

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O Cuidado no Cotidiano da
Pessoa com Neoplasia:
compreensão existencial

Catarina Aparecida Sales

Ribeirão Preto
2003

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O Cuidado no Cotidiano da
Pessoa com Neoplasia:
compreensão existencial**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, junto ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

Catarina Aparecida Sales

**Orientadora: Profa Dr^a Marcia Bucchi
Alencastre**

**Ribeirão Preto
2003**

Aos doentes que faleceram durante
a elaboração deste estudo

Observar a morte em paz de um
ser humano faz-nos lembrar uma
estrela cadente. É uma entre
milhões de luzes do céu imenso,
que cintila ainda por um breve
momento para desaparecer para
sempre na noite sem fim

Elisabeth Kübler Ross

Na amizade, todos os desejos,
ideais, esperanças, nascem e
são partilhados sem palavras,
numa alegria silenciosa

Gibran Khalil Gibran

À Vilma Balielo e Maria
Angélica P. Waidman, pela
disponibilidade, incentivo e
profunda amizade dedicados nos
momentos difíceis deste estudo

À Marcia Bucchi
Alencastre

A empatia surge apenas de um
olhar,

Com admiração e amizade

As ausências sempre presentes
nesse meu existir-no-mundo

meu avô Benedito, meu
irmão Adrianis

Saudades

Agradecimentos

Á Deus por permitir a sabedoria para realização deste estudo.

À minha mãe, Jessuina; à minha irmã Angela, aos meus sobrinhos Pâmela, Alan, Luana, Rodrigo, meu sobrinho-neto Caio Lucas, por existirem em meu mundo.

Aos doentes e seus familiares, pelos momentos em que compartilharam comigo suas vivências.

Aos Professores Doutores Adriana Katia Corrêa, Magali Roseira Boemer, Regina Célia Popim, Jacó Fernando Scneider, Sônia Silva Marcon, componentes da banca examinadora deste estudo, pela disponibilidade de participarem comigo desta etapa importante de minha vida.

Aos amigos Éllen, Waldirene e Gilson pela compreensão quando necessitei de companhia nas visitas aos doentes.

À Rosa e ao Jorge, pelo carinho e atenção com que me receberam em Ribeirão Preto.

À Cidinha, Matheus, Deolinda, Lurdes e à turma da cantina, por me proporcionarem momentos agradáveis na Escola de Enfermagem.

À Capes pelo valioso auxílio prestado para a elaboração desta pesquisa.

Sumário

Resumo

1 Da descoberta do conhecimento, o re- surgir de novos horizontes para o cuidar	2
2 Os cuidados paliativos na assistência aos doentes com neoplasias	14
Cuidados paliativos no domicílio: alguns princípios filosóficos e éticos	20
3 O caminho metodológico	31
A fenomenologia existencial e sua perspectiva neste estudo	31
Encontrando-me com o outro	40
Buscando os discursos dos sujeitos ..	44
4 Aproximando-me do existir dos sujeitos	50
Dos encontros a compreensão da linguagem dos sujeitos	51
5 Compreendendo a existencialidade temporal do Ser-aí com câncer	95
6 Refletindo sobre o cuidado no domicílio da pessoa portadora de neoplasias	11

7 Referências Bibliográficas	
.....	12
8	
Referências	Complementares
.....	13
5	
Anexos	
.....	13
8	
Summary	

Resumo

Neste estudo, minha proposta foi dirigir-me às pessoas portadoras de neoplasias em seu domicílio, buscando em um primeiro momento apreender o significado para os doentes de seu sendo-no-mundo com câncer, e a partir dessa compreensão, projetar novas possibilidades de cuidado a esses seres. A fenomenologia existencial de Martin Heidegger permitiu-me uma aproximação da existencialidade do doente, contemplando suas vivências com a doença. Para tal, realizei várias visitas aos sujeitos, antes e após a entrevista. A partir dos discursos e de minhas observações feitas durante as visitas, conduzi-me a uma compreensão das percepções dos pacientes sobre o estar-no-mundo com câncer. Da análise compreensiva emergiram duas categorias: **A temporalidade do existir com câncer e o Ser-com-o-outro inautêntico no convívio com o câncer**, as quais interpretei apropriando-me de algumas idéias de Martin Heidegger. E, finalmente, retomando o caminho percorrido, reflito sobre a assistência dispensada aos doentes e a importância de buscar novos caminhos para contemplar as reais necessidades de cuidados da pessoa com neoplasia.

1 Da descoberta do
conhecimento, o re-surgir de
novos horizontes para o
cuidar

No vigor de sua
constituição ontológica,
o homem deseja
ardentemente conhecer.

Aristóteles.

*A alegoria da caverna*¹

Imagine homens vivendo desde sua infância numa morada subterrânea em forma de caverna, cuja entrada, aberta à luz que vem da madrugada, se estende sobre toda a largura da fachada. Estes homens aí se encontram presos em cadeias, de costas para a entrada, olhando para os fundos.

Fora da caverna há um fogo aceso sobre uma eminência; entre o fogo e os prisioneiros, uma passarela. Ao longo da passarela, ergue-se um pequeno muro, semelhante aos tabiques que os exibidores de fantoches erigem à frente deles e por cima dos quais mostram as suas maravilhas.

Imagine agora que homens, transportando utensílios de toda espécie que ultrapassem a altura do muro, estejam passando na passarela. Entre os portadores uns falam, outros se calam.

Os prisioneiros, nessa situação, jamais viram outra coisa senão sombras, jamais ouviram outra voz senão os ecos que reboam no fundo da caverna. Falarão das sombras como se fossem objetos reais, terão os ecos como vozes verdadeiras. Esses estranhos prisioneiros se assemelham a nós homens. Considere agora o que lhes sobrevirá se forem libertos das cadeias e curados da ignorância.

Se um desses prisioneiros se levantar, volver o pescoço, caminhar, erguer os olhos para o lado da luz: tais movimentos o farão sofrer, e a luz, ofuscando-lhe a vista, o impedirá de ver os objetos cuja sombra enxergava há pouco. Ficará muito embaraçado e dirá que as sombras que via há pouco são mais verdadeiras do que os objetos que ora lhe são mostrados.

E se este prisioneiro for arrancado à força do lugar onde se encontra e conduzido para fora à luz do sol, ele não ficaria irritado e seus olhos feridos? Deslumbrado pelo brilho, não necessitaria acostumar-se para ver o espetáculo da região superior?

¹ Platão. Rep. VII, 524-517. In: BUZZI, A. R. Introdução ao pensar, 1984, p. 47.

Aqui, nesta região superior que é a superfície da terra, veria primeiro o que está nas sombras. À noite poderia contemplar os corpos celestes, fixar a vista na luz dos astros e da lua. Só mais tarde poderia contemplar a luz do sol. Quando isto acontecer, reconheceria que o sol governa todas as coisas visíveis e também aquelas sombras no fundo da caverna.

Lembrando-se então de sua primeira morada, da sabedoria que nela se professa, de seus companheiros de cativeiro, alegrar-se-á com sua mudança e lastimará a sorte destes últimos. Não sentirá ciúmes das honras, louvores e distinções que lá se distribuem.

Preferirá, como o herói de Homero, ser apenas um servente de charrua, a serviço de um pobre lavrador, e sofrer tudo no mundo, a voltar às suas antigas ilusões e viver como vivia.

Suponha que nosso homem torne a descer à caverna e vá sentar-se em seu antigo lugar. Nesta passagem súbita da pura luz para a obscuridade não lhe ficariam os olhos como que submersos em trevas?

E se, enquanto tivesse a vista confusa porque bastante tempo se passaria até que os olhos se afizessem de novo à obscuridade tivesse de dar opinião acerca das sombras, numa discussão com seus companheiros, não provocará riso à própria custa e não dirão eles que, tendo ido para a região superior, voltou com a vista arruinada, de sorte que não vale mesmo a pena subir até lá? E se ele tentasse soltá-los e conduzi-los ao alto, não haveriam eles de pegá-lo e matá-lo?

Ao ler “Alegoria da caverna”, Platão expôs o cotidiano da aprendizagem do homem em busca das verdadeiras idéias e caminhos, esse homem, porém, inicialmente mantém-se preso, contemplando seu saber como o único existente e negando a si mesmo o direito de buscar outros conhecimentos, que o ajudariam a transcender a linha e visualizar novos horizontes de possibilidades. Pus-me a refletir sobre o conhecimento

adquirido durante a formação acadêmica e o saber emergido após a conclusão do curso de mestrado.

Ao terminar minha graduação, permaneci durante muito tempo vivenciando a dicotomia entre a teoria e a prática na enfermagem, pois enquanto a teoria desvelava aspectos relevantes para a assistência aos indivíduos, a prática mostrava-se insatisfatória quanto a concretização das idéias discutidas nos bancos universitários. Assim, apesar de, em muitos momentos discordar do cuidado implementado a partir de normas estabelecidas pelas instituições de saúde, em algumas ocasiões via-me totalmente empolgada com as maravilhas demonstradas pelos “exibidores de fantoches”. Permanecia então, na época, presa às perspectivas apresentadas e não procurava visualizar novos caminhos.

“Encontrar sem procurar é difícil e raro, mas procurando é acessível e fácil; se não se tem conhecimento é impossível procurar”.²

Com este pensar, ingressei na Universidade Federal de São Paulo para cursar pós-graduação em Enfermagem (Mestrado), buscando novos horizontes. Em minha dissertação³ expus como a semente do cuidado aos pacientes crônicos e terminais germinou enredada em meus ideais profissionais e, em muitas ocasiões, permaneceu amalgamada com minhas inquietações e angústias. Nessa trajetória, o contato com as pessoas

² ARQUITAS, apud BUZZI, A. R. In: Introdução ao pensar, 1984, p. 64.

³ SALES, C. A. O cuidado de enfermagem: visão fenomenológica do ser leucêmico, 1997, p. 2.

portadoras de câncer despertou em mim questionamento sobre as maneiras de cuidar desses seres, evidenciando a necessidade de enfrentar novos desafios para abarcar o processo de cuidar.

Dessa forma, busquei neste estudo compreender como os doentes leucêmicos vêem o cuidado de enfermagem que recebem em seu mundo/vida hospitalar. Ao finalizar minha pesquisa, apercebi-me envolvida em novos sentimentos, provenientes de uma maneira diferente de contemplar o mundo e as pessoas ao meu redor. O processo vivenciado com esses doentes e suas opiniões sobre o cuidado ministrado pela equipe de saúde trouxeram-me profundas reflexões sobre o atendimento oferecido a essas pessoas. Percebi, naquela ocasião, quanto estava equivocada sobre como cuidar desses seres, pois passo a passo eu os via a direcionar-me, a mostrar-me o caminho a ser seguido.

A possibilidade de não apenas apreendê-los, sob o prisma de sua doença, mas também compreendê-los como seres que adoecem, emergiu como raio de luz sobre as sombras, e os ecos do silêncio falaram-me como vozes verdadeiras.

Compreendi que o Ser com neoplasia, no seu cotidiano, precisa ouvir sua própria voz, a voz de seu próprio mundo, pois ele e o mundo são inseparáveis e estão na dependência de outras pessoas para o atendimento às suas mais elementares necessidades para sobreviver. O homem, enquanto um ser doente, sente desejo de ser cuidado, amado, compreendido, de compartilhar suas preocupações e seus medos.

Nesse panorama, os conhecimentos adquiridos despertaram-me

a percepção de que o cuidador de enfermagem compartilha com esse ser humano momentos de alegria, crescimento, autodescoberta, renascimento, esperança, e também compartilha a dor, a tristeza, a solidão, os sentimentos de perda e de impotência e o desalento, associados ao seu estado de saúde.

Profundas meditações emergiram dos momentos descritos; o fenômeno cuidado desvelou uma de suas faces, o que fez aflorar alguns questionamentos. O que fazer com o saber adquirido? Seguir em frente? Enfrentar novamente o assenhoramento das pessoas tidas como experientes? Voltar às sombras da caverna e silenciar? Procurar novos horizontes para o desvelamento de o fenômeno cuidar de pessoas com neoplasia?

Nesse processo de reflexões e questionamentos, passo a passo descobri em mim novas inquietações e, no cerne de meu ser, sentia emergir a cada momento a preocupação em compreender o cotidiano vivido pelo doente oncológico, não apenas em seu mundo hospitalar, mas também em seu domicílio, com a intenção de compartilhar com esse doente o estar-com câncer nesse mundo, e assim, desvelar facetas significativas para o seu cuidado.

Penso ser importante clarificar que tais inquietações surgiram de reflexões sobre as vivências pertencentes à realidade⁴ vivenciada por mim

⁴ Refere-se ao fato de cada ser na relação com o outro construir sua própria realidade. "O homem é o construtor do mundo, o edificador da realidade. Esta é construída, forjada no encontro incessante entre os sujeitos humanos e o mundo onde vivem." (DUARTE JÚNIOR, J. F. O que é a realidade, 1994, p.12).

enquanto docente em uma universidade pública situada no Noroeste do Estado do Paraná. Assim, em muitos momentos, enquanto acompanhava os estágios de alunos de graduação em enfermagem, pude notar que alguns dos pacientes com neoplasia mostravam-se inseguros ao receberem alta hospitalar. Percebi, então, que alguns expressavam o desejo de permanecer no âmbito hospitalar.

Essa maneira de mostrar-se do ser doente fez-me mais aberta e procurei investigar com ele algumas experiências relacionadas ao seu cotidiano domiciliar. Dessa forma, pude entender que, ao sair do hospital, essas pessoas sentem-se desamparadas e imersas em sua solidão e, em muitas ocasiões, preocupadas quando a seus familiares conseguirem realizar os cuidados necessários para seu bem-estar.

Tendo-me apropriado, assim, de algumas facetas que revelam o existir do doente em seu domicílio, inquietei-me com o cuidado dessas pessoas. Logo, procurei empreender novos caminhos para cuidar do ser portador de neoplasia.

O caminhar é algo inerente ao homem, por isso a cada passo buscamos os nossos ideais, a cada porta aberta vislumbramos novas perspectivas, isto é, algo que transcende nossa compreensão e nos faz buscar outros espaços a serem percorridos.

Um novo espaço criou-se com minha atuação, como docente de uma disciplina curricular que me proporcionou a oportunidade de realizar visitas domiciliares aos indivíduos assistidos pelo serviço de saúde pública de um município do Noroeste do Estado do Paraná, após alta hospitalar,

com alunos do 2º ano de graduação em enfermagem. Senti-me, inicialmente, apreensiva, pois toda a minha trajetória profissional, enquanto cuidadora profissional desenvolveu-se no âmbito hospitalar. Contudo, cônica de que a assistência de enfermagem não se limita a cuidados hospitalares, mas inclui também o atendimento às necessidades dos indivíduos em seu domicílio, parti decidida em direção a esse novo desafio, ou seja, buscar apreender as necessidades de cuidado dos doentes em suas casas.

Mister se faz ressaltar que os clientes visitados naquela época (1998) eram portadores de neoplasia, fato este que não foi intencional de minha parte, pois as visitas domiciliares às pessoas eram agendadas pelos funcionários dos postos de saúde da cidade.

Assim, após algumas visitas, apercebi-me da dor destes indivíduos portadores de câncer. Contemplei seus conflitos e preocupações e, principalmente, sua insegurança em enfrentar essa nova realidade. Compreendi sua dificuldade em enfrentar sua condição de estar lançado no mundo e vivendo a facticidade de ter sua vida presa a uma enfermidade grave, cujas possibilidades de cura são mínimas⁵.

Acredito ser importante destacar que, nesses momentos de convívio com seres portadores de neoplasia em suas residências, visualizei-os como “alguém sem dono”, pois ao receberem alta hospitalar deixavam de ser prioridade dos enfermeiros da área hospitalar e, ao mesmo tempo, não

⁵ SALES, C. A. O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico, 1997, p .2.

eram assumidos pelos enfermeiros da rede básica de saúde.

Assim, em seu domicílio, o doente com neoplasia traz em si um sentimento de “peso” para aqueles que o rodeiam, os quais, muitas vezes, por não saberem enfrentar a doença ou por excesso de zelo, consideram-no incapaz de tomar decisões sobre sua vida e sua doença e, sobretudo, incapaz de encarar sua condição de portador de uma enfermidade grave.

Vivemos em uma sociedade onde a insipiência das pessoas em relação ao fenômeno morte as torna alienadas das experiências existenciais da pessoa portadora do câncer e das suas necessidades de solicitude. Desta forma cresce o sofrimento dessa pessoa marcado por ansiedade, depressão, medo e, principalmente, ira em relação aos que a circundam.

A discriminação vivenciada pelo doente oncológico é um fator importante para o desenvolvimento de emoções que interferem no seu cotidiano e, inclusive, contribuem para a intensidade da percepção que ele possa ter da dor física. Assim, a atuação do enfermeiro no domicílio tem como desafio proporcionar a esse indivíduo maneiras diferentes de cuidado, bem como elucidar junto aos familiares as diferentes formas de prestar atendimento ao doente⁶.

Nessa trajetória, como um ser cuidador, pude entender que a solicitude para com esse doente não pode ser restrita ao âmbito hospitalar, pois em seu cotidiano pós-alta ele convive com outras realidades. O estar-no-mundo doente torna-o incapaz de compreender a si próprio e ele vive

⁶ SCHULZE, C. M. N. A condição do paciente portador de câncer, 1997, p. 22.

mergulhado em sua própria solidão. Seus sonhos permanecem enraizados em sua existência, em uma relação natural em que o Eu-doente está inteiro em seu mundo e o mundo está inteiro em sua doença⁷.

As descobertas descritas ao longo deste capítulo levaram-me a apreender que os pacientes com neoplasia freqüentemente necessitam mais atenção que aqueles cuja doença é curável. Isso me induziu a buscar conhecer os princípios teóricos e práticos dos cuidados paliativos (tema que será explicitado no próximo capítulo), enquanto uma modalidade terapêutica que oferece cuidados aos doentes com enfermidade progressiva, principalmente aos pacientes com câncer, em seu domicílio.

Esta busca iniciou-se em julho de 2001, com minha participação no curso **Introductory Palliative Care & Psycho-Socio-Oncology**, com 54 horas de duração, promovido pelo Pallim Latino America Study Center Buenos Aires, com suporte da Oxford International Center for Palliative Care (Oxford-United-Kingdom). Em agosto de 2002 estive presente na I Jornada Paranaense de Cuidados Paliativos e Dor, realizada na cidade de Londrina Paraná quando participei oficina “O enfermeiro em cuidados paliativos”.

Para cuidar e confortar, procurando atender às expectativas e necessidade de quem é cuidado, o enfermeiro deve ter o interesse de aprender⁸. E aprender a cuidar do ser portador de câncer é compreender que o sofrimento perante a doença e a morte, que é o sofrimento universal,

⁷ SALES, C. A. O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico, 1997, p.8.

⁸ ARRUDA, E.; MARCELINO, S. R. Cuidando e confortando, 1999, p.160.

não se limita a um determinado tempo e espaço, mas assume características existenciais bem claras e distintas, em diferentes contextos econômicos e sociais.

*Somos seres sociais mais do que imaginamos. Somos forjados e nos forjamos numa interação com outros significativos de forma que introjetamos as visões e interpretações de mundo dos mesmos. Podemos dizer que os outros somos nós. A morte do outro é também uma pequena morte do meu eu, assim como a minha morte é uma morte do outro. Assim, morremos parcialmente quando alguém que amamos deixa de estar conosco.*⁹

A meu ver, compreender a concepção de cuidado do ser oncológico em seu domicílio propiciará uma aproximação do doente com seus familiares, possibilitando-lhe direcionar suas ações para o enfrentamento de sua doença e, principalmente, para seu conviver com outras pessoas.

Destarte, para esta pesquisa parto de experiências compartilhadas em minha convivência com doentes crônicos. Essa vivência revelou-me o paradoxo entre a dimensão existencial do indivíduo e o cuidado oferecido pela equipe de saúde, o que fez surgir o novo fenômeno a ser desvelado, ou seja, buscar a **compreensão existencial do doente com neoplasia em seu cotidiano domiciliar, trazendo luz para repensar outras possibilidades para cuidar desse Ser.**

⁹ SCHULZE, C. M. N. A condição do paciente de câncer, 1997, p. 23.

É relevante apontar que vivenciei fases de profunda frustração diante dos serviços de saúde oferecidos ao doente com câncer, pois percebi que, apesar dos esforços de alguns agentes de saúde, o cuidado ministrado estava dirigido somente às precárias condições de higiene e ao desenvolvimento de procedimentos como sondagem vesical, curativos etc., quando necessários. Sentia naqueles momentos um “involuir” no que diz respeito à própria busca do cuidar como o “fazer próprio do ser humano”, porque se dava ênfase a aptidão e à capacidade de bem assistir a doença, e não o doente.

Explicito ainda que, diante de minha inquietação, já relatada no início deste capítulo, passei a buscar na literatura estudos¹⁰ realizados com indivíduos portadores de neoplasias. Nessa procura, pude observar que tais estudos enfocam especificamente a compreensão desses doentes no âmbito hospitalar, daí julgar pertinente voltar-me para o cuidado domiciliar ainda pouco investigado.

Após haver aduzido, nesse capítulo, o porquê desta pesquisa, passo a aplanar o caminho percorrido.

No **capítulo 2**, exponho os fundamentos teóricos que baseiam a filosofia dos cuidados paliativos, tendo em vista demonstrar sua importância na assistência domiciliar a indivíduos portadores de neoplasias. Assim, inicialmente enfoco sua gênese e seu desenvolvimento ao longo dos tempos em seguida apresento alguns princípios filosóficos e éticos dos cuidados

¹⁰ GHEZZI, M. I. L. Convivendo com o ser morrendo, 1995. THOMAS, C. et al. O cuidado ao término de uma caminhada, 1999. POPIN, R. C. O tratamento quimioterápico. O que é isto? Uma investigação fenomenológica, 1994. BOEMER, M. R. A morte e o morrer, 1998.

paliativos no domicílio e, finalizando exponho o enfoque brasileiro sobre esses cuidados.

Clarificar o porquê de ter escolhido a fenomenologia existencial embasada no pensar de Martin Heidegger como caminho para o desenvolvimento desta investigação é a finalidade do **capítulo 3**. Em um primeiro momento abordo algumas idéias centrais que nortearam as investigações de filósofos gregos sobre a questão do Ser. Posteriormente, discorro brevemente sobre o surgimento da fenomenologia como um método de investigação com Husserl. Em seguida adentro-me na visão heideggeriana sobre a fenomenologia e a questão do Ser, expondo seus princípios primordiais. Enfatizo também a trajetória percorrida durante os meus encontros com os sujeitos do estudo, e como vivenciei esses momentos.

No **capítulo 4** exponho a compreensão da linguagem dos sujeitos, apresentando a essência de seu pensar e sentir em seu sendo-no-mundo com câncer. Para tanto realizo no decorrer do capítulo uma apreensão individual de cada discurso.

