



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Sendo assim, um ser-para-a-morte: vivências da espiritualidade de
pacientes e familiares experienciando os Cuidados Paliativos em
Oncologia.

Amanda Carolina dos Santos Zanetti

MANAUS/AM

MARÇO/2021

AMANDA CAROLINA DOS SANTOS ZANETTI

Sendo assim, um ser-para-a-morte: vivências da espiritualidade de
pacientes e familiares experienciando os Cuidados Paliativos em
Oncologia.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Psicologia – PPGPSI, da
Universidade Federal do Amazonas, como requisito
para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro

MANAUS/AM

MARÇO/2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Zanetti, Amanda Carolina dos Santos
Z28s Sendo assim, um ser-para-a-morte : vivências da espiritualidade de pacientes e familiares experienciando os Cuidados Paliativos em Oncologia / Amanda Carolina dos Santos Zanetti, Ewerton Helder Bentes de Castro. 2021
97 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Ewerton Helder Bentes de Castro
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Cuidados paliativos. 2. Pacientes oncológicos. 3. Espiritualidade. 4. Martin Heidegger. I. Castro, Ewerton Helder Bentes de. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

AMANDA CAROLINA DOS SANTOS ZANETTI

“Sendo assim, um ser-para-a-morte: vivências da espiritualidade de pacientes e familiares experienciando os Cuidados Paliativos em Oncologia.”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na **Linha de Processos Psicológicos e Saúde.**

Aprovado em 24 de março de 2021.




Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS


Prof.ª Dr.ª Gisele Cristina Resende
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS


Prof.ª Dr.ª Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que enfrentam um tratamento oncológico e ensinam diariamente que as pessoas são capazes de suportar, com coragem e sensibilidade, muito mais do que jamais supomos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à cada um dos participantes dessa pesquisa que confiaram em mim para contar aquilo de mais íntimo que há em suas histórias de vida.

Aos meus pais Geraldo Luiz e Mary Lane, que sempre deram todo o apoio e suporte que estavam ao seu alcance para que eu pudesse realizar meus sonhos.

Ao meu irmão Renato Luís, que me ensinou que cada sujeito vive a vida que é capaz de inventar e todos as histórias de vida são equivalentes.

Ao meu namorado Idalício Islan Prado, que me ensina diariamente sobre o amor.

Ao meu orientador e professor doutor Ewerton Helder Bentes de Castro, que me ensinou que a verdadeira docência é abrir as portas da gaiola para que seus alunos possam voar.

Às professoras doutoras Gisele Cristina Resende e Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira por aceitarem o convite de estarem comigo na defesa desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela possibilidade de realização dessa pesquisa.

À Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) pela receptividade e colaboração em me receber em vossa instituição.

Ao psicólogo André Luís Sales da Costa e a enfermeira e capelã Joicilene Oliveira da Silva, pelo imensurável aprendizado sobre o cuidado humanizado com pacientes oncológicos.

À todos os meus amigos, em especial à Maria Vitória e Cleison Guimarães, que nos momentos mais difíceis estiveram ao meu lado, lembrando o valor de persistir e não recuar do meu desejo e do meu compromisso oncológico.

À minha analista, Bruna Borges, que me ensinou o inestimável valor da escuta e não me deixou esquecer que esta pesquisa é um trabalho ético de oferecer essa escuta a outros.

À todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse chegar até esse momento.

EPÍGRAFE

“Eu sei que determinada rua que eu já passei
Não tornará a ouvir o som dos meus passos
Tem uma revista que eu guardo há muitos anos
E que nunca mais eu vou abrir
Cada vez que eu me despeço de uma pessoa
Pode ser que essa pessoa esteja me vendo pela última vez
A morte, surda, caminha ao meu lado
E eu não sei em que esquina ela vai me beijar
(...)
Vou te encontrar vestida de cetim
Pois em qualquer lugar esperas só por mim
E no teu beijo provar o gosto estranho
Que eu quero e não desejo, mas tenho que encontrar
Vem, mas demore a chegar
Eu te detesto e amo morte, morte, morte
Que talvez seja o segredo desta vida
Morte, morte, morte que talvez seja o segredo desta vida.”

(Raul Seixas)

RESUMO

Os cuidados paliativos referem-se a uma modalidade de atendimento oferecida as pessoas acometidas por uma doença, crônica ou aguda, que ameaça gravemente sua vida. A filosofia vigente nesta abordagem garante assistência holística ao indivíduo que passa a ser acolhido nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Cada vez mais a espiritualidade tem ganhado foco em pesquisas na área da saúde devido sua influência positiva no enfrentamento de doenças crônicas, principalmente, as neoplasias. Contudo, as necessidades espirituais destes pacientes, geralmente, não são efetivamente atendidas em decorrência da falta de preparo dos sistemas públicos de saúde no Brasil. Partindo desta compreensão, esta pesquisa objetivou compreender a vivência da espiritualidade de pacientes e familiares experienciando os Cuidados Paliativos em oncologia, sob a ótica da Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger. De natureza qualitativa, utilizou-se o método fenomenológico de pesquisa em psicologia, através da entrevista fenomenológica áudio gravada, que partiu de uma questão norteadora. Foram entrevistados seis participantes, sendo três pacientes e três familiares, todos acompanhados pela Fundação Centro de Controle em Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON). Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética da UFAM, autorização da Instituição competente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a análise das entrevistas foi considerado o método fenomenológico-psicológico de pesquisa em Psicologia. Foram encontradas as seguintes Categorias: a) E de repente, tudo mudou: dos primeiros sintomas a descoberta do diagnóstico; b) Colocando o chapéu de capitão e tocando o barco pra frente: os vários enfrentamentos do câncer; c) Sofrer-com: o câncer é uma batalha de toda a família; d) Com Deus, a possibilidade de encontrar um sentido para o sofrimento; e) Cara-a-cara com a finitude: a vida nos cuidados paliativos. Dentre as reflexões propostas com a pesquisa, conclui-se que a pluridimensionalidade das vivências dos participantes, pacientes e familiares, frente a uma doença que avassala e modifica radicalmente suas vidas, revelando o caráter urgente em oferecer espaços de acolhimento e escuta biopsicossocial e espiritual para aqueles que vivenciam uma experiência que acarreta tanto sofrimento, medo, união, fé e persistência.

