempo**. São Paulo: Vozes, 2002b, v. 2.

_____. **Todos nós... ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. Tradução e comentário: Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.

IBGE. Estimativas de Projeção da População de 1980 a 2050. Disponível em: http://www2.ibge.gov.br/pub/Estimativas_Projecoes_Populacao/Taxas_e_Projecoes_1980_2050. Acesso em: 04 jul. 2004.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas de câncer. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=4. Acesso em 04 jul. 2004.

KLIGERMAN, J. Bioética e política de saúde pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, INCA, v.45, n.1, 1999.

LABATE, R.C.; PEREIRA, M.A. Dor, sofrimento, morte e cuidado à saúde. **Cogitare Enfermagem Revista de Enfermagem**, Curitiba, PR, v.3, n.2, p.19-22, julho/dezembro de 1998.

LIMA, M.A.D. da S. **O trabalho da Enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto: 1998. 216p. Tese de Doutorado – Programa Interunidades, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MALTA, D.C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.21-34, set/dez, 2000.

MALVEZZI, G.M.; BOEMER, M.R. A mastectomia em seu ir se mostrando à mulher que a vivencia. **Revista Ciência e Enfermeria**. Chile, v.1, n.1, p.33-45, 2000.

MARTINS, J; BOEMER, M.R.; FERRAZ, C.A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.24, n.1, p.139-147, abr, 1990.

MELO, A.G.C. Os cuidados paliativos no Brasil. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 27, n. 01, p. 58-62, jan./mar. 2003.

MERRHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**. Campinas, 2000. 227p. Tese (Livre Docência) Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade Estadual de Campinas. Anexo3 p.189-216.

MICHELAZZO, J.C. Fenomenologia existencial e os modos cotidianos de coexistência. In: CASTRO, D.S.P. **Existência e Saúde**. São Bernardo Campo: UESP, 2002. p.187-196.

_____. **Do um como princípio ao dois como unidade: Heidegger e a reconstrução ontológica do real.** São Paulo: FAPESP: Annablume, 1999, cap. III, p.119 -148.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6.ed., São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ARASCO, 1993. 269p.

NUNES, B. **Heidegger & Ser e tempo.** 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004

OBA, M.D.V.; TAVARES, M.S.G.; OLIVEIRA, M.H.P. A morte mediante as representações sociais dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n.1, p.26-30. jan/fev. 2002.

OTTO, S.E. **Oncologia:** Coleção Enfermagem Prática. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 27, n. 01, p. 15-30, jan./mar. 2003.

_____. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, Brasília, v.4, n.1, p.31-43, 1996.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas atuais de bioética.** 5.ed. São Paulo: São Camilo/Loyola, 2000. p. 413-417.

PIVA, J.P.; CARVALHO, P.R.A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Revista Bioética**, Brasília, v.1, n.2, p. 129-138, 1993.

POPIM, R.C.; BOEMER, M.R. O que é isto, a quimioterapia? – uma investigação fenomenológica. **Revista Ciência e Enfermeria.** Chile, v.5, n.1, p.65-76, 1999.

POPIM, R.C. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica:** uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz. Ribeirão Preto: 2001. 122p. Tese de Doutorado – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos *Campi* de São Paulo e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROSSI, L.; SANTOS, M.A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p.32-41, 2003.

SALES, C.A. **O cotidiano da pessoa com neoplasia:** compreensão existencial. Ribeirão Preto: 2003. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SCHRAMM, F.R. et al. Jornada de Bioética em Assistência Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, INCA, v.4, 2000.

SILVA, C.N. **Como o câncer (des) estrutura a família**. Salvador: 1997. 249p. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SILVA, F.L. Direitos e deveres do paciente terminal. **Revista Bioética**, Brasília, v.1, n.2, p. 139-143, 1993.

SILVA, L.M.G. Aspectos éticos e cuidados paliativos. **Suplemento científico da Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia**, nº 10. 2000.

SILVA, M.A. P. D.; SILVA, A.R.B.; SILVA, E.M. Oncologia e ética: relações e aproximações. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.20, n1, jan/abr, 2001.

SPANODIS, S. A todos que procuram o próprio caminho (apresentação e introdução). In: HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. Tradução e comentário Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes, 1981. p. 9-24.

STEIN, E. Mudança de paradigma na filosofia: fenomenológica existencial como dramaturgia da existência e a dramaturgia das pulsões. In: FORGUIERI, Y.C. (org.) **Fenomenologia e psicologia**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984. p.49-70.

TABOADA RODRIGUEZ, P.; RODRIGUEZ UGARTE, A.; VERCELLINO BERTUCCI, M. Dimensión ética del morir. **ARS Méd.** Santiago, v.2, p. 31-44, 2000.

UTZERI, F. Debatedor na Jornada de Bioética em Assistência Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 359-366, out./nov./dez, 2000.

VALLE, E.R.M. **Câncer infantil: compreender e agir**. Campinas/SP: Psy, 1997. p. 47-50.

YAMAGUCHI, N.H.; MICHELINI, C. A medicina e a morte. In: FRANCO, M.H.P. (org.). **Uma jornada sobre o luto: a morte e o luto sob diferentes olhares**. Campinas: Livro Pleno, 2002, p. 47-54.

ZORZO, J.C.C. **O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem**. Ribeirão Preto, 2004. 126p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa com pacientes portadores de câncer, meu nome é Maria Regiane Trincaus, sou enfermeira e Professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO orientanda da Dra. Adriana Kátia Correa professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) para realização do curso de mestrado.

Minha intenção nesta pesquisa é saber o que está significando esse momento em sua vida.

Para poder compreender esse momento preciso da sua colaboração, mas você precisa saber que se aceitar participar deste estudo:

- a) Estará concordando em participar de alguns períodos de conversa onde estará falando sobre o assunto;
- b) Todas as informações que forem repassadas em nossas conversas serão mantidas em segredo, sendo que serão utilizadas somente para esta pesquisa;
- c) Todas as nossas conversas serão gravadas e posteriormente passadas para o papel;
- d) Os dados coletados nesta pesquisa poderão ser publicados e/ou apresentados somente com objetivo científico;
- e) Não será possível sua identificação, assim podemos garantir sua completa privacidade;
- f) Sua participação é completamente voluntária, não deverá ocorrer nenhum tipo de pressão para que você participe dessa pesquisa.
- g) Falar sobre sua segunda experiência de tratamento com quimioterapia por câncer poderá ser um momento difícil para você, emocionalmente. Se você sentir que é necessário, poderemos solicitar o acompanhamento de um profissional de saúde da Clínica de Oncologia onde você está sendo atendido, para ajudá-lo, neste momento, sem nenhum custo para você.
- h) Caso queira entrar em contato comigo, após a realização do estudo ou a qualquer momento, para solicitar esclarecimento ou retirar-se desta pesquisa o meu telefone é 627-2462 ou 9977-6441.

Considerando as questões acima:

Eu, _____ em abaixo assinado concordo em participar desta pesquisa, de forma inteiramente voluntária, estando livre a qualquer momento para desistir da participação, sem nenhum prejuízo para mim. Eu recebi a cópia deste termo, li e somente após a leitura o estou assinando e concordando em participar da pesquisa.

Data _____/_____/_____

Assinatura do pesquisado

Assinatura do pesquisador