A exposição da interpretação da temática emergida da linguagem dos sujeitos constitui o conteúdo do **capítulo 5**, onde, apropriando-me de algumas idéias do pensar heideggeriano, lanço-me a meditar sobre a vivência da pessoa com câncer e como ela manifesta ao mundo a facticidade de seu existir.

No **capítulo 6**, retomo as minhas inquietações iniciais sobre o cuidado ao Ser com câncer, tecendo algumas considerações sobre as

concepções dos pacientes entrevistados e descrevendo as principais idéias que nortearam seu pensar ao longo da análise. Nesse ínterim, exponho minhas percepções a respeito da assistência ministrada aos doentes com neoplasia, apontando alguns pontos que julgo importantes na implementação do cuidar da pessoa doente.

2 Os cuidados paliativos na assistência aos doentes com neoplasia

Se quereis realmente contemplar o espírito da morte, abri amplamente as portas de vosso coração ao corpo da vida.

Gibran Khalil Gibran.

Médicos gregos ilustres dizem a um paciente que chega com os olhos enfermos que não podem curar apenas os seus olhos. A cabeça deve ser tratada; e, então, dizem novamente que pensar em se curar apenas a cabeça, sem curar também o resto do corpo, é o cúmulo da insensatez. E, assim, utilizam esses métodos no corpo inteiro e tentam tratar e curar, simultaneamente, o todo e suas partes...

Entretanto, os médicos da Trácia criticam esse procedimento dizendo que, até onde sabem, eles estão corretos, mas que vocês não devem tentar curar aos olhos sem curar a cabeça, ou curar a cabeça sem curar os olhos, nem deve tentar curar o corpo sem curar a alma, e essa é a razão por que a cura de tantas doenças é desconhecida para os médicos de Hélade, porque eles ignoram o todo, que também deve ser estudado, pois partes não podem ficar bem a não ser que o todo esteja bem.¹¹

A intenção deste capítulo é mostrar a relevância dos cuidados paliativos na assistência as pessoas com câncer, considerando que as experiências vivenciadas por mim (relatadas no capítulo 1) mostraram-me algumas limitações dos cuidadores formais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde etc), no que se refere à compreensão da facticidade existencial desses doentes, como também à implementação de uma terapêutica adequada para assisti-las.

Atualmente os avanços científicos e técnicos na área da saúde permitem melhorar os índices de cura de muitas doenças, contribuindo para o aumento gradativo da expectativa de vida da população. No entanto, conjuntamente com o desenvolvimento científico, surgem novas situações: a

¹¹ Platão, Charmides. In: LESHAN, L. O câncer como ponto de mutação, 1992, p.115.

dificuldade em estabelecer os limites da aplicação das ciências médicas, os riscos do encarniçamento terapêutico e, principalmente, a escassa atenção ao alívio da dor e outros sintomas associados às doenças potencialmente incuráveis. Todavia, os enfoques positivistas relacionados à saúde e ao cuidado vêm sendo questionados, possibilitando que novos paradigmas busquem seus espaços; assim, a medicina e os cuidados paliativos fortalecem-se como uma alternativa de cuidados aos seres portadores de neoplasia.

Desde antiguidade, a doença, implícita ou explicitamente, esteve presente no cotidiano do ser humano. Enredada nos costumes de cada civilização ela passa a ser vivenciada de formas diferentes, despertando em sua trajetória o temor do sofrimento e da morte. Acompanhamos através dos tempos uma busca contínua do ser humano por estabelecer as causas das doenças, principalmente das enfermidades consideradas “impuras”, como a lepra e o câncer. Hipócrates, em sua época, afirmava que a doença da mente também afeta o corpo, havendo para o filósofo uma ligação entre o estado emocional e a predisposição do organismo para as doenças.

Nessa perspectiva, no século XI, os médicos tinham duas obrigações fundamentais: ajudar a aliviar os sintomas dos doentes e/ou ajudá-los a morrer; contudo, jamais assumiam o caráter de luta contra a natureza¹².

¹² KOWÁCS, M, J. et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer, 1997, p.192.

Concomitantemente à evolução das doenças, observa-se também ao longo da história, o aparecimento de cuidadores, pessoas que perante o sofrimento e a dor, desenvolviam sentimentos de solicitude para com seus semelhantes, abrigando-os em locais denominados **hospices**. Entretanto, esses **hospices** não estavam, de início, explicitamente associados com o cuidado aos moribundos, mas sim, com o acolhimento ao próximo em seu sofrimento.

A origem dos **hospices** remonta a Fabíola, matrona romana que no século IV abriu sua casa para os necessitados, alimentando-os, visitando os enfermos e prisioneiros, vestindo os desnudos, acolhendo os estranhos. Naquela época, a palavra *hospice* significava tanto anfitrião como hóspede assim, incluía tanto o lugar que proporcionava hospitalidade como a relação resultante desse encontro ¹³.

Após essa fase e durante toda Idade Média, a Igreja assumiu a incumbência de assistir os pobres e os enfermos. Em meados do século XVI com a dissolução dos mosteiros esses atendimentos foram interrompidos o que provocou na época a morte de muitas pessoas em suas casas, em grande pobreza e desconforto.

Em 1842, Madame Jeanne Garnier, depois de visitar pacientes que morriam de câncer em seus domicílios, fundou em **Lyon** um lugar denominado por ela de **um hospice e um calvário**, para abrigar e prestar cuidados aos moribundos, associando pela primeira vez o termo com o

¹³ TWYGCROSS,R. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas, 2000, p. 32.

cuidado oferecido a esse tipo de doentes. Posteriormente, outros **hospices** foram criados, sempre com a finalidade de confortar os doentes moribundos e seus familiares. Em 1905, em Hackney na Grã-Bretanha a Madre Mary Aikenhead criou o **hospice St. Joseph de las hermanas de la caridad**. Nesse mesmo período foram abertos em Londres outros lugares, incluindo o **hospice St. Columbia**, em 1885, o **Hostal de Dios**, em 1892, e o **St. Luke's** em 1893 ¹⁴. Não obstante, foi o interesse de Cecily Saunders em atender às necessidades dos doentes moribundos do **hospice St. Thomas** que realmente iniciou todo o processo da medicina e cuidados paliativos. O termo paliativo tem sua origem no termo latim **pallium**, que significa manto usado pelos peregrinos em suas viagens aos santuários para a proteção contra as intempéries da viagem ¹⁵. Nesse sentido, quando a causa não pode ser curada, os sintomas são cobertos com outros tratamentos específicos, como, por exemplo, analgésicos e antieméticos.

O trabalho de Saunders iniciou-se em 1948, após receber como herança a soma de 500 libras esterlinas de David Tasma, um soldado judeu que estava morrendo de câncer, para a construção de um local para abrigar os indivíduos portadores de neoplasia. Cecily Saunders trabalhou arduamente como enfermeira voluntária na casa **St. Luke's** por sete anos. Na época, aprendeu a utilizar opióides fortes por via oral em esquema horário, principalmente a morfina e diamorfina, para o alívio da dor severa relacionada ao câncer. Posteriormente ingressou na faculdade de medicina,

¹⁴ TWYGCROSS, R. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas, 2000, p. 33.

¹⁵ TEIXEIRA, M. O enfermeiro em cuidados paliativos. 2002.

tornando-se assim a primeira doutora em cuidados paliativos, introduzindo o uso regular de analgésicos orais em vez de injeções¹⁶.

Em 1967 inaugurou o **hospice St. Christopher**, no Sul de Londres, com 54 camas e acomodações adicionais para 16 pessoas idosas. Esse local tornou-se ponto de encontro para as pessoas que desejassem discutir uma melhor assistência aos moribundos, resistindo a um sistema de saúde que, em meados do século XX, deixou-se seduzir progressivamente pelo “glamour” das terapias curativas e o resplendor da alta tecnologia, pois em um **hospice**, o centro de atenção estendia-se da doença até o doente e sua família, desde o processo patológico até a pessoa.

No pensar de Saunders, para a maioria dos profissionais de saúde, o êxito significava curar doenças e salvar vidas. Assim, cuidar de um paciente moribundo e ajudar sua família tornava-se um esforço inútil e um fracasso da medicina. Todavia, os doentes e seus familiares têm direitos e necessidades que devem ser satisfeitos independentemente do resultado final¹⁷. Atualmente o **hospice St. Christopher** constitui um modelo para as instituições que atuam com cuidados paliativos, tanto no Reino Unido como em outras regiões¹⁸.

¹⁶ TWYGCROSS, R. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas, 2000, p. 35.

¹⁷ SAUNDERS, C, M. La filosofía del cuidado terminal, 1980, p. 259.

¹⁸ SCHULZE, C, M, N. Hospice, cuidado paliativo e o novo paradigma, 1997, p. 69.

Cuidados paliativos no domicílio: alguns princípios filosóficos e éticos

No início da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde¹⁹ conceituou a medicina paliativa como

“uma especialidade praticada por médicos que visa tratar de pacientes com doença em fase avançada, ativa, em progressão, cujo prognóstico é reservado e o foco da atenção é a qualidade de vida”.

Também definiu cuidados paliativos como

“a assistência ativa e integral a pessoas que padecem de enfermidades incuráveis, quando os tratamentos específicos já não são eficazes e o objetivo é o controle da dor e outros sintomas físicos, assim como a compreensão das necessidades psicológicas, sociais e espirituais.”

Nesse entender, os cuidados paliativos surgem como uma modalidade interdisciplinar, em que o atendimento aos pacientes é implementado a partir de equipes treinadas, constituídas de médico, enfermeiro, assistente espiritual e voluntário.

Seus principais fundamentos são: aliviar a dor e outros sintomas que apresentem os pacientes; atender psicológica e espiritualmente os pacientes para que possam aceitar sua própria morte e preparar-se para ela da mais completa forma possível; oferecer um sistema de apoio que ajude

os pacientes a levar uma vida ativa e criativa até a morte, promovendo deste modo sua autonomia, sua integridade pessoal e sua auto-estima; proporcionar um sistema de apoio que os ajude a enfrentar a enfermidade e a suportar os períodos de dor.²⁰

Os cuidados paliativos buscam valorizar o **ethos**, “*reunião de sentimentos sentidos e expressados pelo ser humano*” da atenção, em oposição ao método tradicional, cuja verdade absoluta é a cura. Halina Bortnowska, filósofa alemã, escritora e voluntária em *hospice*, comparou o **ethos** da cura com o **ethos** da atenção. O primeiro inclui as virtudes militares do combate, ou seja, não dar-se por vencido, e ser perseverante sempre; e o **ethos** da atenção, por sua vez, tem como valor central a dignidade humana, enfatizando a solidariedade entre o paciente e os profissionais de saúde, atitude que resulta em uma compaixão efetiva. Na cura o médico é o general, enquanto na solicitude o doente é o soberano. É importante outorgar ao paciente o poder de decidir enquanto isso for possível²¹.

Dessa forma, essa modalidade terapêutica busca evitar que os últimos dias se convertam em dias perdidos, oferecendo um tipo de cuidado apropriado às necessidades do doente. Apesar de ser descrita como de baixa tecnologia e alto contato, ela não se opõe à tecnologia da medicina tradicional, porém procura assegurar que seja o amor e não a ciência o caminho para orientar a assistência ao doente. O papel dos profissionais

¹⁹ TEIXEIRA, M. O enfermeiro em cuidados paliativos. 2002.

²⁰ FORNELLS, H. A. Cuidados paliativos en el domicilio, 2000, p. 68.

²¹ TWJCROSS, R. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas, 2000, p. 31.

envolvidos seria o de curar algumas vezes, aliviar freqüentemente, confortar sempre²².

Nesse pensar, a filosofia dos cuidados paliativos abrange dois aspectos importantes para o cuidar, a abordagem holística e uma prática profissional interdisciplinar. Assim, associar os cuidados paliativos com o atendimento domiciliar é uma tarefa que requer organização do sistema de saúde, conhecimentos científicos e éticos adequados e atualizados e, principalmente, a disposição dos cuidadores formais em proporcionar uma assistência integral a uma pessoa cuja expectativa de vida seja relativamente curta. Nesses momentos, o paciente e sua família vivenciam vicissitudes que afetam profundamente os aspectos psicológicos e emocionais sendo talvez, a primeira vez que enfrentam uma situação de morte.²³

Apesar de a morte ser considerada um processo biológico normal dentro da evolução humana, quando ela se manifesta de forma real no cotidiano do indivíduo produz sentimentos de dor e sofrimento às vezes difíceis de depreender. Nessas circunstâncias, o cuidado à pessoa terminalmente enferma deve visar sempre ao benefício do doente e preservar sua autonomia e capacidade de tomar decisões, cabendo ao cuidador defender seus direitos de receber uma assistência adequada e sem distinção.

Atualmente, a meu ver, os serviços de cuidados paliativos são

²² SAUNDERS, C. La filosofía del cuidado terminal.1980, p. 262.

²³ FORNELLS, H. A. Cuidados paliativos en el domicilio, 2000, p. 67.

direcionados, na maioria das vezes, aos doentes com câncer, em virtude da alta incidência da doença e sua baixa curabilidade; todavia, podem ser implementados aos indivíduos com enfermidades crônicas que incluem patologias neurológicas, respiratórias, infecciosas e cardiovasculares. Essas pessoas são atendidas em seus domicílios, recebendo toda a assistência necessária a uma melhor qualidade de vida. *A internação domiciliar proporciona benefícios para o paciente, sua família e para o sistema de saúde.*²⁴

Para o doente, a internação domiciliar é importante, pois permanece em um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade e podendo realizar certas tarefas domésticas e continuar com seus hábitos e alguns lazeres. A alimentação é mais variada e os horários menos rígidos. A família, por sua vez, desfruta maior satisfação por participar ativamente no cuidado de seu ente querido, podendo realizar os cuidados com mais tranquilidade e sentindo-se aliviada em respeitar o desejo do doente de permanecer na própria residência.

Para o sistema de saúde, a internação domiciliar faz diminuir as internações prolongadas e de alto custo. Evita-se a realização de tratamentos desnecessários, reduzindo a possibilidade de ocorrer o encarniçamento terapêutico. Em muitos países latino-americanos onde os sistemas sanitários são deficientes, a economia que se produzirá deslocando internações hospitalares para o setor de cuidado domiciliar é muito importante, pois permite uma maior eficiência na saúde pública e

²⁴ FORNELLS, H. A. Cuidados paliativos en el domicilio, 2000, p.72.

salários adequados para os integrantes da equipe de saúde em cuidados paliativos no domicílio.

Não obstante, um fator importante a ser lembrado refere-se à autonomia do doente. Para que ocorra o atendimento domiciliar, é necessário que o doente deseje estar em casa e, principalmente, que desfrute de adequada harmonia social e familiar e sua família possa assisti-lo em suas necessidades. Cabe então aos cuidadores formais orientar a família sobre como atuar em situações difíceis, como, convulsões, delírios e, principalmente dor severa. Na concepção de Lima²⁵ por sua a complexidade,

...”o cuidado paliativo requer um planejamento interdisciplinar e uma ação multiprofissional; a inclusão da família e a utilização dos recursos disponíveis na comunidade são aspectos fundamentais. Por essas características pode ser prestado em hospitais, unidades de saúde ou no próprio domicílio”.

O enfermeiro também desempenha um papel importante na equipe de cuidados paliativos, particularmente na oferta de maior conforto ao paciente, pois o enfermo terminal encontra-se geralmente marcado por longos períodos de hospitalização e pode sofrer variedades de sintomas, desde a constipação intestinal até a compressão nervosa. Seu trabalho inicia-se com a avaliação do grau de deficiência para o auto cuidado ocasionado pela enfermidade e seu tratamento e com a reação do paciente perante esses

²⁵ LIMA, R. A. G. Experiências de pais e de outros familiares de crianças e adolescentes com câncer: bases para os cuidados paliativos. 2002, p.10.

problemas. Sua meta será promover maior independência do doente, ou quando isso não for possível, procurar a melhor maneira de ele se adaptar às limitações impostas pelo progresso da doença²⁶.

Para tanto, o enfermeiro cuidador deve respeitar e ser solidário com o outro, isto é, ter compaixão de sua dor e principalmente manter sua individualidade, pois somente se pode ser-com o doente focalizando sua unicidade, uma vez que cada pessoa é um ser singular. Isto requer que o cuidador formal (profissionais de saúde) saiba descobrir o tempo da pessoa doente, dado que cada um tem seu tempo e sua própria percepção dele. Nessa perspectiva, o enfermeiro deve singularizar sua ação e se adaptar à temporalidade do outro²⁷. O princípio do individualismo exige também, por outra parte, uma adaptação lingüística ao outro, à sua linguagem, à sua capacidade de recepção e às suas necessidades peculiares. Isto quer dizer que, para comunicar-se com o doente, o enfermeiro deve levar em consideração que o que se transmite é importante, porém o modo como se transmite é tão vital quanto o que é transmitido.

O princípio da proporcionalidade é outro aspecto importante a ser observado. A justiça distributiva é fundamental à ética dos cuidados paliativos. A distribuição adequada dos recursos humanos, técnicos e científicos diz respeito não somente ao profissional, mas a toda a instituição, e ainda mais ao sistema sanitário²⁸. Explícito é também que os atos

²⁶ ASTUDILLO, W.; et al. La labor de la enfermeria com el enfermo teminal. 2000, p. 69.

²⁷ ROSELLÓ, F. T. Ética y estética de los cuidados paliativos. 1999, p. 160.

²⁸ ROSELLÓ, R. P. Op cit, 2000, p. 101.

humanos do cuidador formal em relação à pessoa enferma deve se traduzir em uma prática que zele pela humanidade do outro, ou seja, que proteja o doente de ações desumanas muitas vezes desnecessárias.

Do exposto, entendo que os cuidados paliativos além de buscarem proteger a integridade física do doente, proporcionam-lhe uma melhor qualidade de vida no convívio com a doença.

Nesse sentido, em minhas leituras e nos cursos realizados (expostos no capítulo1) compreendi que apesar da grande ênfase dos cuidados paliativos estar voltada aos doentes com câncer em fase terminal, essa modalidade terapêutica pode ser implementada desde o diagnóstico, até os últimos dias do doente se a cura não for possível, buscando-se sempre compartilhar com o doente o seu existir com câncer.

Atualmente, no âmbito internacional as propostas dos cuidados paliativos vêm sendo enfocadas em vários países: nos Estados Unidos, através das seguintes instituições (The National Hospice and Palliative Care Organization, Hospice and Palliative Nurses Association e, o Hospice Web), no Canadá com o (The Edmonton Palliative Care Program), e na Itália com a (Società Italiana di Cure Palliative).

No Brasil, o Ministério da Saúde através da portaria n.º 19, de 3 de janeiro de 2002, instituiu no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. O art. 1, item b, daquele documento estabelece como obrigação “*estimular a organização de serviços de saúde multidisciplinar para a assistência a pacientes com dor e que necessitam de cuidados paliativos*”. Outra medida relevante estabelecida nessa portaria diz

respeito à criação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Os CACON são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadia, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos.

Não obstante, a produção brasileira de conhecimentos nessa área ainda é escassa, restringindo-se a alguns centros de referências. O Centro de Suporte Terapêutico Oncológico CSTO do Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Rio de Janeiro, a Unidade de Cuidados Paliativos do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM) em Campinas, o Hospital Amaral Carvalho, em Jaú e o Day Care Center uma organização privada que presta informações sobre cuidados paliativos e o Palliare grupo de estudo sobre cuidados paliativos em Londrina, são pioneiros nessa modalidade de assistência a pacientes adultos.

Em 1991 o INCA inaugurou o primeiro serviço de cuidados paliativos no Hospital do Câncer I. O CSTO é a unidade assistencial responsável pelo atendimento aos pacientes do INCA que necessitam de cuidados paliativos, tendo como prioridade a assistência ao paciente em internação domiciliar. Para isto, foi montada uma estrutura para facilitar a permanência do paciente em casa com fornecimento de medicamentos, materiais adequados para curativos, bolsas de colostomia, frascos e sondas para alimentação, empréstimo de cadeiras de rodas, bombas de oxigênio,

leito hospitalar, colchões especiais. O centro também promove a formação e o treinamento de cuidadores e profissionais na área de cuidados paliativos²⁹.

Penso que a filosofia descrita, interligada com os pressupostos éticos e assistenciais, torna os cuidados paliativos instrumento valioso para melhorar as condições de vida do portador de neoplasia e de sua família proporciona-lhes um cuidado humanizado e lhes assegura uma qualidade de vida adequada às suas necessidades, a partir de um compartilhar de conhecimento e respeito entre os profissionais de saúde, o doente, e seus familiares. A reflexão de Cecily Saunders, citada por Taboada³⁰, corrobora essa idéia.

“Tú me importas ser tú, importa hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras”.

²⁹ TEXEIRA, M. O enfermeiro em cuidados paliativos. 2002.

³⁰ TABOADA, R. P. El derecho a morir con dignidade, 2000, p. 101.

3 O caminho metodológico

Se queres chegar ao
infinito anda somente
para os lados do finito.

Goethe

A fenomenologia existencial e sua perspectiva neste estudo

*“Todo homem que for dotado de espírito filosófico há de ter o pressentimento de que atrás da realidade em que existimos e vivemos, se esconde outra muito diferente e que, por consequência, a primeira não passa de uma aparição da segunda”.*³¹

Neste momento, busco clarificar o porquê de ter escolhido a fenomenologia ³² existencial fundamentada no pensar de Martin Heidegger como caminho para o desenvolvimento deste estudo. Antes porém de adentrar-me na razão primeira deste capítulo, exponho algumas idéias que nortearam as investigações de alguns filósofos gregos sobre a questão do Ser,³³ as quais posteriormente foram resgatadas por Heidegger ao descrever sua ontologia existencial. Clarifico que, nesse ínterim, pontuo também algumas considerações do pensar heideggeriano sobre as concepções desses filósofos.

Toda a preocupação em teorizar os temas pertinentes ao Ser foi provocada, desde a antiguidade, pelas especulações sobre Deus, o homem

³¹ NIETZCHE, Origem da tragédia, 1972, p. 37.

³² A palavra fenomenologia se compõe de dois termos: fenômeno e logos. Fenômeno deriva do verbo grego Phainesthai, que significa manifestar-se. Fenômeno significa, então, aquilo que manifesta em si mesmo: o que aparece no seu aparecer, se oferece e se desvela, se dá à luz do dia. O significado fundamental de logos é discurso. Logos enquanto discurso significa tornar manifesto aquilo sobre que nos discursos se discorre. O logos, isto é, o discurso, deixa ver alguma coisa, traz aquilo sobre que se discorre para fora de seu esconderijo e o deixa ver como não-escondido. (BUZZI, A. R. Introdução ao pensar, 1984, p. 59).

³³ A palavra será utilizada em maiúscula ao longo desta pesquisa, para dar mais ênfase à sua constituição ontológica.

e o mundo. Assim, a filosofia procurou, através de reflexões metafísicas, as respostas para os enigmas da existência humana, pois todo o pensar filosófico é a expressão de um espectro histórico do Ser. Entretanto, na concepção heideggeriana a metafísica moderna que começa com Descartes, não considerou a relevância das idéias dos primeiros filósofos ou pensadores gregos.