Palavras chaves: cuidados paliativos, pacientes oncológicos, espiritualidade, Martin Heidegger.

ABSTRACT

Palliative care refers to a modality of care offered to people affected by a chronic or acute disease that seriously threatens their lives. The philosophy in force in this approach guarantees holistic care to the individual who is welcomed in its biopsychosocial and spiritual dimensions. More and more spirituality has gained focus in health research due to its positive influence on coping with chronic diseases, especially neoplasms. However, the spiritual needs of these patients are generally not effectively met due to the lack of preparation of public health systems in Brazil. Based on this understanding, this research aimed to understand the experience of the spirituality of people in Palliative Care from the perspective of Martin Heidegger's Hermeneutic Ontology. Of a qualitative nature, the phenomenological method of research in psychology was used, through the phenomenological interview recorded audio, which started from a fundamental question. Six participants were interviewed, three patients and three family members, all of them monitored by the Amazonas State Oncology Control Center Foundation (FCECON). Data were collected after the approval of the Ethics Committee of UFAM, authorization of the competent institution and signing of the Free and Informed Consent Form (TCLE). For the analysis of the interviews, the phenomenological-psychological method of research in Psychology was considered. The following categories were found: a) And suddenly, everything changed: from the first symptoms to the discovery of the diagnosis; b) Putting on the captain's hat and touching the boat forward: the various confrontations of cancer; c) Suffer-with: cancer is a battle of the whole family; d) With God, the possibility of finding a meaning for suffering; e) Face-to-face with finitude: life in palliative care. Among the reflections proposed with the research, it is concluded that the multidimensionality of the experiences of the participants, patients and family members, in the face of a disease that is overwhelming and radically modifies their lives, revealing the urgent character in offering spaces of reception and biopsychosocial and spiritual listening to those who experience an experience that causes so much suffering, fear, union, faith and persistence.

Key words: palliative care, cancer patients, spirituality, Martin Heidegger.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Câncer: oncologia, psicooncologia, cuidados paliativos.....	17
2.2 Espiritualidade nos Cuidados Paliativos de pacientes oncológicos	29
2.3 Fenomenologia: historicizando a filosofia de Martin Heidegger	35
2.4 A ontologia hermenêutica de Martin Heidegger	37
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	47
3.1 Percurso metodológico da pesquisadora	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
1. E de repente, tudo mudou: o início da trajetória, os primeiros sintomas à descoberta do diagnóstico	53
1.1 Primeiros Sintomas: inicia a jornada!	53
1.2 Demora pra descobrir o diagnóstico.....	54
1.3 Nomeando a doença	55
2. Colocando o chapéu de capitão e tocando o barco pra frente: o papel do tratamento nos Cuidados Paliativos.....	59
2.1 Tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia.....	59
2.2 Cuidado humanizado.....	60
2.3 Limitações da doença.....	61
3. Sofrer-com: o câncer é uma batalha de toda a família	64
3.1 Sofrendo junto.....	65
3.2 Sofrendo sozinho.....	65
3.3 A doença aproxima a família	66
4. Na espiritualidade, a possibilidade de encontrar um sentido para o sofrimento	69
4.1 Castigo de Deus.....	69
4.2 Deus dá uma segunda chance.....	70
4.3 O silêncio de Deus	71
4.3 Deus tem um proposito	71
5. Cara-a-cara com a finitude: é preciso encarar a morte.....	74
5.1 Encarando a morte.....	75
5.2 Acreditando na cura	76
5.3 Dever cumprido.....	77

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS.....	88

1 INTRODUÇÃO

Durante minha graduação no curso de Psicologia, quando surgiram as diversas possibilidades de conhecer o fazer psicológico na prática, tive oportunidade de estagiar em dois hospitais de referência do Estado do Amazonas, sendo eles: o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) e a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON).

Logo que adentrei pelo vasto campo da Psicologia Hospitalar dentro de uma instituição pública de saúde, meu primeiro contato enquanto estagiária se deu através do atendimento psicológico de um caso específico onde a paciente que me foi designada para acompanhamento possuía o diagnóstico de câncer no estômago e estava indicada para os cuidados paliativos. Ainda inexperiente sobre o atendimento clínico hospitalar, me lancei neste universo com grande dedicação, e sob supervisão de uma psicóloga já muito experiente, iniciei uma trajetória de muito aprendizado.

Esta primeira experiência de atendimento com a referida paciente e seus familiares, foi tão repleta de significados e sentidos, que desde então a psico-oncologia e os cuidados paliativos se tornaram uma área de conhecimento que me encantava e da qual eu cada vez mais me debruço em aprender. Foi através desta busca de mais conhecimento que decidi iniciar um estágio voluntário na instituição de referência em câncer do meu estado.

Quando entrei na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), atuei diretamente junto ao Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos. Como estagiária de psicologia, fiz parte de uma equipe multiprofissional, e sob supervisão de um experiente psicólogo paliativo, adquiri significativo conhecimento – teórico e prático – sobre o que confere o acompanhamento psicológico dentro dos cuidados paliativos.

Embora estivesse realizando um trabalho pleno de sentido para mim, é impossível não se atentar as diversas dificuldades existentes na atuação dos profissionais de saúde dentro de uma instituição pública. Muitos são os empecilhos como falta de investimento e estruturas, bem como a falta de preparo de alguns profissionais para atender demandas as quais não tiveram treinamento específicos que, conseqüentemente, resultam numa assistência à saúde defasado que alguns pacientes recebem destas instituições.

Nesse sentido, o presente estudo é fruto de certa inquietação e constante empenho, que terminaram por culminar na necessidade de me aprofundar também no universo das pesquisas em saúde, em compreender mais afundo os fenômenos que cercam as instituições públicas de

saúde. Destinar atenção para a realidade dos serviços de saúde pode propiciar o desenvolvimento de estratégias e recursos que adotem condutas mais humanizadas e que melhorem a qualidade da assistência para todos inseridos neste contexto, pacientes e profissionais.