Assim, a partir da década de 30 com a publicação dos cursos sobre o Começo da Filosofia Ocidental (1932) e Introdução à Metafísica (1935), Heidegger voltou-se para a filosofia grega, para encontrar nas idéias desses pensadores o fio condutor de um pensamento verdadeiro e não metafísico do Ser a partir dessa compreensão elaborar uma metafísica que superasse os modelos dualistas do pensar ocidental moderno. No pensar heideggeriano a metafísica deveria ser construída a partir de sua origem autêntica – **meta** (além) e **tà physiká** (ente natural) e assim transcender o ente para investigar o Ser.

As primeiras especulações a respeito do que é o Ser surgem com os pensadores pré-socráticos, ou primeiros filósofos, que concebiam a **physis** (natureza) como o mundo existente, no qual todos os seres e coisas interagem, evoluíam e se transformavam. A **physis** para eles estava presente em tudo o que acontecia, tanto aquilo que surgia representando o movimento quanto o que se mantinha em repouso. Para estes filósofos, na natureza não havia contrastes, pois buscavam na aparência das coisas um modo de ser constitutivo da realidade. A *“physis era para esses pensadores o*

nome do Ser”³⁴.

Para Heidegger,³⁵ os gregos não concebiam o que era a **physis**, nos fenômenos naturais. Ao contrário, essa percepção surgiu pela “força da experiência essencial do Ser, facilitada pela poesia e pelo o pensamento, se lhes des-velou o que haviam de chamar **physis**”. Somente em razão desse desvelamento puderam ter olhos para a natureza em sentido estrito. Para o filósofo,

“... *Phýsis* significava originariamente para esses pensadores, o céu e a terra. A pedra e a planta, tanto o animal como o homem e a história humana, enquanto obra dos homens e dos deuses, finalmente e em primeiro lugar os próprios deuses, submetidos ao destino. *Phýsis* significava o vigor reinante, que brota, e o perdurar, regido e impregnado por ele. Nesse vigor, que no desabrochar se conserva, se acham incluídos tanto o vir-a-ser como o ser, entendido esse ultimo no sentido restrito de permanência estática. *Phýsis* é o surgir (*Ent-stehen*), o ex-trair-se a si mesmo do escondido e assim conservar-se”.

Entretanto, é com Parmênides que a investigação sobre a questão do Ser começou a desenvolver-se, tornando-se ele um revolucionário ao considerar que a aparência sensível das coisas da natureza não possuía realidade, não existia verdadeiramente. Assim, o pensar filosófico da época sofre um profundo abalo, transformando-se em algo novo e mais maduro, vale dizer, uma ontologia. A essência do pensar parmenidiano enreda-se a partir do princípio da verdade. O Ser é e não pode não ser; o não-ser não é

³⁴ MICHELAZZO, J. C. Do um como princípio ao dois como unidade: Heidegger e a reconstrução ontológica do real. 1999, p. 29.

e não pode ser de modo algum. O Ser, portanto, é e deve ser afirmado, o não-ser não é e deve ser negado. O Ser é a única coisa pensável e exprimível; qualquer pensar, para ser tal, é pensar Ser, a ponto de podermos exprimir que não há pensamento que não expresse o Ser ao contrário, o não-ser é de todo impensável, inexprimível, indizível e, portanto, impossível³⁶.

Para Parmênides, as explicações existentes para o surgimento, a transformação e o desaparecimento das coisas tornam-se algo impossível, pois o pensamento verdadeiro exige a não-transformação e a não-contradição do Ser. Segundo ele, se o Ser se transformasse não seria mais Ser. O *“Ser é uno e único, não existindo portanto, a multiplicidade de seres”*³⁷.

Sobre esse pensar, Heidegger aludi que, com sutileza poética e de acordo com a tarefa em si, Parmênides, expõe *“o Ser do ente em contraste com o vir-a-ser”*. O Ser mostra-se a ele como a própria solidez (Gedirgenheit) do consistente concentrado em si mesmo, não sendo atingido por nenhuma inconstância nem mudança³⁸. Não obstante, para o filósofo,

*“... A verdade pertence à Essencialização do Ser. Ser ente implica: apresentar-se, surgir, aparecendo, propor-se, ex-por alguma coisa. Não-ser, ao invés, significa: afastar-se da aparição (aparecimento), da presença (Anwesenheit). Na Essencialização do aparecimento se inclui o surgir e o sair, o para frente (Hin) e o para trás (Her), no autêntico sentido de-mostrativo...”*³⁹

³⁵ HEIDEGGER, M. Introdução à metafísica. 1999, p. 45.

³⁶ REALE, G. História da filosofia antiga. 1993, p. 107

³⁷ CHAUI, M. Convite à filosofia. 1997, p. 211.

³⁸ HEIDEGGER, M. Introdução à metafísica, 1999, p.124.

³⁹ HEIDEGGER, M. Op cit. 1999, p.129.

No século IV, Platão, ao desenvolver sua teoria das idéias ou essências, provoca outra transformação na filosofia antiga, interpretando a **physis** como idéia. Para ele, o verdadeiro Ser também é uno, imutável, idêntico a si mesmo, eterno, imperecível e puramente inteligente. Todavia, em seu pensar, existem outros seres que apresentam as mesmas características do Ser. E o não-ser não é o nada, são coisas (entes) que não possuem as peculiaridades do Ser, o que torna um ser inferior ao Ser.⁴⁰

A reflexão platônica norteou-se em dois mundos: o mundo das idéias ou essências, que é o mundo inteligível, e o mundo sensível (da aparência, da mudança), ou seja, o mundo sensível das coisas ou aparências, que é o mundo do não-ser, que em sua concepção é uma cópia imperfeita do mundo inteligível. Sobre isso, Heidegger, apud Michelazzo,⁴¹ observa que:

“A aparência se viu declarada simples aparência e assim rebaixada. Concomitantemente o Ser se desloca, como idéia, para um lugar supra-sensível. O hiato, chorismos, se abriu entre o ente apenas aparente aqui embaixo e o Ser real em algum lugar lá em cima.”

Destarte Platão, ao formular suas concepções filosóficas interpretando **physis** como idéia, institui também o *“Ser uno, eterno, incorruptível como o lugar de manifestação da verdade de tudo o que é.”*⁴² Aristóteles procurou projetar as formas e idéias na matéria sensível. Para o pensador, o ser inaparente não estaria alojado numa região específica do

⁴⁰ CHAUI, M. Convite à filosofia. 1997, p. 211.

⁴¹ MICHELAZO, J.A. Do um como princípio ao dois como unidade: Heidegger e a ontológica do real. 1999, p. 38.

⁴² CRITELLI, D. M. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. 1996, p. 12.

mundo sensível, mas sim, presente no mundo sensível, e em cada ente que é. Aristóteles estabeleceu uma correlação entre matéria ou substância e forma ou essência. A forma constitui-se na essência de algo ser o que é, e não outra coisa; e a matéria, por sua vez, determina as mudanças que podem ocorrer na forma do Ser sem alterar sua essência.⁴³

Após estas investigações, principalmente de Platão e Aristóteles, a elaboração da questão do Ser aguçou o pensar de vários filósofos, os quais, entretanto, não retomaram o tema com as indagações que nortearam as pesquisas iniciais. Em 1927, Martin Heidegger, ao publicar “Ser e Tempo,” parte das pesquisas ontológicas elaboradas pelos gregos para buscar compreender o sentido do Ser, isto é, a elaboração concreta sobre a questão do Ser. Para tanto, vislumbra no método fenomenológico o esteio para o desenvolvimento de seu pensar sobre o tema. Neste momento, portanto, passo a descrever os principais fundamentos da fenomenologia, partindo inicialmente de um breve relato de seu surgimento com o pensador Edmund Husserl, e a posteriori, adentro-me na analítica existencial de Heidegger.

A fenomenologia, como uma investigação filosófica, fundou-se no final do século XIX com Husserl. Segundo a concepção husserliana, fenomenologia,

...é uma ontologia regional na medida em que se trata do Ser (ón) enquanto estruturada com sentido diferente conforme seja visado

⁴³ CRITELLI, D. M. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. 1996, p. 33.

*pela consciência”.*⁴⁴

O rigor do método fenomenológico fundamenta-se na descrição originária dos atos intencionais da consciência, pois toda consciência é direcionada a um determinado fenômeno, o qual o pesquisador deseja investigar para desvelar sua essência.

Na visão heideggeriana, a fenomenologia mostra em um sentido ontológico a própria questão do Ser, pois a essência⁴⁵ (*eidōs*) do homem reside em sua existência, e somente através da existência do ente é possível se dirigir ao Ser com a finalidade de desvelar seus mistérios. Dessa forma, na fenomenologia existencial de Heidegger, o pesquisador deve voltar-se ao homem em seu cotidiano e buscar, no conhecimento revelado a partir de sua vivência, a compreensão do fenômeno a ser desvelado.⁴⁶ O pensar de Espósito corrobora essa interpretação:

*“A fenomenologia não precisa ser construída como sendo necessariamente uma revelação da consciência; poderá ser também um meio de revelar o ser, em toda sua facticidade e historicidade; fenomenologia esta do Dasein, o Ser-aí que é uma hermenêutica no seu significado primordial, uma interpretação”.*⁴⁷

⁴⁴ HUEERL, E. Os pensadores. 1996, p. 9.

⁴⁵ O termo, no pensar heideggeriano não é utilizado como na ontologia e metafísica tradicionais, que se reporta às idéias conseguidas por um processo lógico, mas refere-se ao fundamental ser enquanto existir. (HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. 1998, p.30)

⁴⁶ SALES, C. A. O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico. 1997, p. 28.

⁴⁷ ESPÓSITO, V.H. C. Hermenêutica: estudo introdutório. 1991, p.34.

Em sua obra, Heidegger propôs-se a analisar como o ser humano vivencia suas experiências à medida que toma consciência do seu estar-lançado-no-mundo. Assim, “*caminha de uma fenomenologia hermenêutica do ser humano para uma ontologia fundamental do Ser*”.⁴⁸

Ser, para o filósofo “*é a maneira como algo se torna presente, manifesto, percebido, compreendido e finalmente conhecido para o ser humano, designado por ele de Ser-aí ou Ser-no-mundo,*” sendo que “*as características fundamentais que permitem ao Ser-aí manifestar-se, desvelar-se, são denominadas de ontológicas ou existenciais*”. Heidegger expõe ainda que tudo o que “*é percebido, entendido, conhecido de imediato, é ôntico ou existencial*”.⁴⁹ Se as características ontológicas desvelam o Ser-no-mundo, em sua concretude, os aspectos ônticos dizem respeito ao ente. O filósofo chama de ente “*muitas coisas e em sentidos diversos. Ente é tudo que falamos, tudo que entendemos, com quem nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que e como nós mesmos somos*”.⁵⁰

Pode-se entender então que o Ser-aí manifesta-se como ente (ôntico), fundamentado na constituição (ontológica) que sustenta seu estatuto de Ser. Portanto, a constituição ontológica do Ser-aí é que sua essência está fundada em sua existência, e para que se possa depreender o sentido do Ser, deve-se interpretá-lo existencialmente.

Na concepção heideggeriana, ao analisar o Ser-aí a abordagem investigativa deve permitir ao ente (homem) manifestar-se em si mesmo e

⁴⁸ MARTINS, L. A. A ontologia de Heidegger. 1983, p. 34.

⁴⁹ SPANOUDIS, S. A. A todos que procuram o próprio caminho. 1981, p. 11.

⁵⁰ HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. 1998, p. 32.

por si mesmo. A investigação fenomenológica possibilita ao pesquisador apreender os sentidos enredados no bojo do ente como um ser-no-mundo, os quais se expressam pela linguagem (*legein*). Assim, buscar compreender o Ser doente é procurar decifrar o modo de ser por ele revelado em seu discurso visualizando o fenômeno que se revela e como esse fenômeno se revela a partir de si mesmo, pois o mister do pensar fenomenológico é, “*em última instância fazer uma reflexão sobre o modo de ser-no-mundo*”.⁵¹ Em um sentido fenomenológico, fenômeno é o que se desvela na constituição do Ser; assim torna-se imprescindível deixar o ente mostrar de forma genuína o que lhe pertence. Heidegger adverte, todavia, que essa manifestação pode ocorrer de modos diferentes, simplesmente como uma aparência que oculta a verdade, ou como uma forma desfigurada da realidade que o Ser-aí vivencia.⁵² Cabe, portanto, ao pesquisador, procurar desvelar no fenômeno pesquisado, o sentido velado no discurso do sujeito, isto é, do Ser em evidência.

Para Heidegger, o Ser-aí é um ente situado no mundo, realizando-se como ser de linguagem. O discurso do mundo “*é a palavra do Ser e a sua existência reflete esta linguagem fundamental, ou seja, através do discurso torna-se possível compreender a situação do homem no mundo*”.⁵³

Pelo exposto até o momento, busquei em linhas gerais aproximar-me da fenomenologia existencial de Martin Heidegger, como possibilidade

⁵¹ CRITELLI, D. M. Analítica do sentido: uma aproximação do real de orientação fenomenológica. 1996, p. 16.

⁵² HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. 1998, p. 205.

⁵³ RESWEBER, J. P. O pensamento de Martin Heidegger. 1979, p. 145.

de compreender o sentido da existência humana. Entretanto, não pretendo alongar-me na explanação do método heideggeriano, pois a razão primordial deste estudo é apenas apropriar-me de algumas idéias elaboradas pelo filósofo na analítica do Ser-aí, e a partir dessas concepções tentar apreender o contexto vivenciado pela pessoa portadora de neoplasia, desvelando algumas facetas de sua vivência, como um Ser-no-mundo com câncer.

Percebo que a doença é algo pertinente à própria condição humana, mas estar com câncer é uma vicissitude que surge na existência do homem, como algo não planejado, não esperado, pois traz em si uma possibilidade concreta de finitude. Entendo também que nessa vivência reside um movimento de revelar-se e ocultar-se do Ser, e por essa razão, optei pelo método já explicitado como via para deslocar-me do ôntico ao ontológico, isto é, do homem ao seu Ser.

Encontrando-me com o outro⁵⁴

Neste momento, adentro-me no bojo desta pesquisa, buscando visualizar em um outro mundo⁵⁵ as possibilidades de lançar-me em novas reflexões, as quais põem em andamento a proposta deste trabalho. Já descrevi como a abordagem fenomenológica permite ao pesquisador ensimesmar-se na cotidianidade do ser que busca compreender, não como

⁵⁴ A expressão refere-se aos sujeitos da pesquisa.

⁵⁵ O termo foi usado para diferenciar o cotidiano vivenciado pelos sujeitos desse trabalho, dos que participaram de minha tese de mestrado, desenvolvida no âmbito hospitalar.

um ser distante, mas sim como um ser que se aproxima do mundo do outro.

Nesse caminhar vislumbrei, através do meu próprio silêncio, as idéias que me levaram a procurar apreender o sentido e os significados que os seres portadores de neoplasias vivenciam em seus lares. Lembrei-me das inquietações (já relatadas no primeiro capítulo) emergidas de não saber compreender a pessoa com neoplasia e, assim não conseguir assisti-la adequadamente em suas necessidades de cuidado.

Assim, partindo-se do conhecimento de que o Ser-aí é o mundo - não apenas o mundo ilusório de seus sonhos, mas também um mundo concreto, real e cotidiano – ou seja, o Ser-aí vive o mundo a cada momento, e nesse viver existencial experiencia sentimentos de tristeza e alegria, os quais expõe ao mundo através de sua linguagem, pois o ser humano se interpreta enquanto ser que fala, descobrindo em seu próprio ser o ser das coisas e pessoas ao seu redor. Na análise de Resweber, o discurso “*é a articulação significativa da compreensão do ser-no-mundo no seu sentimento da situação*”.⁵⁶

No pensar heideggeriano, a linguagem é um modo de ser, isto é, um modo de o Ser-aí desvelar-se ao mundo. Não é apenas uma característica existencial entre outras, mas o existencial primordial no qual todos os outros modos de ser-no-mundo estão imbricados, ou seja, através do discurso torna-se possível compreender a situação do homem no mundo.

⁵⁶ RESWEBER, J. P. O pensamento de Martin Heidegger. 1979, p. 103.

Para a apreensão do fenômeno interrogado, voltei ao Ser que vivencia o câncer, para tentar desvelar facetas de suas experiências como portador de neoplasia. Para tanto, optei por encontros e entrevistas, gravadas ou não, e pela observação de seu existir, em seu cotidiano domiciliar. Esses aspectos serão clarificados no decorrer do capítulo.

Inicialmente a proposta era procurar pelos doentes em seu cotidiano hospitalar, logo após receberem alta, e solicitar permissão para visitá-los em suas residências. Contudo, em virtude de problemas políticos na instituição escolhida, os quais inviabilizaram esta primeira proposta, vi-me obrigada a buscar outros caminhos. Assim, encontrei em uma clínica oncológica de Maringá a reciprocidade e abertura necessárias para a realização do estudo.

Dessa forma foi possível minha aproximação com alguns pacientes. Julgo importante clarificar que a referida clínica atende pessoas de Maringá e região que estão em tratamento radioterápico. Em virtude desse aspecto, os encontros ocorreram no período vespertino, horário em que eram atendidas as pessoas residentes em Maringá.

Na clínica oncológica, procurei primeiramente aproximar-me dos médicos e funcionários, buscando envolver-me com essa nova situação. Assim, permaneci durante algumas tardes apenas observando o funcionamento da instituição, sentadas por horas junto aos doentes, procurando inserir-me em seu mundo de uma forma natural. Após essa fase comecei a conversar com eles e lentamente, percebi que minha presença

também estava sendo sentida.

Nesse momento, visualizei a possibilidade de chegar-me para uma melhor interação. Apresentei-me e solicitei consentimento para visitá-los em seus domicílios, após explicitação da finalidade do estudo. Meus contatos com os sujeitos na clínica aconteceram por tempo limitado, em face dos aspectos operacionais do trabalho desenvolvido naquela instituição.

De princípio aproximei-me de doze pacientes, dentre os quais três faleceram durante o período de interação e um logo depois de ser realizada a entrevista. Visitei cada doente de três a cinco vezes, e nesse ir-e-vir, fui aos poucos me inserindo em seu cotidiano domiciliar e familiarizando-me com seu modo de ser e pensar. Além da entrevista foram feitos alguns registros dessas visitas, os quais posteriormente subsidiaram e enriqueceram a compreensão da linguagem dos sujeitos.

Ressalto ainda que, durante os meses de novembro de 2001 a março de 2002, procurei entrar em contato com outros doentes diretamente em suas residências, através de listas de nomes e endereços fornecidas pela Secretaria de Saúde de Maringá. Todavia, alguns já haviam falecido e outros estavam totalmente recuperados. Entretanto explícito que, a maioria dos doentes entrevistados eram atendidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). De acordo com o Manual de Integração (2002) da Secretaria de Saúde o município conta com uma rede própria e constituída por:

“20 UBS, 1 unidade mista (NIS III Zona Sul: com atendimento ambulatorial básico e na área de infectologia, hepatologia, cardiologia, pequenas cirurgias além do pronto atendimento / 12

horas) e 1 unidade de pronto atendimento 24 horas (NIS III Zona Norte: que também presta atendimento nas especialidades odontológicas de endodontia, buco-maxilo facial, periodontia e dentística restauradora e serviços de radiodiagnóstico médico-odontológico). Outros serviços de referência são prestados por algumas UBS: NIS III Iguazu (a clínica da Mulher, ambulatório de oftalmologia, serviço de radiodiagnóstico e clínica odontológica do bebê), NIS II (clínica odontológica do bebê e fonoaudiologia) e NIS II Pinheiros (clínica odontológica do bebê). As demais Unidades Básicas de Saúde prestam atendimento nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, psicologia, procedimento de enfermagem, coleta de exames laboratoriais e emissão de medicamentos...”.

Outro aspecto importante a ser mencionado foi que alguns doentes se internaram várias vezes durante o período de interação, o que, apesar de provocar atraso na elaboração da entrevista, foi importante para o fortalecimento do vínculo entre mim e os sujeitos, pois a cada visita a sua residência, após a internação, sentia que minha presença era esperada.

Buscando os discursos dos sujeitos

Inspirada nas idéias da fenomenologia existencial resgatadas de minhas leituras, a cada visita vislumbrava o percurso que melhor conduzisse minha investigação nesse processo contínuo de saber algo. Saber algo, na linguagem fenomenológica é criar conhecimento acerca de algum objeto ou pessoa.

No pensar de Critelli,⁵⁷ investigar é sempre colocar em andamento uma interrogação. Portanto, para saber algo que me leve à compreensão do ser portador de neoplasias em seu cotidiano domiciliar, devo interrogá-lo em seu mundo. Assim, ao procurar uma forma de indagar o fenômeno pesquisado no modo como foi experienciado pelos sujeitos deste estudo, pude apreender que o sentido da palavra interrogação em uma pesquisa é

*“Andar em torno dela, em todos os sentidos, sempre buscando todas suas dimensões e, andar outra vez e outra ainda, buscando mais sentido, mais dimensões, e outra vez”.*⁵⁸

Com esse pensar, compreendi que para formular uma questão é necessário que eu a verbalize em forma de pergunta clara, que me possibilite não apenas uma resposta simples ou definições, mas sim, que os sujeitos possam dizer de uma forma espontânea as situações vivenciadas por eles e presentes no seu cotidiano. A descrição de suas experiências deve envolver pensamentos, sentimentos e ações sobre a realidade vivida. Portanto, neste estudo, partindo de minhas inquietações, perguntei ao ser portador de neoplasias: **Como está sendo para você lidar com o câncer e seu tratamento em sua residência?**

Segundo Heidegger, a liberdade é a essência da verdade.

⁵⁷ CRITELLI, D. M. Analítica do sentido. 1996, p. 28.

⁵⁸ FINI, M. J. Sobre a pesquisa qualitativa em educação que tem a fenomenologia como suporte: a pesquisa em educação, um enfoque fenomenológico. 1994, p. 28.

Embasada nesse pensamento, ao encontrar-me com os sujeitos, conversávamos previamente sobre algumas formas como eles poderiam formular sua linguagem, pois compreendi durante o período em que estivemos juntos, que cada doente nessa sua condição de vida, guarda em si maneiras diferentes de responder à doença e, principalmente, de vivenciá-la em seu cotidiano.

Explicitei que suas percepções poderiam ser gravadas e, se preferissem permanecer sozinhos durante sua exposição, sua vontade seria respeitada. Ou eles poderiam simplesmente falar, e após nosso encontro eu transcreveria seu discurso ou ainda, eles poderiam escrever seus sentimentos no silêncio de seu lar, com minha presença ou não. Após esta explicação, o doente ou algum familiar (em caso de dificuldade para escrever) assinava o termo de consentimento (que segue anexo no final) antes do início da entrevista. Ressalto que as entrevistas ocorreram após a aprovação deste estudo pelo **Comitê Permanente de Ética em Pesquisa que Envolve Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá**, (onde estou inserida no quadro de docentes do Departamento de Enfermagem da instituição) como determina a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. A aprovação do projeto pelo Comitê segue anexa no final.

As entrevistas foram encaminhadas das seguintes formas, considerando-se as preferências dos sujeitos.

Sujeito 1: portadora de neoplasia de útero, casada preferiu gravar a entrevista comigo e seus filhos na cozinha de sua casa.

Sujeito 2: portadora de neoplasia de reto, casada escolheu gravar a entrevista no quintal de casa, comigo e os filhos.

Sujeito 3: portadora de neoplasia de mama, casada optou por relatar oralmente, sem gravação sua vivência com a doença e seu tratamento na sala de seu apartamento, com a minha presença.

Sujeito 4: portadora de neoplasia de mama, desquitada preferiu escrever sua experiência sozinha em sua residência.

Sujeito 5: portador de neoplasia cervical, desquitado em virtude de seu estado de saúde, solicitou que eu fosse escrevendo sua fala durante as visitas.

Sujeito 6: portador de neoplasia de próstata, viúvo em virtude de sua religião, não permitiu o uso do gravador e relatou oralmente sua experiência.

Sujeito 7: portador de neoplasia cervical, casado escolheu gravar suas percepções na varanda de sua casa e solicitou a presença da esposa.

Sujeito 8: portador de neoplasia de laringe, casado optou por utilizar o gravador a entrevista ocorreu comigo na sala de sua residência.

Sujeito 9: portadora de neoplasia de mama há 10 anos, atualmente com metástase óssea no esterno, casada optou por escrever seu depoimento em sua casa.

Após aduzir os doentes dessa pesquisa, passo a analisar seus discursos apropriando-me da essência do seu existir, dentro de meus limites humanos.

4 Aproximando-me do existir dos sujeitos

O real não está na saída
nem na chegada, ele se
dispõe para a gente é no
meio da travessia.

Guimarrães Rosa

Dos encontros à compreensão do discurso dos sujeitos

Ao longo deste capítulo venho elucidando algumas peculiaridades do ser-no-mundo, entremostrando que, ao estar-no-mundo, cada ser desvela-se a este de formas diferentes, em virtude de suas próprias perspectivas em vivenciar suas facticidades existenciais. Nessa apreensão, entendo ser importante analisar cada discurso individualmente, procurando abarcar da forma possível a linguagem dos sujeitos. Inicialmente realizei leituras atentas de cada depoimento, separando os trechos ou unidades de significados (US) que para mim se mostraram pertinentes, em relação à questão norteadora. Posteriormente, passei a analisá-los separadamente, tentando vislumbrar o velado na linguagem do sujeito.

O homem, no pensar heideggeriano, foi arremessado e abandonado no mundo, não o mundo geometricamente definido como um horizonte de terra e rochas, mas precisamente um mundo existencial, o que significa que o ser humano **ek-siste** manifestando o seu sendo esse mundo a cada momento. E ao ser lançado nessa **ek-sistencia** o Ser-aí traz no bojo de seu ser a pré-compreensão de seu já estar-lançado-no-mundo. Heidegger enfatiza que toda interpretação do Ser-aí está fundada em uma compreensão prévia e em uma concepção prévia, isto é, um saber empírico que cada Ser traz em si.

Compreensão do discurso do sujeito 1

“Tudo começou quando senti uma dor de lado e procurei ajuda médica. Só que durante muito tempo eu fiz tratamento para uma infecção na bexiga, quando o médico foi descobrir que estava com câncer já estava muito adiantado”. (us1)

No discurso, observo que o sujeito revela ter consciência de que o adoecer faz parte da existência humana, tanto que ao sentir-se doente procurou meios para curar-se, sempre à espera de uma breve recuperação; contudo, pode-se notar no final de sua fala que o estar-no-mundo com câncer não era uma possibilidade esperada. Quando o sujeito menciona que o câncer já estava muito adiantado, percebo que ele manifesta seu descontentamento ao descobrir que, apesar de todos os seus esforços, ele estava com câncer.

“Para mim não foi difícil enfrentar essa doença, foi mais difícil enfrentar o desespero de minha família, e o meu marido estava desempregado”. (us2)

“A minha menina mais nova começou a chorar quando soube que eu estava com essa doença e eu precisei colocá-la no colo e explicar que essa doença tem cura e eu iria procurar tratamento...” (us3)

O ser humano é um ser-no-mundo, existindo sempre em relação

com algo ou alguém, e nesse estado compreende as suas experiências, ou seja, atribui significados e sentidos próprios aos objetos e seres em seu mundo, dando assim sentido à sua existência. Dessa forma, noto que o doente, em sua fala, refere-se ao câncer como “essa doença,” evitando nomeá-la, o que sugere que nesse momento negue para si mesmo que é um ser com de neoplasia.

Percebo também em sua linguagem que o seu estar-sendo-no-mundo com câncer faz nela emergir um sentimento de preocupação. Esse estado de preocupação suscitado diante da facticidade de ser uma pessoa com câncer sensibiliza o próprio Ser-aí ao preocupar-se também com o ser dos outros entes em seu mundo circundante, principalmente, no que se refere à situação econômica da família, pois além da doença seu marido estava desempregado. Ao analisar a linguagem contida na unidade de significado 3, pude notar que o sujeito se mantém preocupado com seus familiares, mas demonstra em sua fala certa compreensão quanto ao seu estar doente, manifestando disposição para visualizar formas adequadas de resolver o seu problema de saúde.

“É muito difícil, só que o médico dá muita esperança... e como eu não sei do meu estado e dizem que tem cura, procuro não conversar muito com o médico e não perguntar como está a minha doença, eu procuro ficar assim né, não saber muito (...).” (us4)

Percebo que nesta unidade a palavra “difícil” foi expressada com conotação diferente da usada na unidade de significado 2. Nesta unidade

entendo o termo como sentimento pessoal, pelo qual o doente volta-se para si mesmo, buscando no outro maneiras de enfrentar as dificuldades da doença. O sujeito exprime também um sentimento de inquietação diante da possibilidade de encontrar a cura ou não. Não saber muito pode ser entendido como um momento de anulação desse ser diante da facticidade vivida.

“Estou bem, graças a Deus, às vezes fico assim (silêncio), mas nunca entrei em desespero. Estou muito doente, sinto cansaço, mas acho que com essa doença a gente tem que ter paciência e ter apoio dos parentes, como eu tenho”. (us5)

Em seu pensar Heidegger considera que o Ser-aí, em sua transcendência, pode ter atitudes distintas para apropriar-se do mundo ao seu redor. O termo, nessa conotação, indica um estado existencial e pessoal. Nesse contexto, percebo que o sujeito, apesar do seu estar-aí doente, procura antecipar as suas próprias possibilidades, tentando agarrar-se a sua situação não com desânimo, mas sim, como desafio à sua possibilidade de voltar a ser uma pessoa saudável, enfatizando a importância dos familiares nesse processo.

“Eu recebo muitas visitas, mas têm pessoas que visitam só para saber: nossa, você está com essa doença! Têm muita gente que ainda corre da gente e outras que chegam e dizem: nossa, você está magra”. (us6)

Para Heidegger, o ser-com pode ser experienciado como um estado de preocupação com o outro. Contudo, observo nessa fala que a

doente vivencia em seu mundo domiciliar um estar-com-o-outro através de sentimento de indiferença, desconsideração e negligência. O outro vai ao seu encontro simplesmente para satisfazer as próprias curiosidades, utilizando uma linguagem estigmativa em relação ao seu estado de saúde.

“Acho que os funcionários dos postos deveriam dar mais atenção para a gente, pois o nosso problema é sério e, às vezes, preciso de guia para consulta ou outro tratamento e é tudo muito demorado. Eles precisam entender que o nosso problema é sério”. (us7)

O sujeito explicita a sua condição de ser humano vivenciando sua facticidade de um existir doente, demonstrando sentimento de pesar pela falta de preocupação dos funcionários dos postos para com suas necessidades. Expressa que o sistema de saúde deveria agir com mais eficiência e rapidez no atendimento às pessoas portadores de neoplasia.

Síntese do discurso do sujeito 1

Dificuldade em aceitar o diagnóstico de câncer
preocupação com seus familiares e com a situação financeira
tristeza diante do abandono de outras pessoas
religiosidade: o caminho da esperança
o descuido da equipe de saúde em relação aos doentes de
câncer.

Compreensão do discurso do sujeito 2

*“O meu tratamento começou no dia vinte e três de julho, quando descobri que eu tinha essa doença. Antes eu vinha apresentando sangramento pelo reto, aí fui ao hospital de Paiçandu onde fui examinada e encaminhada para um médico especialista em reto”
. (us1)*

Observo que esta pessoa também demonstra, através de sua fala, ter consciência de que o adoecer faz parte da existência humana, tanto que ao apresentar sangramento pelo reto procurou ajuda médica. Contudo, quando menciona a doença, percebi certa tristeza em sua voz, referindo-se também ao câncer como *essa doença*, o que pode sugerir que ter câncer não era algo esperado em sua existência.

“Com a doença senti que algumas pessoas se afastaram e nossa condição econômica piorou, já que não consigo mais trabalhar para ajudar nas despesas da casa, mas acredito que logo poderei continuar a reforma que iniciei”. (us2)

“Contudo, acho que a situação de estar com essa doença é muito difícil, principalmente pelo abandono das pessoas.” (us3)

Vejo nesta fala um conviver inautêntico em relação ao seu ser-no-mundo com câncer, pois percebe que outros Seres-aí não vêm mais ao seu encontro. Descobre-se em abandono, possivelmente sentindo a falta do

afeto daqueles seres com os quais convivia .

Distingo também que o sujeito manifesta seu desvelo para com seus familiares e, principalmente, sua preocupação para com a situação econômica vivenciada nesse momento de seu existir; todavia, visualizo em sua linguagem a luz de uma esperança no porvir.

“Veja bem, na minha rua tem uma agente de saúde, aliás, todas as ruas aqui têm uma moça diferente e ela acompanha meus netos; contudo, sobre a minha doença nenhum agente de saúde até hoje apareceu para saber como estou passando ou se preciso de alguma coisa... O médico da família que vejo o carro subir e descer todos os dias, nunca se preocupou em saber como estou enfrentando essa doença”. (us4)

“quando eu tenho que ir ao posto para pegar uma guia de consulta o médico assina, mas nunca se preocupou em saber onde moro nem como está meu tratamento”. (us5)

Na unidade 4, o sujeito declara seu descontentamento ao perceber que a agente de saúde, quando vem ao seu encontro, cumpre apenas as obrigações que lhe foram designadas, isto é, avaliar o desenvolvimento das crianças, permanecendo insensível às suas necessidades de cuidado. Além dessa desconsideração, a doente também percebe que até o próprio médico da família que deveria assisti-la permanece distante, apesar de passar em sua rua todos os dias. Explicito que, quando estava entrevistando a paciente, pude presenciar a postura da agente de saúde em relação ao problema vivenciado pelo ser doente. Ela chegou, entrou, examinou as

crianças e foi embora, sem demonstrar interesse pelo mundo da paciente, não obstante a enormidade de seu sofrimento.

Examino, na unidade de significado 5, o pesar do ser doente quando vai ao encontro do médico na esperança de receber um pouco de atenção, e sente que o mesmo encontra-se totalmente indiferente à sua pessoa.

“Até o momento nunca me senti só, pois tenho o apoio de minha família, eles têm cuidado bem de mim, e os meus parentes se preocupam sempre em saber como eu estou (...)”. (us6)

Nessa unidade a doente relata que, apesar da fuga de outros seres de seu mundo, sente-se amparada e cuidada em sua cotidianidade, como um ser com câncer, pelos seus familiares. Sente o carinho, o afeto e, principalmente, um sentimento de preocupação dos Seres-aí que se encontram em seu mundo próximo e vêm ao seu encontro. Entendo que o viver com câncer é compartilhado, o que lhe transmite certa harmonia interior.

“Mas sei que tenho um longo caminho pela frente. O médico disse que se for preciso fazer a cirurgia terei que fazer novas sessões de radioterapia (silêncio)”. (us7)

Mas sei que tenho... tal afirmativa demonstra que o sujeito, nesse momento, retorna a si mesmo e assume a responsabilidade por sua facticidade existencial. Revela em sua linguagem certo temor diante daquilo

que pode vir a acontecer, o poder-ser causa-lhe inquietação e tristeza. Nesse momento da entrevista percebi que através de seu silêncio, o sujeito expressava não só tristeza, mas também seu sentimento de derrota diante da doença. Quando me olhou notei em seus olhos uma incerteza, um temor imenso em relação a algo que não pode ver, mas sente, vivendo angustiado, diante de si mesmo e do mundo.

“...as vezes eu fico triste, porque ouço as pessoas falarem que essa doença não tem cura e muitas vezes sara em um lugar e aparece em outra parte do corpo, mas eu acho que a minha não vai se espalhar, pois tenho fé que vou ficar curada, assim, procuro não ter pensamentos negativos sobre essa situação”. (us8)

Em sua fala após o momento de silêncio, manifesta os sentimentos enredados no âmago de seu ser, sentimentos esses causados pela facticidade do câncer, expressando o motivo primordial de seu temor na verdade, dando a conhecer seu estado angustiante diante da incerteza de encontrar a cura ou não. Todavia noto que, mesmo convivendo com essa situação, o doente esforça-se por viver em harmonia consigo mesmo, buscando na fé subsídios para enfrentar a sua doença e alternativas para viver sem pensar negativamente na sua situação.

Síntese do discurso do sujeito 2

Dificuldade em aceitar o diagnóstico de câncer

preocupação com seus familiares e com a situação econômica
tristeza diante do abandono de outros entes
o descuido da equipe de saúde para com os doentes com câncer
religiosidade: o caminho da esperança.

Compreensão do discurso do sujeito 3

“Quando eu soube que poderia estar com câncer entrei em desespero e tive medo de contar para o meu marido e meus filhos, fui fazer meus exames sozinha. Contudo, quando recebi o resultado não pude conter a angústia... então desabafei com meu marido”. (us1)

Atentando para esta fala, noto que o doente inicia seu discurso manifestando seu estado desesperador ante a possibilidade de estar com câncer. O temor provoca-lhe sensações desagradáveis perante sua fatalidade, despertando-lhe também a responsabilidade de buscar a concretude do sim ou do não, ou seja, compreender essas possibilidades e projetar-se para elas.

Mais à frente, o sujeito transmite seu sentimento de pesar diante da confirmação do diagnóstico *“Não pude conter a angústia”* Queda-se, sente-se desprotegida e projeta-se ao encontro do outro para compartilhar sua dor.

“Após a cirurgia iniciei o tratamento com radioterapia e quimioterapia. Nessa época tive que ser levada ao psicólogo carregada, pois entrava em pânico diante da minha situação”. (us2)

Na unidade de significado 2, o doente expressa sua profunda angústia em existir no mundo com câncer. O que antes era possibilidade torna-se real. Sente-se completamente perdida, lançada no mundo e sendo portadora de uma doença grave, que assusta, na qual a possibilidade do inevitável está sempre presente. “...Tive que ser levada ao psicólogo carregada, pois entrava em pânico diante minha situação.” Percebo nessa colocação que a doença surge ante o ser aniquilando sua existência e apontando para o nada.

“Assim, nas primeiras quimioterapias eu ia até animadinha, mas após cada sessão queria morrer. Nestes momentos o apoio de meu marido e filhos foram fundamentais, principalmente, o meu marido sempre alegre e otimista procurando animar-me, mas muitas vezes percebia seu sofrimento em silêncio”. (us3)

No texto entrevejo que o sujeito, após o impacto inicial de descobrir-se em seu cotidiano com câncer, manifesta-se como um ser em busca de soluções para o seu problema e inicia o tratamento. Todavia, noto também que, apesar de demonstrar inicialmente certo otimismo, persiste o sentimento de pesar defronte de sua facticidade.

O entrevistado exprime a importância do carinho e cuidado de sua família nesse processo, mas se entristece ao perceber que sua doença traz sofrimento para entes ao seu redor. Nesse momento, apercebo-me de que a doente transmite sentimento de culpa por fazer sofrer seus entes queridos.

“Na época procurei isolar-me das pessoas, pois sentia vergonha de sair na rua. Eu achava que todo mundo percebia minha invalidez”. (us4)

Observo nesta unidade que o ser, enredado em sua doença, afunda-se no impessoal, revelando uma fuga de si mesmo, não se colocando perante si mesmo, isto é, não aceitando em si a facticidade de estar-no-mundo com câncer e ter-lhe sido retirada uma mama. A meu ver, esse procedimento afetou seu relacionamento social, pois a doente isola-se do convívio com outros seres-no-mundo.

Contudo, depreendo também que esse desviar-se traz em si apenas o ocultar-se do mundo ante o temor dos seres que vêm ao seu encontro; teme o comentário, o descuido, a indiferença e o desrespeito como ser-no-mundo, atitudes comuns modo inautêntico da cotidianidade.

“Ao longo do tratamento percebi que algumas pessoas se afastaram por medo ou por não saberem o que dizer. Mas Deus foi muito importante nesse processo, pois quando soube que meu caso era grave apeguei-me com ele e senti-me forte para enfrentar a doença”. (us5)

Nesta unidade a doente exprime sua condição de estar abandonada por pessoas que outrora vinham ao seu encontro, demonstrando ter consciência de que esse desviar-se dos outros seres tem origem em seus próprios medos. Para Ross,⁵⁹ os seres humanos, ao se depararem com doentes com câncer, procuram se afastar por temerem ver no outro seu próprio destino, ver na morte do outro sua própria morte.

⁵⁹ KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 1996, p. 119.

Observo também em sua fala que a doente alude à importância da fé nesse processo de tratamento, fé que a fortalece para enfrentar a doença.

“Hoje sinto que vivo numa perseguição silenciosa, pois cada pessoa que sei que tem câncer eu fico desesperada e acho que vou morrer, que o tratamento vai regredir (...)”. (us6)

Nesta unidade, a paciente parece sentir-se perseguida pela própria doença. Qualquer contato com algum outro portador de câncer traz de volta medos e sentimentos do passado que insistem em estar presentes.

“Eu acho que falta mais atenção por parte do pessoal da saúde, é muito discurso e pouca produção prática, projetos que não funcionam, faltam pessoas para conversar, para trazer uma palavra amiga; a palavra é algo muito importante quando se está morrendo, a palavra é mais importante do que o próprio remédio ou curativo”. (us7)

O sujeito manifesta sua insatisfação em relação ao atendimento do pessoal da saúde que, ao preocupar-se com aspectos teóricos, se esquecem de questões essenciais e realmente importantes quando a pessoa tem uma doença grave. Em sua concepção, a palavra deve mostrar-se como uma possibilidade autêntica de cuidado para cada membro da equipe, como um ser-no-mundo.

Ao mencionar “a palavra é algo muito importante quando se está morrendo, a palavra é mais importante do que o próprio remédio ou cuidado,” a

doente expressa uma necessidade de falar e ser ouvida, pois em sua fala, revela o seu próprio ser-no-mundo. “A palavra não introduz um sentido num conteúdo. É, pelo contrário, o conteúdo que se revela significante na linguagem”.⁶⁰

Síntese do discurso do sujeito 3

Dificuldade em aceitar o diagnóstico de câncer

preocupação com os familiares

prejuízo da auto-estima

tristeza diante do abandono de outros entes

o descuido da equipe de saúde em relação aos doentes de câncer

a importância da palavra no processo de cuidar

religiosidade: caminho da esperança

percepção do estar morrendo

Compreensão do discurso do sujeito 4

“Para mim, como foi retirado um câncer na mama direita e correu tudo bem, ainda acho que não é verdade e que não vai voltar mais”. (us1)

Na unidade, sinto que o sujeito inicia suas percepções tendo a consciência de estar-no-mundo com câncer; nomeia a doença e mostra-se até um pouco aliviada e confiante pelo sucesso na cirurgia. Mais adiante,

⁶⁰ RESWEBER, J. P. O pensamento de Martin Heidegger. 1979, p. 104.

reparo que o mesmo motivo que lhe traz a tranqüilidade é também causa de inquietação, pois tenta agarrar-se ao sucesso da cirurgia como forma de negar a si mesmo a realidade de estar com câncer e a possibilidade do tumor reaparecer em outro lugar.

“Lembro-me que quando fiz o exame, esperei o resultado da biopsia numa boa, achando que era benigno. Quando o médico falou o resultado foi um choque muito grande e somente à noite quando entrei no meu quarto e deitei para dormir, chorei, chorei, chorei e, foi a única vez.” (us2)

Nesse momento, o doente descreve o início de sua trajetória, onde o sonhar ainda era permitido. Em sua fala emerge um sentimento comum ao ser humano, ou seja, o sentimento de sempre querer para si tudo de bom, evitando pensar na fatalidade do pior.

O sentimento positivo inicial do sujeito desaparece diante da concretude do fato. O que fora anteriormente sentido e vivido torna-se um horizonte desconexo de desesperança. Detém-se em si mesmo e busca no refúgio de seu quarto dar vazão à sua dor.

“Após a cirurgia... voltei para casa e apesar de ser sozinha nunca fiquei só, porque tenho muitos e muitos amigos, que me deram todo o apoio possível... Então sinto que o carinho, a amizade, as orações dos amigos e, principalmente, a minha grande fé e esperança de que Deus foi e será muito bom para mim, dando-me forças para enfrentar esses momentos difícil da minha vida.” (us3)

Percebo nesta unidade que o sujeito ressalta a importância de outros seres nessa etapa de sua vida sente-se amparada, querida e, principalmente, encontra em sua fé subsídios para enfrentar as dificuldades presentes. Em meus contatos com a doente percebi que para ela os laços de amizade são muito importantes e que ela considera essas pessoas próximas como sua família do coração, pois sente-se amparada em seus momentos de sofrimento. Essa percepção vai ao encontro do pensar de Nitschce, quando expõe que família do coração é com quem se convive, quem te dá prazer estar junto e, principalmente, quem se preocupa com você.⁶¹

“Hoje sinto-me melhor, faço tratamento à base de hormônios, e por enquanto tenho uma vida normal, limpo a casa e faço mercado. Procuo não entrar em depressão, apesar de saber que a doença pode aparecer em outro órgão”. (us4)

Pela linguagem do sujeito depreendo que a névoa do temor afastou-se provisoriamente, pois apesar de continuar em tratamento procura realizar ela própria suas tarefas diárias. Todavia, mas adiante, a doente manifesta um sentimento de incerteza ante a possibilidade factível de o câncer reaparecer em outro órgão. A meu ver, quando o doente expressa: *apesar de saber que a doença pode aparecer em outro órgão*, tem em si a plena certeza de sua doença, pois diferentemente do pensar relatado na unidade

⁶¹ NITSCHCE, R. G. O mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós- modernos. 1999, p. 199.