No contexto paliativo, os pacientes precisam de cuidados amplos que abranjam todas as possibilidades, inclusive aquelas que tangem à espiritualidade. A equipe de saúde responsável pelo paciente deve adotar um paradigma holístico, considerando-o em sua totalidade biopsicossocial e espiritual. O doente, na visão de Foucault (2011, p.14), sempre será a expressão da doença “quem deseja conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades particulares”.

Em vista da constatação de que um paciente em adoecimento sofre por questões mais complexas e abrangentes que as dores físicas causadas pela doença, a manifestação desses sofrimentos como a ansiedade, a depressão, a angústia e a necessidade de construir uma narrativa que produza sentido e apazigue a experiência desoladora e facilite o processo de morte, estas questões passam a ser alvo de atenção dos profissionais de saúde que acompanham estas pessoas. Desta maneira, passa-se a compreender esta nova modalidade de cuidado como parte do dever ético do profissional.

A ética no cuidado origina o termo bioética, sendo está uma ciência relativamente nova, surgida nos Estados Unidos na década de 70, e que gira em torno de quatro princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (2005, p.5) logo na sua introdução, apresenta como fundamento uma visão antropológica integral, holística, contemplando a “dimensão espiritual” do humano: “Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo incluem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais”.

A vivência de uma doença crônica em estágio avançado e fora das possibilidades de cura traz alterações significativas na vida do paciente e de seus familiares. As pessoas envolvidas nesta dinâmica passam a experimentar mudanças nos seus relacionamentos interpessoais, perda da saúde física, desequilíbrio psicológico causado por constantes sentimentos de medo da dor e da morte (SETTE & GRADVOHL; 2014, CASTRO *ET AL.*, 2020)

No momento em que a finitude se aproxima e a terminalidade do corpo se torna um fato incontestável, o trabalho dos profissionais da saúde deve-se estender em busca de oferecer toda a assistência necessária, para o paciente e seus familiares – que também fazem parte do público

a quem os cuidados paliativos se destinam – lidarem com as questões de aproximação e aceitação da morte.

A morte ainda representa hoje o mesmo medo universal que representava no início da humanidade, porém, nossa forma de lidar com este fenômeno assumiu várias facetas ao longo do tempo. Atualmente, vivemos numa sociedade que despreza a morte e suas angústias, recusa-se a falar sobre ela, transformando-a num tabu, tema considerado mórbido e que por isso deve ser evitado. Em consequência a isto, criamos civilizações despreparadas para lidar com a fatal finitude da vida.

É preciso desmistificar este tema e criar espaços que facilitem a expressão dessas emoções, principalmente para pessoas que encontram-se enfrentando seu processo de finitude, e a todos nós enquanto sociedade que durante nossa vida vivenciamos a morte de pessoas próximas e, um dia, enfrentaremos a nossa própria morte. Nesta trajetória, a psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross foi uma importante pensadora na busca da desmistificação da morte.

Segundo Kübler-Ross (2017), quando olhamos para a história, percebemos que desde os povos antigos, o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá. Tal atitude frente a única certeza da existência humana persiste hoje em nossa sociedade mais contemporânea, onde a morte além de permanecer como um tema mórbido, a medida em que avançamos na ciência, ela também aparece como um fato do qual podemos negar e escapar.

O avanço científico ao invés de nos emancipar do sofrimento relacionado a morte, nos colocou diante de uma catastrófica negação dessa realidade inevitável. Em nossa sociedade ocidental, a vivência da morte é constantemente representada num quadro mecânico e solitário, onde a pessoa encontra-se cercada de máquinas que mantem o funcionamento do seu corpo, o distanciamento do seu lar e o isolamento de sua família (KUBLER-ROSS, 2017).

Desta forma, desconsidera-se que no prolongado caminho para o fim da vida, os pacientes não se beneficiam dos recursos de alta biotecnologia, e as terapêuticas curativas em doenças crônicas em fase avançada, onde a morte é inevitável, podem ser consideradas desnecessárias desumanas e até antiéticas. Jacques Ellul reconheceu a civilização da técnica como instrumento de anulação da liberdade humana, identificando a como uma perversão do homem pela tecnologia, visto que esta o desviou de seus objetivos essencialmente humanos (BOURG, 2017).

Os conflitos existenciais trazidos pelo adoecimento arrebata a pessoa, e todos que a acompanham, a importantes questionamentos sobre sua vida, possibilitando autorreflexões a respeito de temáticas que envolvam, especialmente, o sentido do adoecimento/sofrimento, e o

sentido da vida e da morte (CASTRO, MAIA, MARINHO & PAES, 2020; VIEIRA, PEREIRA & CASTRO, 2017). A espiritualidade refere-se a estas questões que transcendem a vida cotidiana na busca de um sentido maior que seja capaz de suprir o aparente absurdo de passarmos por experiências de tanto sofrimento.

Segundo Castro (2009) dar um significado à condição sofrida frequentemente reduz ou mesmo elimina o sofrimento associado a ela. Desta forma, a abordagem em cuidados paliativos que integra a dimensão espiritual, tem como seu maior objetivo proteger e preservar a vida humana na busca de uma caminhada serena e pacífica de aceitação à vida vivida e a chegada da morte.

Recentes pesquisas (COSTA & HUMBOLD, 2020; MACHADO, DAHDAH & KEBBE, 2018; SOUZA, RIBEIRO & AVELLAR, 2019; BEZERRA *ET AL.*, 2019; LEIMIG *ET AL.*, 2018) na área da saúde buscam demonstrar a importância das crenças espirituais no enfrentamento de doenças crônicas, especialmente entre a população idosa. Aquele acometido por um adoecimento crônico vivencia eventos traumáticos, mudanças radicais e fatores estressores do cotidiano ao longo de toda sua vida, e por isso a espiritualidade pode ser uma das maneiras de buscar recursos pessoais para enfrentar essas adversidades recorrentes.

No Laboratório de Psicologia Fenomenológicos-Existencial alguns estudos, focalizados ao adoecimento pelo câncer, remontam a essa perspectiva. Assim, temos: Silva (2013) trabalhando com mulheres mastectomizadas; Neves (2016) com homens com diagnóstico de câncer de próstata; Brandão Neto (2017) em seu estudo com homens e mulheres diagnosticados com câncer dos mais variados tipos; Oliveira (2018) em sua pesquisa com pessoas idosas diagnosticadas com câncer.