1, hoje ela acredita que o câncer pode aparecer em outro lugar, vivendo assim num paradoxo entre a realidade da doença e a esperança de cura.

“Como eu disse, cada caso é um caso. Sei e entendo que existem pessoas que se entregam e ficam mais doentes, como também existem pessoas que ao saberem da nossa doença já falam em morte e nos olham diferente... Parece que só quem tem câncer é que vai morrer”. (us5)

“Isso precisa mudar, principalmente da parte dos médicos e enfermeiros. Se nos derem esperança e não desesperança, acho que viveremos mais e melhor com nossa doença”. (us6)

No texto 5, observo que o sujeito tem clareza de que cada ser humano patenteia de forma diferente as vicissitudes de seu cotidiano. Em sua fala expõe que entristecer-se perante a doença pode ser um fator negativo para a recuperação da pessoa. Noto nela também certa tristeza ao constatar que muitos seres que vêm ao encontro dos seres portadores de neoplasia agem de forma insensível, demonstrando preconceito em relação à sua doença.

Explicita o viver sombrio do ser com câncer, que carrega em si o estigma da morte próxima. Mas acredita que, se as pessoas, principalmente as envolvidas com a saúde, que são arcabouço de sustentação para o doente, mudarem suas atitudes e procurarem transmitir mais carinho e atenção, os indivíduos com câncer conviverão melhor com a doença.

Síntese do discurso do sujeito 4

Dificuldades em aceitar o diagnóstico de câncer
a importância da solicitude dos outros seres no processo
religiosidade: caminho da esperança
o descuido da equipe de saúde em relação aos doentes de câncer
a importância da linguagem no processo de cuidar.

Compreensão do discurso do sujeito 5

“A minha doença começou há um ano, quando comecei a sentir dor no pescoço, conforme a posição em que dormia e com o passar do tempo só podia comer do lado esquerdo”. (us1)

“Nessa época procurei o médico, aí começou o lenga-lenga. Vai para cá e vai para lá e a situação foi piorando até eu conseguir consulta num hospital especializado”. (us2)

O sujeito também aborda o início do adoecer, quando buscava ajuda médica, mas percebe certo desinteresse, caracterizado pela demora do próprio sistema de saúde em analisar seu problema. Sente-se perdido, sem um destino certo a trilhar e vendo aos poucos seu estado piorar, com dificuldade para dormir e alimentar-se.

“O médico disse que era preciso fazer uma biopsia do caroço e outros exames. Demorei quase três meses para conseguir tudo, eu não entendo por que não fizeram logo no hospital”. (us3)

“Quando saiu o resultado fui informado que era um tumor maligno e que precisaria fazer uma cirurgia, mas antes teria que ser submetido a sessões de quimioterapia para diminuir o tumor”.
(us4)

Descreve o seu estar com o médico e sua busca em resolver o problema de saúde, contudo exprime novamente seu descontentamento com o desinteresse das pessoas em buscar soluções rápidas e eficientes para ele. Em sua concepção, o caminho trilhado até o diagnóstico poderia ter sido menos penoso.

“Quando saiu o resultado...” nesse momento o doente altera seu modo de falar sua voz deixa de ser hostil e passa a expressar-se em um tom triste e melancólico. Altera sua posição no leito, mantendo o corpo numa posição de abandono. O lha-me e eu percebo em seu olhar uma triste indagação, como a me dizer: não adiantou correr, eu tenho um tumor maligno.

“Quando terminei a primeira etapa do tratamento, que tratamento! Tive que fazer uma cirurgia de urgência, por causa de uma úlcera. Foi quando colocaram essa cânula no meu pescoço, o que me causa muito incomodo e irritação pois não consigo comer e às vezes tenho crise de tosse e a cânula sai toda”. (us5)

Nessa unidade, ao pronunciar *“que tratamento,”* o doente abre seus braços, permanecendo por alguns minutos na posição de um ser sacrificado pela doença. O tom de melancolia manifestado na unidade 3 ainda perdura ao mencionar a cirurgia, e vai aos poucos se alterando

quando narra seu estar-no-mundo com a traqueostomia, que o incomoda e o faz sofrer, causando-lhe mais transtorno, como se não bastasse estar com um tumor maligno.

Penso ser importante esclarecer (aos leitores) que a introdução da cânula de traqueostomia foi o recurso utilizado pela equipe médica, devido à impossibilidade de entubá-lo durante o ato cirúrgico, em virtude da dimensão do tumor.

“Hoje tenho que tomar remédio direto para alívio da dor. A minha irmã briga comigo pois acha que eu me entrego à doença. Até gostaria de sorrir, mas como, se sinto tanta dor”. (us6)

Nesse momento, escuto um ser totalmente caído, entregue à doença. Sente dores e busca nos medicamentos alívio para seus males, como se os remédios fossem a única maneira de ele voltar a viver e sorrir. Pude presenciá-lo ingerindo vários medicamentos, sem controle da dose e horário, apesar das orientações da irmã. Reafirmo a ele a importância de dosar melhor a medicação para obter melhor resultado.

“Sinto muita tristeza por não conseguir comer. Às vezes imagino que estou comendo um prato de arroz com feijão e um bife ou frango ao molho, é só um sonho, sinto-me fraco (lágrimas nos olhos). Isto não é vida..”. (us6)

Nessa unidade o sujeito menciona o seu viver em dois mundos: o mundo real da doença, de não poder alimentar-se, de não poder concretizar seus desejos, e o mundo já vivido, agora resgatado pelos sonhos e fantasias

ao vislumbrar os pratos que gostava de preparar para sua alimentação.

Quando estava relatando a impossibilidade de alimentar-se (nessa fase o doente só conseguia deglutir líquidos e com muita dificuldade) chora e o silêncio invade o pequeno quarto. Seguro suas mãos e ele desabafa: *“Isto não é vida”*. Nesse momento reparo um ser em total abandono de si mesmo, a quem a desesperança e o sofrimento transformam em apenas algo sem mundo, sem amanhã para sonhar.

“Acho que o importante é ter fé e pensar positivo, eu vou vencer essa doença e voltar a sorrir”. (us7)

Enquanto pronunciava essa fala o sujeito secava as lágrimas com as mãos e sentava-se na cama ao meu lado, entremostrando que, apesar de tudo, no final do túnel factício em que vivia, ele ainda visualizava na fé e no pensamento positivo um caminho para vencer os obstáculos e voltar a sorrir.

Síntese do discurso do sujeito 5

O descuido da equipe de saúde em relação aos doentes de câncer

dificuldade em aceitar a dor decorrente da traqueostomia

religiosidade: caminho da esperança

dificuldades em aceitar o diagnóstico de câncer.

Compreensão do discurso do sujeito 6

“Esta vida assim é triste. Veja só, além dessa doença, fui operado da perna por causa do diabete, o médico cortou metade da perna... Hoje preciso ficar arrastando-me com essa muleta”. (us1)

Entrevejo nessa unidade que o sujeito inicia sua fala descrevendo a tristeza em vivenciar suas vicissitudes. Expressa-se melancólico ao relatar que, além de viver no mundo sem a metade de um membro por causa do diabete, descobre-se com câncer, doença essa cujo nome evita pronunciar, como se fosse algo terrível para carregar. *“Hoje preciso ficar arrastando-me com essa muleta...”* Nesse momento, vejo um ser humano derrotado diante da vida, e ao olhá-lo, posso ver toda a sua dor.

“Mas acho que lidar com essa doença é pior. Fui operado da próstata por causa de um tumor, e o médico disse que era maligno. Foi quando começou meu drama. Após a cirurgia fiz quimioterapia”. (us2)

“Era um ir-e-vir sem fim, da clínica para casa. Eu não conseguia comer, o medicamento era muito forte e eu ficava de cama. A minha filha sofria muito com o meu estado, como você pode ver somos pobres e hoje não consigo trabalhar mais para ajudar nas despesas”. (us3)

Pode-se entender na fala do doente que o fato de ser diabético e ter que conviver com a perda de metade do seu corpo é um sofrimento grande mas que dá para carregar. Entretanto, estar com câncer é um fardo difícil de aceitar, principalmente pelo tratamento que a doença impõe ao

indivíduo.

Na unidade 3 o sujeito verbaliza as dificuldades em enfrentar o tratamento com a quimioterapia, em ter que se locomover da clínica para casa, em uma contínua peregrinação e, essencialmente, em não poder alimentar-se em virtude dos medicamentos. Todavia, apesar de vivenciar toda essa facticidade, percebo em sua linguagem um estado de preocupação com seus entes próximos, bem como com a situação financeira da família.

“... e além do tratamento com a quimioterapia, tenho que tomar outros remédios, que custam caro e muitas vezes não podemos comprar”. (us4)

“... às vezes tem medicamento na rede feminina de câncer e eles dão pra gente, mas nem sempre é assim e temos que ficar esperando a boa vontade dos outros, mas a doença não espera. O que podemos fazer. Estamos abandonados, somos como que banidos do mundo (silêncio e lágrimas nos olhos)”. (us5)

O doente continua delineando sua vicissitude em seu existir com câncer. *Além do tratamento com a quimioterapia*, ou seja, além do sofrimento experienciado com a doença, ainda necessita de outros medicamentos que sua condição financeira, muitas vezes, não lhe permite adquirir.

Mais adiante, ao manifestar o conteúdo da unidade 5, observo que seu tom de voz se torna melancólico, e seu olhar se perde no vazio durante alguns minutos, como se buscasse no horizonte soluções para seu padecimento. Sente-se totalmente abandonado, um ser humano sem

mundo, sem esperança, vivendo da caridade e boa vontade de algumas pessoas que vêm ao seu encontro. Chora em silêncio a dor de existir.

“Ninguém se preocupa com nossa dor, nunca recebi visita do pessoal da saúde e nem desse tal médico da família, e muitas pessoas se afastam da gente como se fôssemos leprosos”. (us6)

O doente manifesta todo o seu sentimento de pesar perante o abandono e desconsideração dos seres da saúde para com sua doença. Demonstra também seu pesar ao observar que as pessoas fogem dos doentes com câncer como se eles carregassem o estigma do mal em seus corpos, o estigma da lepra.

“Tenho fé em dias melhores. O Senhor está comigo, tenho certeza um dia tudo passa. Só sei que viver assim não é vida, é como não pertencer ao mundo”. (us7)

Nesse momento, o doente seca as lágrimas com o dorso da mão e olha para o alto, como se buscasse na fé um esteio que o sustente no sofrimento, pois sente-se totalmente abandonado, alguém sem vida, sem mundo.

Síntese do discurso do sujeito 6

Dificuldade em aceitar o diagnóstico de câncer

o descuido da equipe de saúde em relação aos doentes de câncer

preocupação com os familiares e com a situação econômica.

religiosidade: caminho da esperança.

Compreensão do discurso do sujeito 7

“Todos os médicos que me atenderam foram muito bons, tanto no HC como na Clínica de Oncologia... Eu cheguei lá a primeira vez com um caroço enorme aqui (mostra a região do pescoço), fiz cirurgia e tratamento radioterápico e o caroço desapareceu”.
(us1)

“O médico disse que eu estava ótimo, mas após três meses o caroço voltou, e eu tive que fazer novamente o tratamento radioterápico”. (us2)

O doente inicia a entrevista expressando-se animado e satisfeito com o atendimento recebido tanto no hospital como na clínica. Mostra certo alívio com o sucesso do tratamento “...fiz cirurgia e o tratamento radioterápico e o caroço desapareceu”. Ao pronunciar essas palavras o doente sorri e movimenta a mão direita em direção ao pescoço. Após esse momento noto que sua voz não apresenta mais o tom animado e confiante, e diz: “...o caroço voltou...” como a me dizer, “e com ele, a continuação de meu drama”, pois observei a contradição referente aos sentimentos de satisfação pelo desaparecimento do tumor e a tristeza pelo seu reaparecimento.

“Esse tratamento torrou tudo, olha filha (mostra novamente a região do pescoço) queimou por fora, e por dentro está tudo ferido

não tem quem agüenta. Estou comendo, está certo, mas só desce, eu não consigo mastigar e também não estou sentindo o gosto da comida, mas tenho que sobreviver”. (us3)

No texto, observo que o doente relata as dificuldades enfrentadas no tratamento, procurando mostrar com gestos a área afetada, e faz questão de manifestar que, apesar do incômodo, procura alimentar-se bem como forma de fortalecer-se para enfrentar a doença. Noto uma profunda tristeza quando o doente diz: *”esse tratamento torrou tudo”,* como a dizer *“eu sinto que parte do meu corpo foi queimado, mas o que fazer? tenho que sobrevive”*.

“... a doença é brava, enquanto tinha um dinheirinho eu fiz muitos exames e consulta particular, mas hoje não dá mais (silêncio.”. (us4)

Nessa unidade, noto que pela primeira vez, o doente menciona a doença, evitando nomeá-la, mas expressando a dificuldade em vivenciá-la, principalmente pelo custo do tratamento. Fica em silêncio a contemplar o pouco que lhe restou.

“Eu sinto muita moleza e tem horas que vem a dor de cabeça, sinto que minha cabeça esquenta, mas acho que é por causa das aplicações... O cabelo caiu cinco vezes, mas tudo bem o que eu quero é ficar bom, mas essa doença, né (lágrimas nos olhos.”. (us5)

“Tenho muita fé em Deus e ganho muitas orações dos crentes, dos católicos, o próprio padre vem me visitar, eu recebo a hóstia e tudo mais e eu tenho fé em tudo que é bom”. (us6)

Apesar de o sofrimento manifestado nas unidades anteriores perdurar, aqui percebo em seu olhar que ainda existe uma luz de esperança de cura, apesar de ter consciência de que a doença é difícil de enfrentar. Nesse momento, olha para sua esposa e lágrimas silenciosas brotam de seus olhos e, ao segurar as mãos da companheira, demonstra encontrar, na fé e nas orações de outras forças para continuar sua luta.

“eu acho que o pessoal do posto poderia se incomodar um pouco mais com a gente, olha só todo esse tempo, eu não recebi nenhuma visita de agente de saúde, e quando vem é para falar desse tal cartão do SUS, mas nunca perguntaram sobre minha saúde, nem como estou convivendo com minha doença”. (us7)

Observa-se, nesta unidade, que o doente expressa a necessidade de os agentes de saúde terem mais consciência de suas obrigações, bem como serem capazes de manifestar carinho, cuidado e preocupação pelas pessoas com câncer porém seu modo de agir não contempla as necessidades dessas pessoas.

Síntese do discurso do sujeito 7

Dificuldade em aceitar o sofrimento do tratamento
dificuldade em aceitar o diagnóstico de câncer
descuido da equipe de saúde em relação a sua doença
religiosidade: o caminho da esperança.

Compreensão do discurso do sujeito 8

*“... tenho 53 anos só de microfone. No mês de junho de 2000, apareceu uns arranhos na laringe e com o tempo fiz os exames que eram previstos, tudo direitinho, e constatou que tinha um tumor na laringe. Aí eu comecei no dia 3 de janeiro de 2001, o tratamento radioterápico. Fiz 35 aplicações e o médico deu-me 97% de cura”.
(us1)*

O sujeito explicita o início de seu adoecer e sua busca por tratamento. Reparo que o doente faz questão de mostrar sua preocupação com os exames *...fiz tudo direitinho*. Repetiu com ênfase a expressão várias vezes, o que sugere um estado de temor perante a possibilidade de perder a voz e não mais se comunicar com as pessoas. Observo também que, quando a possibilidade se tornou real, realizou o tratamento sem mencionar sofrimento, pois agarrava-se à grande esperança de cura suscitada pelo médico.

“... aí passaram-se vários meses e eu fui atacado por uma gripe, fato esse que os médicos não aceitaram e disseram que havia se formado uma lesão no local em que eu tinha o tumor, uma lesão do tipo ferida, então, foi feita outra biópsia e nada constatou”. (us2)

Emerge desta unidade que o tratamento não corresponde às expectativas do doente, pois, apesar da promessa do médico, surge uma lesão na laringe, que o levou a prender-se a outros diagnósticos, evitando

aceitar o reaparecimento do tumor. Pude constatar que o resultado apresentado por ele acusava a presença de células malignas. Todavia, apercebi-me durante a entrevista, de que o doente trazia em si a necessidade de encontrar alguém que lhe dissesse que seu tumor era benigno.

“No dia 6 de dezembro está marcado uma raspagem em um hospital em Curitiba e o médico garantiu-me cura, porque eu não tive o tumor maligno que é o câncer, que vem de família, foi benigno, isso porque eu fumava 4 a 5 cigarros por dia”. (us3)

Observo esta fala o doente em busca contínua por um diagnóstico favorável, sempre preso à esperança de cura *“E o médico me garantiu cura, porque eu não tive o tumor maligno que é o câncer”*. Nesse momento noto certa insatisfação do doente perante o fato de os médicos não acreditarem que seu tumor seja benigno.

“Mais tenho fé que esse médico vai fazer a raspagem e eu vou voltar a minha vida normal, estou ciente que a voz não volta 100%, pois entendo que com o passar dos anos a voz diminui”. (us4)

“... o médico garantiu 90% de voz, assim procuro não ficar nervoso porque cada um de nós tem uma linha para passar e eu acredito nisso... Meus pais morreram de morte natural, por isso acredito que os médicos estão errados, o meu tumor é benigno e eu não tenho câncer”. (us5)

Na unidade 4, pode-se entender que o sujeito acredita que a

alteração na voz é um processo natural ao ser humano no entanto, agarra-se também à fé para não perder a voz em virtude da doença. *E “o médico garantiu 90% de voz”*. Ao pronunciar essa frase, percebo certa tranquilidade na expressão do sujeito. Entretanto, ao dizer *“procuro não ficar nervoso porque cada um de nós tem uma linha para passar e eu acredito nisso”*, vejo que pela primeira vez o doente manifesta um momento de aceitação diante da possibilidade de seu tumor ser maligno. Todavia mais adiante ele volta a enfatizar que seu tumor é benigno.

“Tenho visto muitas pessoas com câncer e vejo que é muito triste, procuro dar apoio”. (us6)

“... não gosto quando as pessoas me perguntam sobre a minha voz e acham que eu tenho câncer, mas sempre digo que não, e é só olhar os resultados dos exames”. (us7)

Observo que o doente patenteia sua preocupação com outros seres com neoplasia, manifestando seu pesar perante seu padecimento. Não obstante, faz questão de expor às pessoas ao seu redor que ele não tem câncer, como a dizer-lhes: Olha! Eu estou visitando-os, mas não sou como vocês, eu não tenho câncer, demonstrando, possivelmente, sua forma de enfrentar a própria facticidade. Ora nega a doença, ora aceita-a nas entrelinhas, mostrando assim o conflito interno que está vivenciando.

Síntese do discurso do sujeito 8

Negação do diagnóstico de câncer
dificuldade em estar com outros doentes com neoplasia
religiosidade: o caminho da esperança.

Compreensão do discurso do sujeito 9

“Tenho 55 anos e estou com metástase óssea, no esterno descoberta há três meses. Já fiz duas sessões de quimioterapia e ainda estou surpresa e bastante assustada com o retorno do câncer. Por que esta doença novamente? Qual a causa do câncer? Ele não foi bem tratado da primeira vez? Ou ele está relacionado com alguns sentimentos e/ou padrões que ainda não consegui entender”. (us1)

A doente inicia descrição expondo sua situação atual, a perplexidade em vivenciar novamente o câncer em sua existência. Questiona o porquê do retorno da doença, doença essa que suscita sentimentos de sofrimento que ela não consegue entender, mas a preocupam e assustam.

“Amanhã, dia 23 de setembro de 2002, farei minha terceira aplicação de quimioterapia. Estou com muito medo, devido às reações que venho tendo. Não são apenas o vômito, mas a fraqueza, queda de pressão, perda de cabelo, o estado emocional e a perspectiva de muito sofrimento e, quem sabe, da morte.” (us2)

Descreve seus temores em relação aos efeitos da quimioterapia

sente medo do sofrimento, da fragilidade física experimentada após o tratamento e da queda dos cabelos. Percebo também que, em virtude de sua doença, ela sente a morte como uma possibilidade real, isto é, tenta estabelecer uma relação de distância, mas sempre a espera.

“Como da primeira vez, também agora chegar ao diagnóstico foi muito difícil. Mais uma vez, estou me sentindo só, sem conseguir estabelecer uma interlocução verdadeira com os médicos que estão me tratando, para que eu possa saber sobre minha real situação e dividir minhas dúvidas e angústias”. (us3)

“Por que é tão difícil essa relação médico-paciente, principalmente na oncologia? Será que os médicos sentem a mesma angústia e medo que nós pacientes sentimos? Será que eles se protegem através do silêncio? Será que o diálogo aberto e franco entre médicos e pacientes não ajudaria a afastar muitos dos fantasmas que envolvem essa doença? Será que a franqueza, a humanidade, o querer ser tratado como uma pessoa que está lutando pela sua própria vida e não como uma doença, não seria um fator facilitador na cura”. (us4)

Santo Agostinho *apud* Roselló⁶² defendia duas formas de percepção do tempo: o tempo objetivo (os anos) e o tempo subjetivo (a vivência com que foram vividos esses anos). Nessa perspectiva, quando a doente diz *“como da primeira vez”*, observo que descreve sua temporalidade existencial com o câncer, em princípio, não um tempo cronometrado pelo relógio, mas sim o tempo de seu existir com câncer. Demonstra pesar ao

⁶² ROSSELÓ, F. T. Ética e estética dos cuidados paliativos. 1999, p. 162.

constatar que novamente suas queixas foram ignoradas pelos médicos. Sente-se só e frustrada por não conseguir um diálogo autêntico com as pessoas que cuidam de sua saúde, pois deseja compartilhar suas dúvidas e angústias.

Na unidade de significado 4, entrevejo um Ser a buscar respostas, que interroga a si mesma e nesses questionamentos manifesta todo o sentimento que traz no âmago de seu ser. Nas interrogações da doente, visualizo a tentativa de mostrar aos profissionais da saúde o caminho para assistir o doente com câncer.

“Tudo começou há dez longos anos atrás, quando eu tinha 46 anos e muitos sonhos, muito amor pela vida e energia para enfrentar as dificuldades da vida. Numa noite do mês de outubro de 1992 eu senti uma coceira na mama esquerda e me toquei, meus dedos sentiram a presença de um nódulo. Foi um susto enorme! Afinal há um ano eu vinha consultando com vários ginecologistas, queixando-me de mudanças no meu organismo, principalmente, dores fortes na mama no período pré-menstrual... Todos os médicos afirmavam que não era nada, que provavelmente era coisa da minha cabeça, não pediram nenhum exame, particularmente, a mamografia que na época seria fundamental.”
(us5)

Nesse momento o sujeito volta-se ao passado e inicia o relato de seu existir-no-mundo com câncer, entremostrando sua temporalidade com a doença, que começa com a descoberta do nódulo e o descaso dos médicos em relação ao seu problema de saúde. Mostra-se indignada, pois apesar de

expor aos médicos que sentia mudanças em seu corpo, esses fatos foram totalmente ignorados, sob a alegação de que eles eram apenas percepções de sua cabeça.

“Foi então que uma amiga levou-me a outra cidade para que eu me consultasse com seu ginecologista que era também oncologista... Na primeira consulta este médico já deu o diagnóstico de câncer. Entrei em desespero, chorei muito até mesmo no consultório”. (us6)

Atentando-me para a fala da doente, noto que a névoa da possibilidade de estar com câncer persistia. Contudo, o temor despertou-lhe também a responsabilidade de buscar a concretude do sim ou do não. Mais adiante transmite seu sentimento de dor ao receber a confirmação do diagnóstico *“entrei em desespero, chorei muito até mesmo no consultório”*. Tal afirmativa pode sugerir que, apesar de sentir em seu corpo as transformações advindas de um tumor maligno, a comprovação de um diagnóstico positivo não era algo esperado.

“Após o resultado tive três dias para fazer os exames pré operatórios e submeter-me à cirurgia. Este foi um momento de muito sofrimento, em parte, pelas minhas angústias e inseguranças pessoais, e também pela desumanidade e despreparo que encontrei no corpo médico e de enfermagem”. (us7)

Descreve seus sentimentos em relação à cirurgia, manifestando os temores oriundos de seu próprio existir-aí com câncer e aqueles

provenientes da desumanidade e despreparo da equipe de saúde. Expressa pesar ao perceber que os entes responsáveis pelo cuidado não demonstraram o menor interesse por sua dor.

“Os fatos ocorridos há dez anos, até hoje me fazem sofrer muito e me deixam com muitas interrogações em relação à medicina e o encontro médico/paciente... Na época eu não consegui submeter-me a quimioterapia, pois o primeiro oncologista que procurei disse-me que eu poderia ter um choque anafilático. Então, eu lhe perguntei: o senhor está me oferecendo morrer agora de um choque anafilático, ou tentar viver mais um pouco e morrer da doença”. (us8)

“Embora tenha procurado ouvir outras opiniões em São Paulo e Campinas, não consegui vencer o medo e por isso não fiz a quimioterapia. Este fato terá sido determinante na formação da metástase óssea atual?” (us9)

Revela, em sua descrição, a tristeza que carrega consigo ao lembrar sua vivência com câncer e traz para o momento presente suas inquietações sobre o relacionamento médico/paciente, inquietações essas que a meu ver marcaram muito seu existir doente. Mais à frente revela sua dificuldade em realizar o tratamento indicado na época, deixando transparecer em sua linguagem a indignação pela comunicação inautêntica do médico *“o senhor está me oferecendo morrer agora de um choque anafilático ou tentar viver mais um pouco e morrer da doença”*. Essa expressão mostra o estado de perplexidade perante sua situação, na qual a morte parece algo inevitável, não conseguindo ela visualizar um horizonte para seguir.

Examino na unidade de significado 9 que o choque descrito na unidade anterior transformou-se em medo, pavor, e, apesar de consultar outros especialistas, não conseguiu fazer a quimioterapia, o que hoje surge em sua existência como a névoa da dúvida: se tivesse se tratado adequadamente o câncer teria ressurgido?

“Contudo, nestes dez anos procurei retomar minha vida, cuidar de meu marido e filho e, especialmente, procurar conhecer-me um pouco mais através da vida espiritual, de terapia e de leituras. Mas acima de tudo permaneci amante da vida com muitos projetos pessoais, os quais consegui realizar com muito êxito”. (us10)

Nessa unidade noto que a doente inicia seu processo de resignação ante sua doença ressaltando a importância de cuidar de si e de sua família e, principalmente, de buscar caminhos para se reencontrar com o mundo e consigo mesma. Manifesta também em sua fala que apesar de todo o sofrimento, sente amor pela vida e encontra em seus projetos pessoais a razão para transcender seu próprio medo e lutar.

“Criei novas relações de amizade. O amor da minha família e o carinho de amigos ajudaram-me a viver estes dez anos após a cirurgia do câncer... Esperava ansiosa o mês de outubro para comemorar definitivamente minha vitória sobre o câncer. Posso dizer que ainda estou em estado de choque com o diagnóstico de metástase óssea”. (us11)

Percebo nesta unidade que o sujeito se manifesta aparentemente sereno perante os fatos ocorridos. Expõe a importância da presença dos

entes amigos em sua vivência com câncer e lembra também que o amor de seus familiares foi imprescindível em sua luta para vencer a doença. Contudo, no final de sua fala percebo um Ser em decaimento ante o diagnóstico de metástase óssea. Novamente o câncer manifesta sua existência, quando estava vivenciando a felicidade de tê-lo vencido.

“Sofri e estou sofrendo intensamente com tudo isso. Afinal, me pergunto, por que passar por tudo de novo? Mas apesar da dor, o sofrimento está sendo menor do que foi há dez anos atrás. Pois aprendi com minha própria experiência que estar com câncer não é necessariamente uma sentença de morte”. (us12)

O homem, ao estar-no-mundo, vive as possibilidades existenciais inerentes à própria condição humana. Neste pensar, quando a doente indaga “*por que tenho que passar por tudo de novo?*” apercebo-me de todo o seu desgosto ao saber que outra vez está com câncer, e justamente quando acreditava estar curada da neoplasia de mama. Contudo observo um Ser doente que procura agarrar-se a sua situação, não com desânimo, mas sim, como desafio ao seu existir-aí, enfatizando que estar com câncer não é necessariamente uma sentença de morte.

“Pode-se lutar para vencer o câncer e hoje conheço muitos outros recursos dos quais eu não tinha conhecimento há dez anos atrás... E hoje também, meu esposo e filho têm mais condições de me apoiarem, pois meu marido está melhor de seus problemas emocionais e meu filho é uma pessoa maravilhosa; entretanto

durante esses anos os dois ajudaram me amando muito como sempre... Além deles tenho recebido o apoio dos meus irmãos e pais". (us13)

Compreendo nesta unidade que a doente sente-se fortalecida pelos conhecimentos e amadurecimento desenvolvidos nesses dez anos. Visualiza hoje uma situação diferente para enfrentar a doença, quando ela deixa transparecer em sua linguagem que no momento atual pode dividir melhor suas angústias com seu filho e marido. Menciona o carinho dos pais e irmãos, sentimentos esses que a fortalecem para superar os momentos difíceis. Entendo que o viver com câncer é compartilhado, transmitindo-lhe uma certa harmonia interior. Em minhas visitas notei sua tristeza e, principalmente, a vergonha de mostrar-se às pessoas, enfatizando sempre que gostaria de não ouvir comentários. Todavia, nesse período percebi sua imensa vontade de viver, procurando depositar todos os seus sentimentos nos recursos aprendidos.

"Têm sido muitas as manifestações de apoio e carinho. Meus amigos e alunos têm mantido minha casa florida. Descobri que sou amada por essas pessoas, consegui criar laços efetivos e verdadeiros. Tudo isso tem sido um grande estímulo para eu enfrentar a doença e procurar superá-la". (us14)

Menciona as manifestações de carinho dos amigos e alunos, descobrindo as alegrias de ser amada, de compartilhar as emoções. Apreendo que estar com outros entes em uma relação autêntica, isto é, uma

relação de afetividade e atenção é o esteio para avigorá-la no enfrentamento da doença.

“Os profissionais com os quais me relaciono neste momento são qualitativamente diferentes dos que encontrei há dez anos. Todos estão me tratando com respeito. Penso que uma pessoa, para enfrentar o diagnóstico de neoplasia, acima de tudo deve sentir-se amada. Se isto ocorresse certamente a cura se tornaria mais provável”. (us15)

Na unidade 15, o sujeito faz referências aos profissionais de saúde que lhe dão assistência no momento atual, mencionando que agora é tratada com carinho e respeito. Acredita que a solicitude dispensada ao indivíduo com neoplasia contribui para a sua recuperação.

“Além da quimioterapia, que agora estou conseguindo fazer, faço terapia duas vezes por semana, tenho o acompanhamento de uma nutricionista e faço Reiki, além de minhas orações diárias... entretanto sinto que o Reiki foi um recurso que Deus colocou no meu caminho no momento certo. Por isso acredito que minha cura talvez faça parte dos seus planos”. (us16)

Nessa unidade, a doente entremostra as transformações ocorridas em si própria, sua capacidade de luta, ao enfrentar um tratamento que lhe traz tanta dor. Ressalta também os recursos utilizados atualmente por ela para superar a doença. No final de sua linguagem volta-se a Deus e nele visualiza o caminho da cura.

“Encaro este depoimento como parte da minha luta. Não foi fácil escrevê-lo e me defrontar novamente com tantos sofrimentos, tantas emoções. Mais sinto que era preciso fazer isso para que esses sofrimentos e essas emoções possam serem apagadas do meu corpo emocional e eu possa começar a vibrar na energia da vida”.
(us17)

Nesse momento, expõe as dificuldades encontradas para relatar sua vivência com o câncer. Volta ao passado e descortina uma trajetória de dor e sofrimento, sentindo que as emoções do passado ainda estão vivas em seu presente *“Mas sinto que era preciso fazer”*. Compreendo nessa fala uma necessidade aprisionada há anos, mas que precisava ser libertada, para que o Ser doente pudesse entregar-se à vida. Em nossos diálogos durante as visitas ela relatava-me que chorava muito ao escrever seu depoimento e que as lembranças eram muito dolorosas. Mas, após escrever seu depoimento, observei em outras visitas que resgatar as lembranças guardadas foi algo importante no atual momento vivenciado por ela. O efeito catártico desse desvelamento trouxe-lhe calma e tranquilidade.

Síntese do discurso do sujeito 9

Dificuldade em aceitar o diagnóstico de câncer

o descuido da equipe de saúde em relação aos doentes de câncer

dificuldade da equipe de saúde em abrir-se ao outro

religiosidade: o caminho da esperança

preocupação com seus familiares
a marca do tempo vivido com câncer.

Ao concluir esta etapa da pesquisa, explicito aos leitores que durante a sua elaboração, procurei sempre estar em contato com os doentes entrevistados, visitando-os regularmente de forma informal. Após concluir esta etapa da pesquisa, relato os sentimentos expressados pelos doentes após a trajetória percorrida com a doença. Clarifico que para atender a todos os doentes e trabalhar em minha pesquisa, desenvolvi um pequeno cronograma e assim visitava um ou dois pacientes por mês.

Encontrei-me com o **Sujeito 1** em janeiro de 2003. Fui recebida com muita alegria. Ela estava muito feliz com o nascimento da netinha e relatou o seguinte: *“Hoje eu estou bem, fiz o exame e não deu nada. Estou me sentindo forte. Recebi uma vitória de Deus e dos médicos que cuidaram de mim. Contudo ainda acho que a demora é grande nos hospitais e postos, a gente tem que ter paciência e tempo para esperar. Mais graças a Deus estou curada, às vezes a gente acha que vai morrer e na mesma hora sentir-se curada é um grande milagre”*.

Sujeito 2: Realizei a visita em dezembro de 2002, sendo informada por familiares de que a paciente havia falecido em maio no hospital, após longo período de dor e sofrimento.

Conversei com o **Sujeito 3** em dezembro de 2002, em minha residência, quando me visitou para desejar feliz natal. Nessa visita ela

relatou: *“Eu estou ótima. Eu resumo minha vida assim antes da doença e depois. Agora valorizo mais a minha vida, dou mais valor a pequenas coisas que antes não reparava que existia. Amo mais a Deus, sinto ele a meu lado, antes eu rezava acreditava em Deus mas não sentia ele perto de mim, agora eu sinto.”*

Meu encontro com o **Sujeito 4** ocorreu em dezembro de 2002. Ela estava muito animada com a visita da filha que morava na Suíça e por sentir-se curada. Expressou-se assim: *“Eu sinto-me bem, estou desenvolvendo várias atividades. Faço teatro, hidroginástica, canto em dois corais e escrevo um programa para a Rádio Universitária, fora os meus afazeres domésticos. No dia 6 de dezembro fará 1 ano e oito meses que fiz a cirurgia e graças a Deus não sinto nada e acredito que a doença não vai voltar mais. Ainda vou viver muito, se Deus quiser”*.

Sujeito 5: Encontrei-me com sua irmã em novembro de 2002, e soube que ele havia falecido em abril do mesmo ano em sua residência.

Sujeito 6: Falecido em março de 2002, logo após o falecimento do neto que também estava com câncer (leucemia) segundo informações de familiares.

Sujeito 7: após realizar várias visitas e não encontrar nenhum familiar soube através de vizinhos que o doente havia falecido no início de 2002.

Sujeito 8 em sua residência em fevereiro deste ano. No momento expressou: *“Sinto-me bem, estou rouco porque o médico fez o tratamento errado, eu*

não podia fazer radioterapia, pois eu não tinha câncer, aliás eu nunca tive essa doença. Tive uma inflamação na laringe”.

O **Sujeito 9** manifestou seus sentimentos por escrito no final de janeiro de 2003:

“é extremamente difícil ter uma noção clara de como me sinto neste momento diante do meu quadro de metástase óssea e em meio de um tratamento difícil e extremamente doloroso. Concluí a quimioterapia e dei início ao tratamento com zoneto destinado à restauração óssea. Esta semana tive que iniciar a hormônio terapia. Talvez possa dizer que a maior parte do tempo sinto-me bem, fortalecida e esperançosa, levando uma vida normal. O que tento fazer é deixar fluir a vida, ao mesmo tempo em que procuro lutar por ela recorrendo a todos os recursos disponíveis, seja na medicina tradicional, seja na medicina alternativa. Mas, em alguns momentos eu sinto os sintomas do tratamento e a incerteza quanto aos seus resultados, sinto-me deprimida, meio perdida neste desconhecido. Tudo isso vem sendo reforçado pela displicência médica no tratamento”.

Ao finalizar a compreensão dos discursos, pude visualizar na linguagem dos doentes, através de suas percepções espontâneas em relatar sua facticidade em estar-no-mundo com câncer, um ir-e-vir enredado no tempo de vivência com a doença. Em suas falas apercebi-me de que, enfrentando neoplasia os pacientes manifestaram seus sentimentos em um determinado tempo. Das leituras depreendi duas temáticas: **A temporalidade do existir com câncer; O Ser-com-o-outro inautêntico no convívio com o câncer**, as quais passo a interpretar à luz do pensar de Martin Heidegger e outros autores que explanam sua filosofia.

5 Compreendendo a
existencialidade temporal do
ser-aí com câncer

A linguagem possibilita
ao homem sua existência
no ser.

Heidegger

A temporalidade do existir com câncer

Em sua obra *Ser e Tempo* (parte II), o Ser-aí e temporalidade, Heidegger expõe a interpretação do homem autenticamente existente, isto é, o ser-no-mundo em sua temporalidade. “*Ser para o Ser-aí é ser temporal.*”⁶³

O homem é ao mesmo tempo ator e autor de sua própria história. Ao estar no mundo torna-se um realizador de seus projetos; planejar faz parte de seu existir cotidiano, o que quer dizer que, como um ser existente e pensante, o homem é capaz de planejar seu tempo no mundo. Nesse prisma, desenvolve suas obrigações e diversões, acreditando sempre em um porvir. Não obstante, ao descobrir ser um Ser-para-a-morte, se entristece perante a possibilidade do não-pensado, do não-planejado, ou seja, a mais inevitável de suas certezas, a morte.

*“Morrer se manifesta ao Dasein, como sua possibilidade mais insuperável (uma vez que não pode ser evitada), a mais pessoal (posto que a morte me reduz ao meu puro meu mesmo), a mais irracional (visto que me interrompe todas as relações com outras possibilidades).”*⁶⁴

Ao constatar essa verdade absoluta, o Ser-aí percebe ser um ser-para-a-morte e, essa antecipação da morte insula o Ser-aí nele próprio e força-o a assumir o seu estar-lançado-no-mundo. Para Heidegger a expressão estar-lançado indica a facticidade de ser entregue à

⁶³ BOUTOT, A. Introdução à filosofia de Heidegger. 1991, p. 38.

⁶⁴ WAELHENS, A. La filosofia de Martin Heidegger. 1986, p. 128.

responsabilidade do que é e tem de ser. Entretanto, no pensar heideggeriano essa possibilidade iminente da morte, que traz ao homem sentimentos de temor e angústia, desperta-lhe também a consciência para a sua possibilidade ontológica de um poder-ser total e autêntico, pois antecipando previamente sua morte, o Ser-aí pode passar a existir autenticamente em vista de si próprio.

O pensador mostra que na decisão antecipativa, ou seja, na forma originária e autêntica do cuidar,⁶⁵ o homem desvela todo o seu poder-ser, sendo que esse poder-ser manifesta-se em uma constituição temporal. É uma temporalidade primitiva que se temporaliza conforme três **ek-stases** ou etapas; o porvir (futuro), o vigor de ter sido (passado) e a atualidade (presente). “*A temporalidade desentranha-se como o sentido da cura propriamente dito*”.⁶⁶

Nessa perspectiva, o futuro não representa um conjunto de eventualidades que ainda não ocorreram, mas o movimento pelo qual o Ser-aí ao preceder-se-a-si mesmo, prevê antecipadamente a sua morte, e se projeta perante si próprio e se abre ao seu poder-ser, ou seja, na possibilidade que o mantém, o cuidado.

Apreendendo, assim, ser um ente para a morte, o Ser-aí

⁶⁵ O termo “cuidar” ou a palavra “cura”, como aparece em vários textos, em sua expressão latina significa – zelar, cuidar, relacionar-se com algo – e é tido por Heidegger como a estrutura fundamental do Ser-aí. (HEIDEGGER, M. Todos nós ninguém: um enfoque fenomenológico do social. 1976, p. 35).

⁶⁶ HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. 1998, p. 120.

percebe-se lançado no mundo e vivenciando a facticidade de sua existência. O movimento pelo qual ele faz o retorno ao seu estar-lançado constitui o passado. Segundo Heidegger, é projetando-se em direção à possibilidade mais própria que o homem pode avistar e assumir o seu estar-no-mundo, *“realizando-se e aperfeiçoando-se no tempo real de sua vida, baseando-se em sua temporalidade.”*⁶⁷

A última **ek-stase** da temporalidade é o presente. Não representa o momento atual da temporalidade coloquial, mas como um existenciário indica o movimento pelo qual o Ser-aí, projetando-se para o seu poder-ser mais próprio e assumindo seu existir-no-mundo, descobre um mundo que é seu, isto é, sua própria situação. A presentificação do presente autêntico pelo homem Heidegger denomina **is-stante (Augenblick)**, o momento em que ele se torna livre para vivenciar seu mundo e descobrir as possibilidades para enfrentar a situação.

*“Vindo-a-si mesma num porvir, a de-cisão se atualiza na situação. O vigor de ter sido surge do porvir de tal maneira que o porvir de ter sido... deixa vir-a-si a atualidade”.*⁶⁸

Após aduzir algumas idéias centrais do pensar heideggeriano sobre o Ser-aí e a temporalidade, adentro-me no quarto capítulo de “Ser e Tempo” (parte II), temporalidade e cotidianidade, onde Heidegger analisa os

⁶⁷ CROSSETTI, M. G. O. Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem. 1997, p. 76.

⁶⁸ HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. 1997, p. 120.

existenciais básicos (compreensão, disposição e o discurso) à luz da temporalidade – leitura, a meu ver, importante para a interpretação das categorias emergidas da linguagem dos sujeitos (S).

Analisada existencialmente na temporalidade a compreensão funda-se no futuro, ou seja, depreendendo sua facticidade o Ser-aí projeta-se num poder-ser próprio, ou seja, para a frente de si mesmo, sempre atento àquilo com que se preocupa. Para Heidegger,

*“O porvir está a base do compreender-se no projeto de uma possibilidade existenciária enquanto um vir-a-si a partir da possibilidade em que o Ser-aí cada vez existe. Do ponto de vista ontológico, o porvir possibilita um ente que é de tal modo que, compreendendo, existe em seu poder-ser”.*⁶⁹

Heidegger expõe também que, ao projetar-se, o Ser-aí não compreende de imediato sua situação como algo real em sua existência, mas lança-se à possibilidade do sim ou do não. Nesse sentido compreendo nos discursos dos doentes que estar com câncer é algo inicialmente incompreensível, que os leva a buscar em um voltar-a-si o porquê de sua fatalidade. Nessa perspectiva, pontuo algumas falas:

“Tudo começou quando senti uma dor de lado e procurei ajuda médica. Só que durante muito tempo eu fiz tratamento para uma infecção na bexiga, quando o médico foi descobrir que estava com câncer já estava muito adiantado”. (s1)

⁶⁹ HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. 1997, p. 133.

“(...) O meu tratamento começou no dia 23 de julho, quando descobri que estava com essa doença. Antes eu vinha apresentando sangramento pelo reto (...)”. (s2)

“A minha doença começou há um ano quando comecei a sentir dor no pescoço (...) O médico disse que era preciso fazer uma biópsia do carço (...) quando saiu o resultado fui informado que era um tumor maligno (...)”. (s7)

“(...) Tudo começou há dez longos anos (...) eu senti uma coceira e me toquei, meus dedos sentiram a presença de um nódulo, foi um susto enorme (...) todos os médicos afirmavam que não era nada, que provavelmente era coisa da minha cabeça, não pediram nenhum exame (...) foi então que uma amiga levou-me a outra cidade (...) na primeira consulta este médico já deu o diagnóstico de câncer (...) os fatos ocorridos há dez anos, até hoje me fazem sofrer muito (...)”. (s9)

No discurso heideggeriano a existência humana pode tornar-se digna de questionamento, principalmente quando o homem vivencia alguma facticidade em seu cotidiano e é a compreensão que permite a abertura do Ser-aí de tal modo que, retomando seu sentido existencial, desenvolve um entendimento de sua situação. Entretanto, inicialmente e na maioria das vezes, ele fica indeciso, fecha-se em si mesmo, não compartilhando de imediato sua dor. Nas falas a seguir os doentes expressaram sua perplexidade ao apreenderem sua situação de estar-no-mundo com câncer.