Embora o Brasil venha ampliando gradativamente sua inserção no debate mundial em pesquisa nos sistemas e serviços de saúde, ainda é preciso fortalecer esse movimento nas agendas nacionais e, principalmente, regionais, pois quando falamos em Amazônia, as pesquisas são relativamente escassas. Segundo Brandão (2017):

São de rica importância as pesquisas regionais e locais, porque assim buscamos compreender o ser amazonense e todas suas nuances comportamentais, psíquicas e pessoais, entendendo que recortes regionais ajudam a compreender cada localidade, montando um panorama nacional, mais completo (BRANDÃO, 2017, p.12)

Conhecer os significados dos fenômenos ligados ao processo de saúde-doença possibilita uma melhor qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição. As pesquisas qualitativas que se utilizam do método fenomenológico, preenchem de forma consistente os requisitos necessários para o des-velar destes fenômenos que buscamos compreender.

Diante do exposto, alguns questionamentos vêm à mente: a) Como é vivenciar os Cuidados Paliativos para os pacientes e seus familiares? b) Como a pessoa em Cuidados Paliativos experiencia a espiritualidade? c) Como os familiares da pessoa em Cuidados Paliativos experienciam a espiritualidade? d) Como é para a pessoa em Cuidados Paliativos e para seus familiares a percepção da finitude da vida? Assim, buscarei mergulhar no mundo-vivido desse outro, no significado atribuído a esse momento. Trabalharei, desse modo, com o discurso e, conseqüentemente, considero que o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia o mais apropriado para esta pesquisa.

A realização de pesquisas nesta área é reflexo da preocupação com a contribuição que a Psicologia pode proporcionar nas estratégias de acompanhamento a grupos com diagnóstico de doenças crônicas e em cuidados paliativos, como o câncer, na adaptação social e emocional do indivíduo às várias etapas do tratamento destas enfermidades, bem como em sua fase terminal, pois a qualidade de vida do paciente é tão importante quanto o seu tempo de sobrevivência.

Busco com a proposta desta pesquisa, possibilitar reflexões referentes às necessidades de cuidado espiritual de pacientes paliativos que, muitas vezes se encontram abandonados em relação às suas demandas psicológicas e espirituais, tão sensivelmente cruciais durante este momento inigualável que é o seu encontro com a finitude da vida. E para tanto, elaborou-se o seguinte objetivo: compreender a vivência da espiritualidade de pacientes e familiares experienciando os Cuidados Paliativos em oncologia, sob a ótica da Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger.

Iniciamos esta dissertação de mestrado apresentando uma introdução com a história e definição dos Cuidados Paliativos, correlacionando este grande tema com os aspectos que dizem respeito às vivências da espiritualidade de pacientes oncológicos e seus familiares. A revisão da literatura está dividida em 4 capítulos. No primeiro capítulo “Câncer: oncologia, psico-oncologia, cuidados paliativos”, abordamos os aspectos mais importantes para esta pesquisa no tocante ao estudo da Oncologia, sendo estes a etiologia do câncer, tipos de câncer, suas causas e possíveis tratamentos, bem como os dados mais recentes sobre sua epidemiologia

no Brasil e no Estado do Amazonas. Ainda que não seja nosso objetivo trabalhar com a doença e sim com aspectos inerentes ao adoecimento, é importante compreender sua descrição patológica e etiológica. A psico-oncologia é abordada a partir da perspectiva de reconhecer a importância dos fatores psicológicos, comportamentais e sociais em questão, juntamente com as técnicas de abordagem psicológica na área da saúde para essa discussão. Por fim, nos cuidados paliativos aprofundaremos as questões sobre as circunstâncias de suas indicações, os princípios que norteiam esse tratamento, bem como sua relevância para os sistemas públicos de saúde.

No capítulo intitulado “Espiritualidade nos Cuidados paliativos em pacientes oncológicos” introduziremos de forma breve a definição de espiritualidade utilizada nesta pesquisa, de que maneira ela se relaciona com o contexto dos serviços de saúde, considerando seu atravessamento histórico e os debates contemporâneos, bem como da relevância desta temática para a pesquisa científica de maneira geral.

O terceiro e breve capítulo deste trabalho, “Fenomenologia: historicizando a filosofia de Martin Heidegger” faz-se relevante para darmos início a apresentação da fenomenologia, enquanto teoria e prática que sustentará não somente a análise dos dados, mas toda a metodologia desta pesquisa. Falar da fenomenologia é falar da maior base de sustentação de tudo que foi possível realizar enquanto pesquisa nesta dissertação.

Por fim, o último capítulo de nossa revisão da literatura, “A ontologia hermenêutica de Martin Heidegger” tem como objetivo apresentar um breve histórico da biografia deste filósofo e de sua obra mais notória, Ser e Tempo, que será o sustentáculo de toda discussão dos resultados construídos nesta pesquisa.

Em seguida, apresentamos a trajetória metodologia que fundamenta esta dissertação, buscando abordar os conceitos principais que lhe dão sustentação, e tendo o cuidado ao apresentar a trajetória percorrida por essa pesquisadora, contando desde os primeiros passos até os enfrentamentos das dificuldades encontradas ao longo do desenvolvimento da pesquisa, bem como das soluções que foram encontradas para que este trabalho fosse levado com persistências até suas últimas consequências.

Para concluir, em “Resultados e Discussão”, apresentamos os resultados elencados em Categorias de Análise junto as compreensões destes resultados a partir da Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger. Aqui, é onde buscamos responder ao objetivo preestabelecido neste estudo, lembrando sempre que nas pesquisas de natureza qualitativa e, principalmente, com a

utilização do método fenomenológico de pesquisa em psicologia, não há conclusões, mas construção de resultados advindos da compreensão e da descrição dos fenômenos estudados.

Ao produzir este trabalho de pesquisa, estimo que pesquisas futuras possam investir mais acerca do papel da espiritualidade, bem como dos cuidados paliativos no contexto de possíveis contribuições ao desenvolvimento da assistência em saúde, afinal, ainda há muito o que ser construído no que diz respeito ao cuidado humanizado. Espera-se que esta pesquisa possa vir a ser uma contribuição concreta para a Psicologia, para a Fenomenologia, para a Saúde Coletiva, bem como para todas as áreas afins que possam vir a se beneficiar deste trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Câncer: oncologia, psico-oncologia, cuidados paliativos.