“Quando soube que poderia estar com câncer entrei em desespero e tive medo de contar para o meu marido e filhos (...) fui fazer meus exames sozinha (...) quando saiu o resultado não pude conter a angústia e desabafei com meu marido(...). Nessa época tive que ser levada ao psicólogo carregada, pois entrava em pânico diante da minha situação (...) nas primeiras quimioterapias eu ia até animadinha, mas após cada sessão queria morrer (...). Na época procurei isolar-me das pessoas pois sentia vergonha (...) achava que todo mundo percebia minha invalidez (...)”. (s3)

“Lembro-me que quando fiz o exame, esperei o resultado da biopsia numa boa, achando que era benigno. Quando o médico falou o resultado foi um choque muito grande e somente à noite quando entrei no meu quarto e deitei para dormir, chorei, chorei, chorei e, foi a única vez”. (s4)

“Era um ir e vir sem fim, da clínica para casa, eu não conseguia comer, o medicamento era muito forte e eu ficava de cama (...) Só sei que viver assim não é vida, é como não pertencer ao mundo (...)”. (s6)

“Tenho 55 anos e estou com metástase óssea, no esterno descoberta há três meses; já fiz duas sessões de quimioterapia e ainda estou supressa e bastante assustada com o retorno do câncer. Por que esta doença novamente? Qual a causa do câncer? Ele não foi bem tratado da primeira vez? Ou ele está relacionado com alguns sentimentos e/ou padrões que ainda não consegui entender (...)”. (s9)

Em sua análise, Heidegger expõe ainda que, sendo-no-mundo, o homem, na maioria das vezes, ao preceder-se visualiza seu porvir próprio e

compreendendo esse porvir, o Ser-aí projeta não somente o mundo, enquanto um horizonte significativo da preocupação cotidiana, mas também o seu poder-ser, isto é, aquilo que para ele já estava decidido ser um Ser-para-a-morte. Assim, ao despertar-se para sua situação existencial, o homem desvela-se como um ser de preocupação, projetando-se em direção àquilo que é passível de ocupação e feitura, para o que é urgente e inevitável nos negócios, nos afazeres cotidianos e, principalmente na solicitude com os entes em seu mundo circundante. Estando-aí o homem é, sobretudo, o mundo que o ocupa e preocupa.

Nesse sentido, observei na linguagem dos sujeitos que após a constatação do diagnóstico de neoplasias, eles manifestaram esse tipo de sentimento. Os doentes relatam:

“Para mim não foi difícil enfrentar essa doença, foi mais difícil enfrentar o desespero de minha família, e o meu marido estava desempregado (...). A minha menina mais nova começou a chorar quando soube que eu estava com essa doença (...).” (s1)

“(...) e nossas condições econômicas piorou, já que não consigo mais trabalhar para ajudar nas despesas da casa (...).” (s2)

“A minha filha sofria muito com o meu estado, como você pode ver somos pobres e hoje não consigo trabalhar mais para ajudar nas despesas (...) e além do tratamento com a quimioterapia tenho que comprar outros remédios que custam caro e muitas vezes não podemos comprar”. (s6)

“(...) a doença é brava, enquanto tinha um dinheirinho eu fiz muitos exames e consultas particulares, mas hoje não dá mais (...).” (s7)

A disposição ergue-se sobre o passado, quando o homem se retrai eventualmente ao mundo do esquecimento, ao seu ter-sido-lançado. Heidegger refere que a disposição caracteriza-se no humor ou afetividade, representando os modos como o homem se expressa ao mundo em seu ter-sido-lançado. Nessa análise temporal do humor o autor patenteia o temor e a angústia.

Para o filósofo o temor caracteriza-se como uma disposição imprópria, pois o temor encontra seu ensejo nos entes que vêm ao seu encontro descortinando um “malum futurum”. O significado existencial e temporal do temor constitui-se de um esquecimento de si mesmo. O temor proporciona o afastamento do Ser-aí do seu poder-ser mais próprio e, nesse esquecimento, ele não se reconhece mais em seu mundo circundante e não visualiza as várias possibilidades ao seu redor, pois no temor o homem perturba-se diante do mundo, tornando-se aflito e conturbado.

Durante a leitura dos depoimentos visualizei o câncer como o ente intramundano que veio ao encontro dos seres humanos deste estudo, provocando-lhes o sentimento de temor diante da possibilidade de terem que vivenciar momentos difíceis e muitas vezes desconhecidos.

“(...) estou muito doente, sinto cansaço mas acho que com essa doença a gente tem que ter paciência (...)”. (s1)

“(...) as vezes eu fico triste porque ouço as pessoas falarem que essa doença não tem cura e muitas vezes sara em um lugar e aparece em outra parte do corpo (...) o médico disse se for

preciso fazer cirurgia terei que fazer novas sessões de radioterapia (...). (s2)

“Hoje sinto que vivo numa perseguição silenciosa, pois cada pessoa que sei que tem câncer eu fico desesperada e acho que vou morrer que o tratamento vai regredir (...)”. (s3)

“(...) eu procuro não entrar em depressão, apesar de saber que a doença pode aparecer em outro órgão”. (s4)

“Hoje tenho que tomar remédio direto para o alívio da dor (...) até gostaria de sorrir, mas como, se sinto tanta dor (...) sinto muita tristeza por não consegui comer. Às vezes imagino que estou comendo um prato de arroz com feijão e um bife ou frango ao molho, é só um sonho, sinto-me fraco (...). Isto não é vida”. (s5)

(...) Esta vida assim é triste (...) às vezes tem medicamentos na rede feminina de câncer e eles dão pra gente, mas nem sempre é assim e temos que ficar esperando a boa vontade dos outros, mas a doença não espera (...)” (s6)

“(...) farei minha terceira aplicação de quimioterapia, estou com muito medo devido as reações que venho sentindo. Não são apenas vômitos, mas a fraqueza, queda de pressão, perda de cabelo, o estado emocional e a perspectiva de muito sofrimento e, quem sabe, da morte (...)”. (s9)

Na analítica do Ser-aí, Heidegger considera a angústia uma possibilidade ontológica que revela o horizonte ôntico do homem como ente. Não obstante, esse mostrar-se do Ser-aí advém de sua abertura ao mundo, com disposição e compreensão, pois a angústia surge do próprio homem, à

medida que este se percebe um ser-lançado-para-a-morte. O filósofo observa ainda que a angústia não desentranha um ser aflito e conturbado com o temor, ao contrário, libera o Ser-aí de suas possibilidades nulas, tornando-o livre para assumir as possibilidades concretas de seu existir. É na angústia que se revela o abandono do homem a si mesmo. Encontrando-se face a face com sua terrível liberdade de ser ou não ser, de permanecer na inautenticidade ou lutar pela posse de si mesmo.

Nesse entender compreendo a partir da linguagem dos sujeitos que, ao assumirem seu estar-no-mundo com câncer, eles buscam novos horizontes para reconstruir suas vidas.

“Até o momento nunca me senti só, pois tenho o apoio de minha família, eles têm cuidado bem de mim (...). Mas sei que tenho um longo caminho pela frente (...).” (s2)

“Como eu disse cada caso é um caso (...) sei e entendo que existem pessoas que se entregam e ficam mais doentes (...) após a cirurgia voltei para casa e apesar de ser sozinha nunca fiquei só, porque tenho muitos e muitos amigos (...) hoje sinto-me melhor, tenho uma vida normal, limpo a casa e faço mercado (...).” (s4)

“(...) procuro não ficar nervoso porque cada um de nós tem uma linha para passar (...).” (s8)

“(...) nestes dez anos procurei retomar minha vida, cuidar de meu filho e marido e, especialmente, procurar conhecer-me um pouco mais através da vida espiritual, de terapia e de leituras. Mais acima de tudo permaneci amante da vida com muitos projetos pessoais, os quais, consegui realizar com muito êxito (...). Criei

novas relações de amizade. O amor de minha família e o carinho de amigos ajudaram-me a viver estes dez anos após o câncer (...) descobri que sou amada por essas pessoas, consegui criar laços efetivos e verdadeiros. Tudo isso tem sido um grande estímulo para eu enfrentar a doença e procurar superá-la (...). (s9)

Todavia, no discurso existencial heideggeriano, se por um lado o homem relaciona o temor a um “malum futurum”, visualiza na esperança o desenvolver de um “bonum futurum”, pois a esperança traz ao Ser-aí a força necessária para emergir de sua angústia e vislumbrar novas possibilidades. “*Aquele que tem esperança se carrega, por assim dizer, a si mesmo para dentro da esperança, contrapondo-se ao que é esperado*”.⁷⁰

O caminho da esperança foi expressado pelos doentes através da fé, pois em todos os depoimentos observei que os sujeitos trazem em si a crença de que alguém está olhando por eles, o que caracteriza a esperança como uma possibilidade própria de cada um. As manifestações a seguir ilustram esta interpretação.

“É muito difícil só que o médico dá muita esperança (...)”. (s1)

“(...) eu acho que a minha doença não vai se espalhar, pois tenho fé que vou ficar curada, assim, procuro não ter pensamentos negativos sobre essa situação (...)”. (s2)

“(...) Deus foi muito importante nesse processo, pois quando soube que meu caso era grave, apeguei-me com ele e senti-me forte para

⁷⁰ HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. 1997, p.143.

enfrentar a doença (...). (s3)

“(...) sinto que o carinho, a amizade, as orações dos amigos e, principalmente, a minha grande fé e esperança de que Deus foi e será muito bom para mim, dando-me forças para enfrentar esses momentos difíceis da minha vida”. (s4)

“Acho que o importante é ter fé e pensar positivo, eu vou vencer essa doença e voltar a sorrir (...)”. (s5)

“Tenho fé em dias melhores, o Senhor está comigo, tenho certeza um dia tudo passa (...)”. (s6)

“Tenho muita fé em Deus e ganho muitas orações dos crentes, dos católicos, o próprio padre vem me visitar, eu recebo a hóstia e tudo mais (...)”. (s7)

“(...) mais tenho fé que esse médico vai fazer a raspagem e eu vou voltar a minha vida normal (...)”. (s8)

“Além da quimioterapia que agora estou conseguindo fazer, faço Reiki, além de minhas orações diárias... entretanto sinto que o Reiki foi um recurso que Deus colocou no meu caminho no momento certo. Por isso acredito que minha cura talvez faça parte dos seus planos (...) Pode-se lutar para vencer o câncer e hoje conheço muitos outros recursos dos quais eu não tinha conhecimento há dez anos atrás (...)”. (s9)

A temporalidade da de cadência encontra seu sentido existencial na atualidade (presente). Nessa **ek-stase**, Heidegger enfatiza a análise do

fenômeno da curiosidade.⁷¹

O homem em seu sendo-no-mundo, não apenas é e está num mundo, mas também se relaciona com outros entes nesse mundo. Em seu cotidiano o Ser-aí se envolve tanto com os utensílios que lhe estão à mão para sua ocupação como com outros Seres-aí que vêm ao seu encontro. O Ser-em, para Heidegger, é concebido como Ser-dentro, isto é, o homem compartilhando seu viver com outro ser humano dentro do mesmo espaço, numa *“relação de ser de dois entes entendidos dentro do espaço, os quais se relacionam entre si tomando em consideração o seu lugar nesse espaço”*.⁷²

A esta abertura do homem ao relacionar-se com o mundo (Ser-em), Heidegger denomina de claridade do Ser-aí, sendo basicamente nessa claridade que se torna possível qualquer visão. Para o filósofo a visão é um modo fundamental de abertura do Ser-no-mundo, ou seja, *“é um modo próprio de apropriação genuína dos entes com os quais o Ser-aí pode se comportar e assumir suas possibilidades ontológicas essenciais”*.⁷³

A constituição fundamental da visão desenvolve-se num poder-ver próprio na cotidianidade do Ser-aí. Não obstante, a curiosidade preocupa-se em ver, não em compreender o que vê, indicando apenas um encontro curioso com o mundo, em busca de novidades, que após saciadas, são abandonadas por outras ainda desconhecidas. Heidegger menciona também

⁷¹ Na visão heideggeriana, a curiosidade tem a ver com a observação de entidades e o assombro que essa causa. A curiosidade, no seu sentido autêntico, é espanto (Thaumazein). (STEINER, G. As idéias de Heidegger. 1978, p. 83).

⁷² TROTINGNON, P. Heidegger: biblioteca básica de filosofia. 1965, p. 66.

⁷³ HEIDEGGER, M. Ser e Tempo. 1997, p. 230.

que esse modo de ver não se preocupa em apreender o fato real, mas somente em buscar possibilidades de abandonar-se ao mundo que passa, caracterizando-se basicamente por uma impermanência junto ao que está mais próximo e por uma dispersão em busca de outras novidades. Esse vir-aio-encontro, de forma curiosa, funda-se na atualidade, pois o presente fornece as novidades para o homem se renovar. “A característica do Ser-aí interpelante é a curiosidade”.⁷⁴

Nesse entender, depreendo da fala dos doentes que ao estar-no-mundo com câncer, eles convivem em seu cotidiano domiciliar com a incompreensão de outros entes que vêm ao seu encontro e trazem consigo seu espanto perante sua situação, afastando-se em seguida.

“(...) mas tem pessoas que visitam só para saber, nossa você está com essa doença! Tem gente que ainda corre da gente e outras que chegam e dizem: nossa, você está magra (...)”. (s1)

“(...) Contudo, acho que a situação de estar com essa doença é muito difícil, principalmente, pelo abandono das pessoas (...)”. (s2)

“(...) Ao longo do tratamento percebi que algumas pessoas se afastaram por medo ou por não saberem o que dizer (...)”. (s3)

“(...) existem pessoas que ao saberem da nossa doença já falam em morte e nos olham diferente (...)”. (s4)

⁷⁴ BOUTOT, A. Introdução à filosofia de Heidegger. 1991, p. 395.

“(...) muitas pessoas se afastam da gente como se fôssemos leprosos (...)”. (s5)

“(...) não gosto quando as pessoas me perguntam sobre a minha voz e acham que eu tenho câncer (...)”. (s8)

O existir-com-o-outro de forma inautêntica no convívio com o câncer

O ser humano é um ser-no-mundo, existindo sempre em relação com algo (objeto) ou alguém, e nesse estado compreende as suas experiências, ou seja, atribui um significado próprio aos objetos e seres em seu mundo, dando assim sentido a sua existência. Na reflexão heideggeriana, o ser-com é caracterizado basicamente pelo encontro do Ser-aí com outros entes contudo, esses entes não têm o mesmo modo de ser que pertence à presença simples e objetivada da natureza, pois cada ente nesse encontro é um Ser-aí.⁷⁵

Nesse sentido, o existir do ser com neoplasia é envolvido por inquietações, decorrentes dos paradoxos que permeiam sua existencialidade, pois experiencia um viver aparentemente isolado em seu cotidiano, isto é, em um sentido ontológico existencial, um espacializar, e

⁷⁵ SALES, C. A. O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico. 1997, p. 92.

isto na pesquisa se mostra ao sentir-se o doente próximo e ao mesmo tempo distante da equipe de saúde (médicos, enfermeiras, agentes de saúde). A equipe de saúde se esconde em si mesma, fugindo de suas responsabilidades de relacionar-se com o doente de forma afetiva.

Segundo Heidegger, em seu existir-no-mundo, quase sempre o homem se desvela nos modos deficientes de preocupação (solicitude). Ser contra o outro, ou seja, não sentir-se tocado pelo outro, é uma maneira possível de deficiência e indiferença no cuidado. Para o filósofo, na interpretação de Silva,

*“sem o envolvimento afetivo, sem o interesse, sem a necessidade de zelo e cuidado que todo ser humano traz em si, o mundo seria informe, incolor e vazio”.*⁷⁶

Na interpretação heideggeriana, os modos deficientes de solicitude relacionam-se com a desumanização do homem numa sociedade de massa, onde toda a humanidade espiritual é suprimida e surge a mórbida irresponsabilidade e desafeto. Dessa forma, o ser doente deixa-se guiar pela situação, pelos cuidados que recebe das pessoas ao seu redor, eximindo-se de sua responsabilidade; não decide, não toma iniciativa, pois tudo já está decidido em seu cotidiano. Tal pensar reforça os sentimentos que os sujeitos expressaram sobre a forma de a equipe de saúde estar-com-eles no convívio com o câncer.

⁷⁶ SILVA, A. T. Sentido dos existenciais para Heidegger. 1991, p. 59.

“(...) E como eu não sei do meu estado e dizem que tem cura procuro não conversar muito com o médico e não perguntar como está a minha doença (...) Acho que os funcionários dos postos deveriam dar mais atenção para a gente pois o nosso problema é sério e, às vezes preciso de guia para consulta ou outro tratamento e é tudo muito demorado (...)”. (s1)

“(...) Veja bem, na minha rua tem uma agente de saúde (...) ela acompanha meus netos, contudo, sobre a minha doença nenhum agente de saúde até hoje apareceu para saber como estou passando ou se preciso de alguma coisa (...) O médico da família que vejo o carro subir e descer todos os dias, nunca se preocupou em saber como estou enfrentando essa doença (...) quando eu tenho que ir ao posto para pegar uma guia de consulta o médico assina, mas nunca se preocupou em saber onde moro nem como está meu tratamento (...)”. (s2)

“(...) Eu acho que falta mais atenção por parte do pessoal da saúde, é muito discurso e pouca produção prática (...) falta pessoa para conversar, para trazer uma palavra amiga. A palavra é algo muito importante quando se está morrendo, a palavra é mais importante do que o próprio remédio ou curativo (...)”. (s3)

“(...) Se nos derem esperança e não desesperança, acho que viveremos mais e melhor com nossa doença (...)”. (s4)

“(...) O médico disse que era preciso fazer uma biopsia (...) demorei quase três meses para conseguir tudo, eu não entendo por que não fizeram logo no hospital (...)”. (s5)

“(...) ninguém se preocupa com nossa dor, nunca recebi visita do pessoal da saúde e nem desse tal médico da família (...)”. (s6)

“(...) eu acho que o pessoal do posto poderia se incomodar um pouco mais com a gente. Olha só, todo esse tempo eu não recebi nenhuma visita de agente de saúde, e quando vem é para falar desse tal cartão do SUS, mas nunca perguntaram sobre minha saúde, nem como estou convivendo com a doença (...)”. (s7)

“(...) Mais uma vez, estou me sentindo só, sem conseguir estabelecer uma interlocução verdadeira com os médicos, para que eu possa saber sobre a minha real situação e, dividir minhas dúvidas e angústia (...) Por que é tão difícil essa relação médico-paciente, principalmente na oncologia? Será que os médicos sentem a mesma angústia e medo que nós pacientes sentimos? Será que eles se protegem através do silêncio? Será que o diálogo aberto e franco entre médicos e pacientes não ajudaria a afastar muitos dos fantasmas que envolvem essa doença? Será que a franqueza, a humanidade, o querer ser tratado como uma pessoa que está lutando pela sua própria vida e não como uma doença, não seria um fator facilitador na cura (...) na época eu não consegui submeter-me a quimioterapia pois o primeiro oncologista que procurei disse-me que eu poderia ter um choque anafilático. Então, eu lhe perguntei: o senhor está me oferecendo morrer agora de um choque anafilático, ou tentar viver mais um pouco e morrer da doença (...) penso que, uma pessoa para enfrentar o diagnóstico de neoplasia, acima de tudo deve sentir-se amada. Se isto ocorresse certamente a cura se tornaria mais provável (...)”. (s9)

Ao findar a análise da compreensão da linguagem dos sujeitos, pude compreender que sua existência com a neoplasia é uma existência que ouve, vê e conhece; imagina e espera, alegra-se e angustia-se, no contexto de sua facticidade. Assim, suas falas

exprimiram em sons ou em frases escritas a realidade vivenciada por eles. Sobre isto falaram-me de perto as palavras de Goethe apud Buzzi:⁷⁷

“Se alguém se afeiçoa à palavra e à fala como a testemunhas sagradas, ele não as quer lançar como moedas ou notas somente para uma rápida e momentânea transação, mas as quer decididamente como verdadeiro equivalente no manuseio e na viagem do espírito. Se é assim, não se pode levá-lo a mal que ele nos faça atentos de como certas expressões usuais – das quais ninguém mais se escandaliza – exercem uma influência perniciosa, obscurecem evidências, deslocam o conceito e dão uma falsa direção a todo um mundo de coisas”.

⁷⁷ BUZZI, A. R. Introdução ao pensar. 1984, p. 206.

6 Refletindo sobre o cuidado no domicílio do indivíduo portador de neoplasia

La enfermera se acercó a
la cama del enfermo
muriente... ¿-Qué
necesita? ¿Puedo ayudarlo
en algo? ¿Le preguntó. -
Necesito lo que hay en su
mente y su corazón.

Cicely Saunders

*A vida tem sons, que pra gente ouvir, precisa aprender a começar de novo, é como tocar o mesmo violão. E nele compor uma nova canção.*⁷⁸

Retomando minha interrogação, visualizo um caminho sempre inacabado, onde o reaprender é imprescindível. Das inquietações do passado, vejo-me envolta pela esperança do presente, a qual se revela como a essência de um fazer que emergiu ao longo do tempo. Concebo um horizonte de novas possibilidades de estar-com, na compreensão de que o encontro do ser cuidado com o cuidador envolve um horizonte que conduz à compreensão do sentido de existir no mundo. É esta dimensão do sentido que, ao ser questionada, possibilita a auto percepção e o crescimento e, no caso específico do cuidado, o aprendizado.

Ao apropriar-me do fenômeno **cuidado**, visualizo a evidência de ser ele uma forma de o homem estar em relação com outro ser em um determinado tempo e espaço existencial. É neste modo de ser-uns-om-os-outros no mundo que o cuidado se manifesta como uma possibilidade de preocupação do Ser consigo mesmo, capacitando-o a preocupar-se também com o Ser dos outros.

Assim, ao se indagar o Ser-aí sobre sua vivência com o câncer e o tratamento domiciliar o cuidado emerge envolvido na disposição à solicitude. Na percepção heideggeriana, o Ser-aí é o Ser que compreende

⁷⁸ TONI,G.; GAMA, D. Trecho da música: a sombra da maldade.

seu próprio ser e o outro Ser-no-mundo em sua existencialidade. É nessa existencialidade que o homem com neoplasia desvela seu primado ôntico-ontológico. Na visão de Beaini, citada por Boemer,⁷⁹

“A compreensão, marcada pelo ser, é finita e limitada como o próprio homem, que não tem acesso à captação de todos os aspectos que a abertura do Ser lhe apresenta. Compreensão e conhecimento estão vinculados ao ser; àquele que atende ao apelo do Ser e capta seu conteúdo, cabe revelá-lo”.

Nesse pensar, ao adentrar-me no mundo do Ser-aí com câncer, busquei não apenas vislumbrar a pessoa doente, mas compreender o Ser em sua existencialidade. E assim, durante meses aproximei-me de seu existir, compartilhando com ele sua facticidade. Ouvi sua voz, seu riso e, em muitos momentos contemplei suas lágrimas rolares em silêncio. Senti sua dor, mas também visualizei sua esperança.

Nesses encontros apreendi que, em seu estar-no-mundo, o tempo cronometrado é o tempo de seu existir com a doença. E nesta vivência, esse tempo experienciado é o aspecto fenomenal mais imediato da temporalidade. Nesta situação ele manifesta seu modo de conviver com a doença, pois, como um Ser ôntico-ontológico, o homem desvela aos entes ao seu redor as necessidades que abarcam suas prioridades ôntico-ontológicas.

Dos relatos analisados entendi que, ao descobrir-se no mundo

⁷⁹ BOEMER, M. R. Morte e morrer. 1998, p. 105.

com câncer, o Ser-aí passa a viver em um outro mundo, onde a possibilidade da morte revela-se de forma inevitável e concreta. E nesta situação o doente não apenas almeja o cuidado com sua doença, com seu corpo físico, pois os mesmos deixam de ter tanta relevância, mas anseia também por manifestações de solicitude que contemplem o seu existir doente. Dessa forma, os cuidados com a alimentação, a higiene e o controle dos sintomas relacionados com a doença são importantes. Contudo, esses cuidados não devem ser ministrados como técnicas isoladas, e sim, engajados numa relação de estar-com-o-outro de forma autêntica, considerando a singularidade de cada pessoa doente.