Oncologia: Aspectos gerais do câncer.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são resultados de uma combinação de diversos fatores, dentre eles um componente genético, alterações fisiopatológicas, os hábitos de vida não-saudáveis e uso nocivo de álcool e outras drogas. A combinação destas condições pode acarretar num adoecimento de início gradual, embora o tratamento exija cuidado contínuo por toda a vida. As doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, a diabetes mellitus e as neoplasias malignas são classificadas como as principais doenças crônicas, sendo os diferentes tipos de câncer os responsáveis pela maior causa de morte ao redor do mundo, bem como um dos grandes problemas de saúde pública da sociedade brasileira (RENZO *et al.*, 2018).

Conforme o Instituto Nacional do Câncer – INCA, o câncer pode ser atribuído a um conjunto de mais de 100 doenças, possuindo em comum o crescimento desordenado de células, que invadem órgãos e tecidos. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas (BRASIL, 2019).

De acordo com o “ABC do Câncer” publicado pelo Ministério da Saúde (2011) e INCA,

“a palavra câncer vem do grego karkínos, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C”. [...] O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo. (BRASIL, 2011, p. 17).

Desde seus primeiros surgimentos, o câncer tem sido um dos principais focos de constante pesquisa e estudo da ciência. A Oncologia é classificada por Yamagushi (1994) da seguinte maneira:

a ciência que estuda o câncer e como ele se forma, instala-se e progride, bem como as modalidades possíveis de tratamento. O médico que cuida dos aspectos clínicos é chamado oncologista clínico. Além deste, outros profissionais envolvidos no tratamento são o cirurgião oncológico, o radioterapeuta e o psicólogo, que participam de uma equipe multidisciplinar (p. 21 apud CARVALHO, 2002).

O câncer pode ser compreendido como a capacidade que uma célula tem de crescer desordenadamente, dividir-se e invadir órgãos e tecidos. Possui um processo mórbido que se inicia quando células anormais surgem em células do organismo, em consequência de algum mecanismo de alteração mal compreendido (SMELTZER & BARE, 2011). Quando se dividem rapidamente, estas células tendem a ser agressivas, o que determina a formação do acúmulo de células cancerosas – tumores ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (BRASIL, 2019).

As células que constituem os animais são formadas por três partes: a membrana celular, parte mais externa; o citoplasma, o corpo da célula; e o núcleo, que contém os cromossomos, que, por sua vez, são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa "memória química" - o ácido desoxirribonucleico (DNA). É através do DNA que os cromossomos passam as informações para o funcionamento da célula (BRASIL, 2019).

O adoecimento pelo câncer se inicia a partir de uma alteração que ocorre no DNA, formando uma mutação genética. Essas alterações ocorrem em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes tornam-se oncogenes, responsáveis por transformar as células normais em células cancerosas (BRASIL, 2019).

Este processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa proliferasse e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor (BRASIL, 2019).

A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e em dado período, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular. Esse processo é composto por três estágios:

- Estágio de iniciação: os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos, que provocam modificações em alguns de seus genes. Nessa fase, as células se encontram geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente.

Elas encontram-se "preparadas", ou seja, "iniciadas" para a ação de um segundo grupo de agentes que atuará no próximo estágio (BRASIL, 2019).

- Estágio de promoção: as células geneticamente alteradas, ou seja, "iniciadas", sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato com agentes promotores muitas vezes interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação e a exposição excessiva e prolongada a hormônios são exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas (BRASIL, 2019).
- Estágio de progressão: se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio, o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença. Os fatores que promovem a iniciação ou progressão da carcinogênese são chamados agentes oncoaceleradores ou carcinógenos. O fumo é um agente carcinógeno completo, pois possui componentes que atuam nos três estágios da carcinogênese (BRASIL, 2019).

A disseminação do câncer ocorre assim que as células adquirem características invasivas e alteram os tecidos circundantes infiltrando-os, através dos vasos linfáticos e sanguíneos, em outras partes do corpo. O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Entretanto, alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos (SMELTZER & BARE, 2011).

Quanto as causas do câncer, estas são variada e estão divididas entre causas externas ou internas ao organismo, podendo estar ambas inter-relacionadas. As causas externas têm relação ao meio ambiente e aos próprios hábitos do indivíduo.

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele (BRASIL, 2019). Nas últimas décadas intenso desenvolvimento de pesquisas e estudos (KABIR, BULBUL & RAHMAN, 2020; BRITO & MAYNARD, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019) tem mostrado a forte relação entre o consumo alimentar como um dos principais fatores de risco externos ao desenvolvimento do câncer.

Em contrapartida, são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. Alguns tipos de câncer de mama, estômago e intestino parecem ter um forte

componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum (FCECON, 2020; BRASIL, 2018).

Desde o fim do século XIX, o tratamento oncológico apresentou consideráveis progressos, que ocorreram tanto no tratamento médico, tais como o significativo melhoramento das cirurgias e surgimento de novos medicamentos, bem como na postura social de educação pública para o câncer.

Os avanços conquistados na área permitiram que esta doença, um dia vista como fatal, hoje tenha possibilidades de cura. A evolução das modalidades terapêuticas combinadas com os quatro principais procedimentos, cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea, os quais podem ser indicados associadamente, aliados à centralização e melhor suporte de cuidado, tem contribuído para um aumento linear das taxas de cura (BRASIL, 2019).

As técnicas cirúrgicas para o tratamento da doença foram desenvolvidas a partir da criação da anestesia. Essas cirurgias eram eficazes quando os tumores podiam ser localizados facilmente, ou seja, quando não havia a expansão para outros órgãos, as chamadas metástases. Nesse mesmo período, surgiu a possibilidade do uso da radioterapia, como elemento paliativo no tratamento de alguns tipos de câncer (BECK, 2017).

Corroborando com estas questões, Teixeira, Porto & Noronha afirmam que:

No século XIX, deu-se um avanço das técnicas cirúrgicas e de assepsia e, a partir da descoberta de anestésicos, foram adotados procedimentos mais invasivos de retirada de tumores, tornando-se a cirurgia o tratamento principal no controle da doença. Nesse contexto, a contraindicação cirúrgica se fazia presente nos casos de impossibilidade de ressecção do tumor, por algum motivo, então os medicamentos assumiam a função terapêutica (2012, p. 63 apud BECK, 2017).

No que diz respeito a radioterapia, esta é uma especialidade que utiliza radiações de alto nível para tratar o câncer e algumas condições benignas. A intenção da radioterapia pode ser curativa, conhecida como tratamento radical, ou pode ser utilizada para reduzir os sintomas do câncer, conhecido como tratamento paliativo. Estas radiações não são vistas e durante a aplicação o paciente não sente nada. A radioterapia pode ser usada como modalidade de tratamento por conta própria e/ou combinado com quimioterapia citotóxica (celular tóxica) e/ou cirurgia (CHERRY & DUXBURY, 2019).

Em meados do século XX, surgiram os primeiros medicamentos de tratamento do câncer. O primeiro desses medicamentos era derivado da mostarda hidrogenada, gás usado como arma química na Segunda Guerra Mundial. Foi no início da década de 1950, num caso

de carcinosarcoma, que ocorreu o primeiro sucesso no tratamento quimioterápico do câncer, onde foi utilizado um único agente, o metotrexate. Inicia-se então a era da quimioterapia (VEIT & CARVALHO, 2008).

A quimioterapia pode ser classificada como o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. No que tange o uso da quimioterapia em pacientes oncológicos, este meio de tratamento é chamado de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antitumoral (CHERRY & DUXBURY, 2019).

A incidência e mortalidade pelo câncer tem se mostrado um dos aspectos da saúde pública mais difícil de ser superado. A OMS configura o câncer como o principal problema de saúde pública no mundo, estando entre as quatro principais causas de morte prematura na maioria dos países. (BRAY *et al.*, 2018).

Segundo os dados da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cerca de um terço dos casos de câncer do mundo poderiam ser evitados, uma vez que os fatores ambientais são considerados os maiores responsáveis pelo desencadeamento da doença. Desta maneira, é necessário que a população seja informada sobre esses fatores e orientada a algumas mudanças nos seus estilos de vida. Diante deste exposto é correto afirmar que mesmo com os avanços técnicos científicos, sendo o câncer uma doença de tanta complexidade em seu tratamento, bem como estando associada à dor física, psicológica e social, a prevenção ainda é a melhor etiologia para lidar com essa doença (MUNHOZ *et al.*, 2016).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo MATHERS *et al.* (2003), aponta a ocorrência de 685 mil casos novos (BRASIL, 2020).

Os tipos de câncer mais frequentes em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) figurarão entre os principais. O câncer de pele não melanoma representará 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres (BRASIL, 2020).

Baseado nos dados da tabela 7 do INCA, o Governo do Amazonas e Fundação de Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) alertam que em 2020 serão 5.250

novos casos, sendo 2.350 entre os homens e 2.900 entre as mulheres. O câncer de próstata continua sendo o diagnóstico mais elevado entre os amazonenses do sexo masculino com 480 novos casos para cada 100 mil homens sendo a taxa bruta correspondente a 22,23%. E entre as amazonenses do sexo feminino, registra-se a o colo de útero como o câncer de maior incidência com um total de 580 novos casos para cada 100 mil mulheres sendo a taxa bruta correspondente a 27,60%, ou seja, projeções similares aos dados mundiais e latino-americanos (FCECON, 2020).

Psico-oncologia: aspectos psicossociais.

A psico-oncologia constrói sua história a partir de elementos filosóficos e científicos que datam desde a Idade Média, onde já se buscava interpretar o fenômeno do adoecimento humano, articulando saberes e intervenções diante do sofrimento enquanto condição humana. O pensamento dos filósofos Hipócrates e Galeno, na Grécia Antiga, referenciam a ideia de que o corpo e a mente fazem parte de um único organismo, sendo a saúde o encontro de equilíbrio entre estas duas noções (KLUG, 2018).

Embora na Medicina Oriental o homem sempre tivesse sido visto como uma unidade indivisível, no Ocidente esta unidade desapareceu por um longo tempo. Na Idade Média houve uma separação entre corpo e alma e predominou a noção de que as doenças eram punições divinas, devido à grande influência da religião. No Renascimento, o impacto da proposição de Descartes separando *res cogitans* (mente) e *res extensa* (corpo) permitiu um grande avanço científico no estudo das doenças do corpo. Mas permitiu também a visão do homem como um composto de partes separadas. A visão cartesiana deu origem “ao modelo biomédico, o qual propõe que as doenças podem ser explicadas por distúrbios em processos fisiológicos, que surgem a partir de desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas, viróticas ou outras e independem de processos psicológicos e sociais” (KLUG, 2018, p 152).

Após um longo período histórico dominado pela ideologia cartesiana e seu modelo biomédico, a medicina pode encontrar novos caminhos a partir do médico Sigmund Freud que, ao criticar a noção mecanicista e organicista do corpo e das enfermidades orgânicas, deu um passo significativo em direção a um novo campo de investigação sobre a psicossomática. Foi a psicanálise de Freud, com sua primeira obra intitulada “Estudos sobre a Histeria”, que reinaugura a retomada do antigo pensamento filosófico de Hipócrates e Galeno, reconhecendo as possíveis relações existentes entre o sofrimento psíquico e o adoecimento corporal (MONTEIRO & NICOLAU, 2020).

O desdobramento destes estudos desencadeou, na década de 1970, proposições da Associação Americana de Psicologia que levam a pensar possibilidades de relações entre a

Psicologia e os princípios médico-científicos acerca da saúde. Esta Associação cria uma categoria denominada Psicologia da Saúde, atribuindo assim, a responsabilidade da inserção nos debates sobre promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, identificação da etiologia e de diagnósticos, atuação no sistema social da saúde – estando esta participação, no âmbito clínico-hospitalar, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico na comunicação do diagnóstico de câncer ao paciente e aos seus familiares (ALMEIDA & MILAGRES *apud* KLUG, 2019).