Nas concepções de alguns doentes, percebi que o cuidado também se manifesta através da linguagem, pois eles exprimem o desejo de compreender sua situação pelo diálogo, bem como compartilhar seu pensar com outras pessoas. Para eles o cuidado deve expressar um viver harmônico, em que cada Ser compartilha seu pensamento e sentimentos num processo de reciprocidade, onde o falar e o ouvir surgem como forma de cuidar. *Quando ouvimos atentamente as palavras, escutamos chamados que nos avizinham.*⁸⁰

Escutar e olhar atentamente tornam-se, portanto, instrumentos imprescindíveis para que o Ser cuidador aprenda a compreender os pacientes com neoplasia em sua singularidade. Para tanto, é fundamental

⁸⁰ BUZZI, A. R. Introdução ao pensar. 1984, p. 209.

entrar no mundo do doente, ver as coisas através de seus olhos e escutar com envolvimento suas experiências. Esta percepção vai ao encontro da visão de Popim,⁸¹ quando expõe que: *“Cada homem habita um lugar e um tempo de onde ele vê os entes que estão presentes em sua relação com-as-coisas, com-os-outros e consigo mesmo”*.

Nessa perspectiva, observei que a essência do viver com câncer não é vislumbrada pelos Seres cuidadores, uma vez que o mundo vivenciado por eles em seu existir cotidiano permanece esquecido, enredado em seus conflitos e inquietações, e que, na maioria das vezes, eles não são percebidos pelos entes que deles cuidam. E é nesse mundo que o doente percebe sua enfermidade como uma deterioração de sua autonomia, de seu auto cuidado e de sua individualidade. Assim, é de vital importância que a conduta do Ser-aí cuidador seja cuidar do doente a partir das percepções que este tem da situação vivida, e não somente a partir de sua própria experiência. Pois esta, na maioria das vezes, está envolvida pelo contato que o cuidador mantém com o mundo circundante em que vive e no qual a humanidade muitas vezes é esquecida.

Para todo ser humano, viver vai se transformando em morrer, a morte é uma consequência inevitável da vida. No entanto, essa inevitabilidade não significa aceitação, vontade e compreensão plena verdade. Assim, em muitas circunstâncias, vivenciar o existir com câncer do

⁸¹ POPIM,R.C. O tratamento quimioterápico - O que é isto? – uma investigação fenômeno lógica. 1994, p. 130.

outro torna-se para o cuidador um fardo difícil de suportar, pois conviver com a possibilidade concreta da morte é algo desagradável é preciso manter-se distante, e às vezes, até indiferente à situação do doente.

A meu ver, nas falas analisadas, esse aparente distanciamento dos Seres cuidadores, em alguns momentos, advém de “não saber” lidar com a situação, de um não querer ver, sentir e ouvir para não se envolver com o sofrimento do outro, pois eles sentem-se impotentes para ajudar. Não obstante, em outras ocasiões mostra-se como uma forma de desconsideração com o doente em sua facticidade; significa não querer resolver algo possível de solução, não buscar compreender o tempo do Ser com neoplasia, pois a temporalidade está imbricada no existir do Ser-aí. Cabe ao ser cuidador descobrir, na solitudine, que o tempo se insere em suas possibilidades de ser-com. Na linguagem de Critelli.⁸²

“É em razão da temporalidade que a solitudine pode desenvolver-se enquanto consideração e paciência, como também manifestar-se como desconsideração e negligência”.

Nessa visão, pude notar nos relatos dos doentes que eles convivem em seu cotidiano com sentimentos de temor, decorrentes de sua enfermidade. Em sua mundaniedade o doente traz em si o medo do isolamento e a possibilidade de não poder mais participar da vida social. Ele

⁸² CRITELLI, D. M. Para recuperar a educação. 1981, p. 70.

teme o deterioramento físico e a perda da capacidade indispensável para executar seus afazeres, o que implicitamente é considerado por ele como um ataque a sua dignidade pessoal, pois pode provocar uma perda da capacidade de atender às solicitações dos entes envolvidos em seu mundo circundante. Ele teme principalmente, o desrespeito, a humilhação, e a curiosidade dos entes que vêm ao seu encontro.

Outro aspecto relevante a ser mencionado diz respeito ao paradoxo vivido pelos doentes, ao mencionar sua relação familiar. Noto que eles se sentem angustiados ao perceber que sua doença traz sofrimentos aos seus entes queridos entretanto, há também um sentimento de alívio e alegria ao tê-los ao seu lado. Para Rolland,⁸³ na vivência de uma doença progressiva, como é o caso do câncer, o

“... indivíduo e a família se defrontam com os efeitos de um membro da família perpetuamente sintomático, cuja incapacidade aumenta de modo gradual ou progressivo. Os períodos de alívio em relação às demandas da doença tendem a ser mínimos. Estão implícitas uma contínua adaptação e mudança de papéis. Uma tensão crescente nas pessoas que prestam os cuidados é provocada tanto pelos riscos de exaustão quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do tempo. Está em jogo a flexibilidade familiar, em termos da reorganização interna de papéis e da disposição para utilizar recursos externos”.

⁸³ ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. 1995, p. 375.

Nos discursos pude visualizar ainda que os enfermos afirmam vivenciar também um desconchavo em relação ao seu tratamento. Por um lado temem os efeitos desse tratamento em seu organismo, angustiando-se pela “peregrinação” imposta ao realizá-lo e da mesma forma agarram-se a ele como se fosse a última fonte de esperança de voltar a viver, a ser um Ser saudável, sem a doença, pois existir com câncer tem para eles a conotação de sofrimento de dor e, principalmente, de morte.

Dos relatos analisados depreendi ainda que, em sua existencialidade com câncer, os doentes vivenciam não somente a dor causada pela doença, mas também a dor do isolamento, da discriminação social e da indiferença das pessoas ao seu redor. Cecily Saunders citada por Schisler ⁸⁴ propõe em 1964 o termo “Dor Total” que abrange além da dor física a dor emocional, social, e espiritual. A autora, posteriormente, agrega ao conceito a dor financeira, a interpessoal e a dor da família.

Essas concepções reveladas pelos doentes sobre seu sendo-no-mundo com câncer conduziram-me a refletir se os projetos desenvolvidos, principalmente na cidade onde atuo como enfermeira e docente universitária, para assistir a população doente em seu domicílio, incluindo os pacientes com neoplasia, realmente contemplam as necessidades de cuidados, para além da visão biológica. Pude distinguir em suas falas que, apesar de alguns cuidadores mostrarem-se interessados em prestar-lhes cuidado, falta o envolvimento autêntico e a disposição para estar-com-eles, buscando

⁸⁴ SCHISLER, E. L. O conceito de dor total no câncer. 1997, p. 50.

visualizar o Ser que vivencia a experiência da patologia.

Penso ser importante explicitar que durante o período de interação com os doentes e a análise dos discursos, observei a conduta de alguns profissionais da saúde envolvidos no programa Saúde da Família. Visualizei nestas ocasiões que as atividades executadas não atendem plenamente às necessidades do doente com câncer quando focado o contexto existencial. Observei que, além dos aspectos manifestados pelos pacientes, falta o preparo do profissional para enfrentar a situação vivenciada pelos doentes, existindo também a discriminação social e a ausência de compromisso afetivo.

O comportamento dos cuidadores formais em relação ao doente com câncer levou-me a buscar compreender a razão desse distanciamento. Assim, examinando o Projeto de Reestruturação da Rede de Atenção à Saúde (Versão Preliminar) (2002), fornecida pela Secretaria de Saúde de Maringá-PR, em que incluí a reavaliação do Programa de Saúde da Família, notei que as propostas apresentadas não enfatizam a problemática experienciada pelos doentes com câncer e seus familiares, como também não priorizam a importância de um treinamento específico que prepare os profissionais envolvidos nesse programa para o cuidado a essas pessoas.

A meu ver, uma reorganização do sistema de saúde deve abranger uma assistência adequada aos enfermos com neoplasia. Sendo também, necessário a implementação de programas de capacitação e educação continuada dos profissionais da saúde em cuidados paliativos,

pois estes têm como finalidade principal proporcionar ao doente e sua família melhores condições físicas e emocionais para enfrentar as dificuldades da doença.

DE Simone ⁸⁵ reforça essa idéia ao expor que a dimensão do sofrimento associado ao câncer demonstra a necessidade em desenvolver uma assistência científica e humanística, que permita às equipes e instituições de saúde uma resposta mais eficiente aos problemas dos doentes.

Na percepção de Junin,⁸⁶ esses programas devem visar principalmente proporcionar ao enfermeiro uma melhor compreensão dos processos vinculados ao morrer; mudar a visão da equipe de saúde, modificando sua atitude de querer curar sempre, pelo acompanhar e cuidar; apreender e poder satisfazer as necessidades da pessoa que vai morrer e de sua família; implementar uma nova orientação terapêutica, que assegure aos pacientes com enfermidades terminais uma sobrevida digna, com um controle aceitável dos sintomas, sem que seja necessário separá-los por espaços muito prolongados de tempo de seus lugares habituais e fornecer uma maior informação aos enfermeiros, com a finalidade de atualizar sua qualificação para analisar e elaborar em forma pessoal e em grupo as situações de angústia e tensão proporcionadas ao assistir pacientes morrendo. Obter-se-

⁸⁵ DE SIMONE, G. Medicina paliativa – “cuidar más allá de curar”. 1990, p. 3.

⁸⁶ JUNIN, M. ¿Enfermería: porqué debemos capacitarnos en cuidados paliativos? 2000, p.4.

á desta maneira um lidar adequado com as situações de estresse, contribuindo assim para o bem-estar e a eficiência de todos os integrantes da equipe.

Não obstante, clarifico que este modelo terapêutico não deve substituir o modelo tradicional, mas os dois devem caminhar juntos, no assistir ao doente com câncer e seus familiares, pois no nosso envolvimento com o mundo que cuidamos, em nosso dia-a-dia, é que os outros são por nós encontrados, por habitarmos aquilo que construímos no tempo e no espaço que percorremos. Sobre isto me falaram de perto as palavras que se seguem.

“Caminhando, saberás. Andando, o indivíduo configura o seu caminhar. Criar formas dentro de si e ao redor de si. E assim como na arte, o artista, se procura nas formas da imagem criada, cada indivíduo se forma nas formas de seu fazer, nas formas de seu viver”. ⁸⁷

Ao me enfrontar neste estudo expus a “alegoria da caverna,” para despertar o leitor a refletir sobre minha trajetória em busca do conhecimento na esfera existencial para melhor assistir a pessoa com câncer. A cada passo transmiti a essência de meu pensar. A reflexão da situação vivida e o trabalho do pensamento foram aos poucos criando imagens e destas surgiu a proposta de um caminho. E ao finalizá-lo convido os enfermeiros a refletir sobre a importância do cuidar autêntico.

⁸⁷ NUNES, D. M. Linguagem do cuidado. 1995, p. 196.

“El verdadero viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevos paisajes, sino nuevos ojos”.

Marcel Proust.

E o caminho continua...

7 Referências Bibliográficas

ARRUDA, E. N.; MARCELINO, S. R. Cuidando e confortando. In: SCHULZE, C. M. D. **Dimensões da dor no câncer**: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1997. Cap.8, p.157-189.

ASTUDILLO, W.; MENDINVETA, C.; LARRAZ, M. La labor de la enfermeria com el enfermo terminal. In: CURSO INTRODUTÓRIO DE CUIDADOSPALIATIVOS E PSICO-SÓCIO-ONCOLOGIA: II módulo, 2., 2000, Londrina. Buenos Aires: Pallium. Servicio de información y Centro de estudios em Medicina Paliativa, 2000. p. 77-82.

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

BOUTOT, A **Introdução à filosofia de Heidegger**. Portugal: Publicações Europa-América, 1991. 135 p.

BRASIL. Constituição Ministério da Saúde. Conselho Nacional. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 118 p.

BUZZI, A, R. **Introdução ao pensar**. 13.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1984. 230 p.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 9. ed. São Paulo: Ática, 1997. 440 p.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido**: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: Brasiliense, 1996. 140 p.

CRITELLI, D. M. Para recuperar a educação. In: HEIDEGGER, M. **Todos nós...ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Editora Moraes, 1976. Epílogo, p. 59-72.

CROSSETTI, M. G. O, **Processo de cuidar**: uma aproximação a questão existencial na enfermagem. 1997. 177 f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

Cuidados paliativos. Disponível em: < http://www.Inca.Gov.br/cuidados_paliativos/links.Html>. Acesso em: 27 de maio 2003.

DE SIMONE, G. Medicina y cuidados paliativos – “cuidar más allá de curar”. In: CURSO INTRODUTÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS E PSICO-SÓCIO-ONCOLOGIA: I módulo, 2000, Londrina. Buenos Aires: Pallium. Servicio de información y Centro de Estudios em Medicina Paliativa, 2000, não paginado.

DUARTE JÚNIOR, J. F. **O que é realidade**. São Paulo: Brasiliense, 1994. 103 p.

ESPÓSITO, V.H. C. Hermenêutica: estudo introdutório. **Caderno II da Sociedade de Estudos e Pesquisas Qualitativas**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 85-112, 1991.

FINI, M. J. Sobre a pesquisa qualitativa em educação que tem a fenomenologia como suporte. In: BICUDO, M. A. V.; ESPÓSITO, V.H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Unimep, 1994. Cap.2, p.23-33.

FORNELLS, H. A. Cuidados paliativos en el domicilio. **Acta Bioethica**, Argentina, v.1, n.1, p.65-75, 2000.

GHEZZI, M. I. L. **Convivendo com o ser morrendo**. 2.ed. Porto Alegre: Sagra-D.C. Luzzatto, 1995. 136 p.

HEIDEGGER, M. **Introdução à metafísica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1999. 227p.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 7.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. Parte I, 325 p.

HEIDEGGER, M. **Todos nós...ninguém**: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Editora Moraes, 1981. 72 p.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997. Parte II, 262 p.

HUSSERL, E. **Os pensadores**. São Paulo: Nova Cultura, 1996. 224 p.

JUNIN, M. Enfermería: ¿porqué debemos capacitarnos en cuidados paliativos?. In: CURSO INTRODUTÓRIO DE CUIDADOS PALIATIVOS E PSICO – SÓCIO – ONCOLOGIA: II módulo, 2., 2000, Londrina. Buenos Aires: Pallium. Servicio de Información y Centro de Estudios em Medicina Paliativa, 2000. p. 1-3.

KOWÁCS, M. J.; CARVALHO, V.A. Qualidade de vida em pacientes com câncer. In: SCHULZE, C. M. D. **Dimensões da dor no câncer**: reflexão sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1997. Cap.9, p. 191-230.

LESHAN, L. O. **O câncer como ponto de mutação**: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1992. 195 p.

LIMA, R. A. G. **Experiências de pais e de outros familiares de crianças e**

adolescentes com câncer. 2002. 113 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Centro de formação e capacitação permanente dos trabalhadores de saúde. **Manual de integração.** Maringá, 2002.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Projeto de reestruturação da rede de atenção à saúde** (Versão Preliminar) (2002). Maringá, 2001.

MARTINS, J. A ontologia de Heidegger. In: MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação.** São Paulo: Moraes, 1983. Cap.2, p. 33-44.

MICHELAZZO, J. C. **O um como princípio ao dois como unidade:** Heidegger e a reconstrução ontológica do real. 1. ed. São Paulo: Fapesp; Annablume, 1999. 227 p.

NIETZSCHE, F. W. **Origem da tragédia.** São Paulo: Editora Moraes, 1972. 106 p.

NITSCHCE, R, G. Família do coração: laços de afeto arquitetura de paixões. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **O mundo imaginal de ser família saudável:** a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Editora Universitária – USPpl, 1999. Cap.11, p.11-121.

NUNES, D. M. **Linguagem do cuidado.** 1995. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Onde se tratar de câncer pelo sus. Disponível em: < [http://www.Inca.Gov.br/tratamento/onde tratar- sus](http://www.Inca.Gov.br/tratamento/onde_tratar_sus). Asp. Acesso em: 27 de maio 2003.

POPIM, R. C. **O tratamento quimioterápico: o que é isto?** – uma investigação fenomenológica 1994. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Escola de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

REALI, G. Os problemas da physis, do ser e do cosmo. In: _____ **História da filosofia antiga**. São Paulo: Edições Loyola, 1993, Cap.8, p.62-116. __ (Série História da Filosofia).

RESWEBER, J. P. **O pensamento de Martin Heidegger**. Portugal: Almedicina, 1979. 197 p.

ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap.18, p.373-392.

ROSELLÓ, F. T. Ética y estética de los cuidados paliativos. **Medicina Paliativa**, Madrid, v. 6, n. 4, p.159-163, 1999.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 299 p.

SALES, C. A. **O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico**. 1997. 114 f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SAUNDERS, C. M. Cuidados de la enfermedad maligna. In:_____. **La filosofia del cuidado terminal**, Argentina: Editorial Salvat, 1980. p. 259-272.

SCHISTER, E. L. O conceito de dor total no câncer. In: SCHULZE, C. M. D. **Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde.** São Paulo: Robe Editorial, 1997. Cap. 3, p. 49-62.

SCHULZE, C. M. D. A condição do paciente portador de câncer. In: _____ **Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde.** São Paulo: Robe Editorial, 1997. Cap.1, p.19-30.

SCHULZE, C. M. N. Hospices, cuidado paliativo e o novo paradigma de saúde. In: _____ **Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde.** São Paulo: Robe Editorial, 1997. Cap.4, p. 65-81.

SILVA, A. T. **Sentido dos existenciais básicos para Heidegger.** 1991. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1991.

SPANOUDIS, S. A todos que procuram o próprio caminho. In: HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social.** São Paulo: Moraes, 1981. Apresentação, p. 9-22.

STEINER, G. **As idéias de Heidegger.** São Paulo: Cultrix, 1978. 111 p.

TABOADA, P. R. El derecho a morir com dignidad. **Acta Bioethica,** Argentina, v.1, n.1, p. 91-101, 2000.

TEIXEIRA, M. O enfermeiro em cuidados paliativos. In: JORNADA PARANAENSE DE CUIDADOS PALIATIVOS E DOR, 1., Londrina, 2002.

THOMAS, C. T.; CARVALHO, V.L. **O cuidado ao término de uma caminhada.** Santa Maria: Editoração Eletrônica, 1999. 128 p.

TROTINGNON, P. **Heidegger**: biblioteca básica de filosofia. Portugal: 1965. 129 p.

TWYXCROSS, R. Medicina paliativa: filosofia y consideraciones éticas. **Acta Bioethica**, Argentina, v.1, n.1, p. 29-46, 2000.

WAEHENS, A, **La filosofía de Martin Heidegger**. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1986. 172 p.

Referências Complementares

AGOSTINHO, S. O homem e o tempo. São Paulo: Nova Cultural, 1996. Livro XI, p. 309-340. (Os pensadores)

BORNHEIM, G. A Parmênides de Eléia. In:_____. **Os filósofos pré-socráticos**. São Paulo: Cultrix, 2001. Cap.8, p. 53-59.

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

DAMASCENO, M. M. C. **O existir do diabético: da fenomenologia à enfermagem**. Fortaleza: FCPC, 1997. 111 p.

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia?** São Paulo: Editora Moraes, 1992. 173 p.

DUARTE JÚNIOR, A. B. **Cuidando e des-cuidando: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente**. 1996. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FERRAZ, C. **A compreensão do exercício profissional do enfermeiro-uma análise fenomenológica**. 1989. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A, V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Editora Moraes, 1988. 109 p.

SADALA, M. L. A. **Estar com o paciente:** a possibilidade de uma maneira autêntica de cuidar. 1995. 235 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

SCHNEIDER, J. F.; VALLE, E. R. M. **O ser esquizofrênico e a retomada do tempo:** estudo fenomenológico. Goiânia: C.D.U, 1960. 81 p.

SCHNEIDER, J. F.; VALLE, E. R. M. **Ser-família de esquizofrênico:** o que é isto? Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. 106 p.

Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto:

O Cuidado no Cotidiano do indivíduo portador de Neoplasia

INFORMAÇÕES:

- 1 – A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimentos a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
- 2 – A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem penalização alguma;
- 3 – A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
- 4 – O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar participando;
- 5 – A disponibilidade de tratamento médico e a indenização que legalmente teria direito, por parte da Instituição à Saúde, em caso de danos que a justifiquem, diretamente causados pela pesquisa. Este item não se aplica a esta pesquisa;
- 6 – Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Eu, _____ (*responsável pelo menor, se for o caso*) após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Professor _____ CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, (*que o(a) meu (minha) filho(a), se for o caso*) _____ participe do mesmo.

_____ Data ____/____/____
Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu Prof. _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Comunicação Interna

DE: COPEP PARA: CATARINA APARECIDA SALES – DEN REFERÊNCIAS: Parecer	CI Nº 085/01 DATA: 14/09/01
--	--------------------------------

Prezada Senhora:

Informamos que seu projeto intitulado “**O cuidado no cotidiano do indivíduo portador de neoplasia**” obteve o parecer em anexo.

Sem outro particular para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

<hr/> Heloisa Helena Machado Davantel Secretária c	RECEBI _____/_____/_____ DATA ASSINATURA
--	---

Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

REGISTRO Nº 078/01

PARECER Nº 089/2001

Coordenadora: Catarina Aparecida Sales	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do Projeto: O cuidado no cotidiano do indivíduo portador de neoplasia	
Considerações: Reanalizando o presente projeto observamos que a proponente deixou claro os itens questionados no parecer 084/2001-COPEP. Considerando o benefício social advindo da realização do projeto, o comitê é de parecer favorável à sua realização.	
Parecer: APROVADO	
Relatório Anual/Final para Comitê: () Não (X) Sim Data: 14/09/02	
Projeto encontra-se de acordo com a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, APROVADO na 46ª Reunião do COPEP, de 14/04/2001.	Prof. Dr. Valter Augusto Della Rosa Presidente do COPEP

Summary

In this study, my proposal was to direct myself to people who carry neoplasia at their dwellings, aiming, in the first instance, to understand the meaning of the being in world with cancer to the ill, and from this comprehension, to project new care possibilities to these beings. Martin Heidegger's existential phenomenology allowed me to approximate myself to the ill person's existentiality, contemplating his experience with the disease. For that, I accomplished several visits to individuals, before and after the interview. From the speeches and my observations fulfilled during the visits, I conducted myself to A comprehension of the ill perceptions of being in the world with cancer. From the comprehensive analysis, two categories emerged: **The temporality of being with cancer and the inauthentic being-with the other in living together with cancer**, which I interpreted adopting some Martin Heidegger's ideas. Finally, recapturing the coursed path, I reflect on the exempt assistance to the ill and the importance of searching new to contemplate the real care necessities of the person with neoplasia.