Estes movimentos iniciais precederam e constituíram as bases para a construção da psico-oncologia, pois é quando as pesquisas em oncologia também conquistam seus avanços científicos, que a complexidade do tratamento oncológico evidencia a relação entre os aspectos psicossociais com a incidência, a evolução e a remissão do câncer. Segundo Peçanha (2008, p.209), “o câncer é uma doença que traz importantes alterações físicas e psicológicas para quem o experencia”, e com isto o paciente passa a necessitar de intensa mobilização emocional e comportamental na busca de adaptação as diferentes contingências da doença.

Sendo assim, outras especialidades da saúde passassem a integrar a assistência médica oferecida aos pacientes oncológicos. Um dos objetivos da integração dessas novas especialidades é proporcionar cuidado integral e melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares. Enquanto especialidade que não diz respeito somente aos psicólogos, a psico-oncologia conquista seu espaço na equipe médica se apresentando enquanto uma filosofia de atendimento ao paciente, que busca acolhê-lo de tal maneira que possa produzir efeitos de adesão ao tratamento, bem como na longevidade sem a necessidade de procedimentos que causem sofrimento (AGUIAR *et al.*, 2019).

Um dos grandes objetivos da psico-oncologia passa a ser a busca constante em direção a humanização do tratamento oncológico ao paciente e do suporte oferecido a seus familiares. A humanização enquanto ação do campo da saúde envolve atenção, cuidado e ética no processo dispensado a todos os envolvidos num adoecimento crônico como o câncer. Destaca-se um modo de pensar e de fazer a gestão e a atenção em saúde que tem como elemento central a defesa da vida na sua possibilidade de criação constante (GOMES, 2017).

À medida que foi sendo reconhecido que a etiologia e o desenvolvimento do câncer e a adesão aos tratamentos estavam associadas a fatores psicológicos, comportamentais e sociais, tornou-se necessário desenvolver técnicas de abordagem psicológica na área da saúde que pudessem melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares e garantissem a sua participação ativa de todos durante o processo de tratamento.

A psico-oncologia passa então a sistematizar conhecimentos que fornecem subsídios a assistência integral, se ocupando dos aspectos psicológicos, afetivos e emocionais do paciente oncológico e de sua família, possuindo recursos para intervir desde a prevenção do câncer até a iminência da morte e facilitando a comunicação a fim de proporcionar efetivação na qualidade do tratamento (AGUIAR *et al.*, 2017).

Quando falamos da importância de uma assistência integral a saúde em oncologia, fala-se sobre a importância de um tratamento que privilegia a qualidade de vida do paciente. O conceito de qualidade de vida é subjetivo e quando transportado para a saúde está relaciona-se a ela, ou seja, diz respeito as interferências que as doenças podem acarretar no indivíduo enfermo, como danos no estado funcional, percepções e fatores sociais, influenciados por doenças, tratamentos e políticas de saúde (MOTA, 2019).

A comunicação é uma das competências fundamentais no contexto de uma atuação em psico-oncologia. A qualidade da comunicação entre profissionais e pacientes e familiares depende dos seguintes aspectos: 1) reconhecimento do direito do paciente às informações sobre sua saúde; 2) entendimento de que pacientes e familiares adequadamente informados tornam-se aliados da proposta terapêutica; 3) respeito ao paciente, com referência a “quanto”, “quando” e “como” prestar a informação; 4) domínio de estratégias de comunicação e, por fim, 5) conhecimento dos mecanismos psíquicos próprios que entram em ação na situação específica e capacidade para suportar sua expressão (VEIT & BARROS, 2008).

Por fim, as possibilidades de intervenção em psico-oncologia são bem amplas e versam sobre a criação de espaços seguros e continentais para expressão de sentimentos e pensamentos, constante disponibilidade para esclarecimentos, busca pela minimização do sofrimento, adaptação e enfrentamento durante o tratamento, suporte aos familiares durante as diferentes fases da doença, viabilização do funcionamento interprofissional e transdisciplinar da equipe (AGUIAR *et al.*, 2017).

No Brasil, em 1994, foi fundada a SBPO – Sociedade Brasileira de Psico-oncologia, um incremento do primeiro grupo de profissionais que, em 1983, iniciou a se interessar por estudar o assunto. Em 2008, a Portaria 3.535/98 do Ministério da Saúde definiu a compleição indispensável de profissionais especialistas em Psicologia Clínica nos centros de atendimento de oncologia cadastrados no SUS. Em consequência, diversos setores de Oncologia de Centros Médicos, Clínicas e Hospitais de todo o Brasil – públicos ou privados – passaram a inserir profissionais devidamente instrumentalizados para atendimento às questões que permeiam a realidade do câncer (VEIT & CARVALHO, 2010).

Em 2013, nova portaria, agora de n. 874/13, revisou e atualizou a anterior, criando a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde. Pela portaria, deve haver uma integração de toda a rede de atenção à saúde a fim de prestar serviços de qualidade ao paciente oncológico. Os objetivos são reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por essa doença e diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (AGUIAR *et al.*, 2017).

Hoje, em mais um movimento de prestígio da importância dos cuidados psicológicos aos pacientes que passam por eventos de saúde, a ANS inclui em seu rol de procedimentos a obrigatoriedade de cobertura pelos planos de saúde de até 40 atendimentos psicológicos ao ano o que, sem dúvida, aumenta o acesso dos pacientes oncológicos ao cuidado especializado (BECK, 2017).

Mediante necessidade identificada e distinguida, a postura multiprofissional defendida pela SBPO fez com que, a partir de 1997, venham-se aperfeiçoando turmas de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros profissionais de saúde em busca da habilitação específica, que é fornecida em cursos de formação e especialização, aprimoramento e extensão de introdução em psico-oncologia (BRANDÃO, 2017). E, nesse contexto de educação continuada, encontra-se a proposta dos Cuidados Paliativos em paciente oncológicos, apresentada a seguir.

Cuidados Paliativos em pacientes oncológicos.

Os cuidados paliativos surgiram no Reino Unido, na década de 1960 do século XX, quando foi criado o St. Christopher Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente. Seu surgimento foi consequência dos trabalhos de Cicely Saunders, que sistematizou conhecimentos voltados para o alívio da dor e do sofrimento relativos ao final da vida, abrangendo aspectos orgânicos, psicoemocionais, sociais e espirituais da pessoa doente e daqueles que participam de sua vida. A palavra “paliativo” provém do vocábulo latino *pallium* e, por definição, significa manta ou coberta (MATSUMOTO, 2012; BARBOSA *et al.*, 2017).

Nem sempre o tratamento do paciente oncológico visa a cura da doença, o grande desafio para o profissional da saúde surge quando a evolução da enfermidade não mais possibilita um prognóstico de cura, tornando necessária a adoção de um tratamento multidimensional que busque não somente o controle da dor, mas, principalmente, o

acolhimento do paciente e a garantia da dignidade durante o processo inevitável da morte. A este tratamento foi dado o nome de Cuidados Paliativos (ALVES *et al.*, 2015).

Quando falamos em câncer, estamos falando sobre uma doença que, apesar das grandes possibilidades de prognósticos positivos conquistados com o avanço da medicina e das ciências, ainda configura uma doença onde há grandes riscos de incurabilidade que culminará, inevitavelmente, na morte do paciente. Por isso, os profissionais que trabalham na área oncológica, precisam obrigatoriamente lidar com a possibilidade concreta da morte. Esta é uma vivência que está cotidianamente presente no contexto dos cuidados paliativos (REZENDE, GOMES & MACHADO, 2014).

Mas afinal, o que são Cuidados Paliativos? Por definição, a palavra paliativo significa manta ou coberta e provem do vocábulo latino *pallium*. Trata-se de um modelo de cuidado integral, cuja ideia principal é proteger e amparar, ou seja, cuidar quando a cura da doença que acomete aquele indivíduo não é mais possível.

A primeira definição de cuidados paliativos designada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), surgiu em 1990 e correspondia a ideia de um cuidado total e ativo ao paciente cuja doença não responde ao tratamento curativo, com destaque para o controle da dor e de outros sintomas, bem como dos problemas psicossociais e espirituais (OMS, 1990). Em 2002, esta definição foi ampliada para uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença ameaçadora à vida e de seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (WHO, 2002).

A International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) emitiu uma crítica ao conceito formulado em 2002 pela OMS, por considerar que ele limita os cuidados paliativos aos problemas associados com as doenças que ameaçam a vida, em vez de focalizar as necessidades dos pacientes com condições graves, crônicas e complexas (IAHPC, 2018). Desta maneira, a IAHPC – mediante recomendação da Comissão Lancet – juntamente com mais 400 membros de 88 países diferentes desenvolveram uma nova definição de cuidados paliativos:

Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente àquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores (IAHPC, 2018, não paginado).

De acordo com a IAHPC, o modo de fazer Cuidados Paliativos inclui as seguintes atitudes: sensibilidade, empatia, compaixão e demonstração de interesse pela pessoa; preocupação por todos os aspectos do sofrimento humano, não apenas os problemas físicos; e considerar todas as características socioculturais do indivíduo e sua família, pois estas influenciam na forma de enfrentamento da doença e da morte. Não se considera correto, portanto, julgar o outro, independentemente de sua formação intelectual, étnica ou religiosa (IAHPC, 2018).

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto (MATSUMOTO, 2012).

No Manual de Cuidados Paliativos (ANCP) encontramos os princípios dos Cuidados Paliativos, reafirmados pela OMS, que se baseiam em conhecimentos inerentes às diversas especialidades e suas possibilidades de intervenção clínica e terapêutica, sendo estes princípios:

- 1) promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; 2) afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, 3) não acelerar nem adiar a morte; 4) integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; 5) oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; 6) oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; 7) abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; 8) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e, por fim; 9) deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (p.26-29).

É notória a necessidade de ascensão de modelos e abordagens de cuidado que transcendam os aspectos biológicos e prescritivos da doença, no sentido de fortalecer os aspectos biológicos, psicossociais e espirituais, igualmente importantes. Nessa perspectiva, os cuidados paliativos assumem a importância especial, uma vez que podem atuar no alívio e na prevenção do sofrimento em todos os seus aspectos, com foco no cuidado e não somente na cura de doenças.

Pela definição de cuidados paliativos proposta pela OMS os pacientes portadores de doenças graves que ameacem a continuidade da vida deveriam receber a abordagem dos

cuidados paliativos desde o seu diagnóstico. Greer, Jackson, Meier & Temel (2013) revelam que os dados acumulativos mostram que a introdução de serviços de cuidados paliativos no momento do diagnóstico de câncer avançado leva a uma melhoria significativa nas experiências de pacientes e cuidadores familiares, enfatizando o gerenciamento de sintomas, a qualidade de vida e o planejamento do tratamento.

Embora os cuidados paliativos busquem oferecer um serviço diferente da medicina conservadora, que utiliza toda tecnologia médica disponível para prolongar o processo de morrer, não é fácil individualizar a fase do tratamento paliativo no curso da evolução da doença, visto que os tratamentos ativos atualmente aplicados não trazem a esperança real em curar o câncer (FLORIANI & SCHRAMM, 2008).

Devido essa dificuldade de avaliação do sofrimento, Arantes (2012) apresenta os principais critérios de recomendação para os cuidados paliativos, sendo estes referentes ao prognóstico de tempo de vida do paciente, a avaliação do declínio clínico e físico do paciente, a presença de doença cardíaca, doenças pulmonares, doenças renais e doenças hepáticas.

Pesquisas como as de Mozygema, Dehlfing, Schilling & Gerhardus (2020), desenvolvida na Alemanha, buscam identificar aspectos importantes da avaliação dos cuidados, a partir da perspectiva de pacientes, parentes e profissionais. Para integrar vários modelos e diferentes perspectivas de cuidados paliativos, é importante ter o envolvimento de diferentes partes interessadas, o que propicia a incorporação de aspectos importantes durante o desenvolvimento de instrumentos de avaliação.

Assim como o paciente se deslocará constantemente para internações hospitalares, o familiar e/ou o cuidador também vivenciará num cenário doloroso, e terá que se haver com suas questões subjetivas. Kaye *et al* (2015) avalia o papel da promoção do cuidado centrado na família. Esse modelo se esforça para aprimorar a tomada de decisão compartilhada, facilitar a transferência contínua de cuidados, manter os locais desejados e facilitar o fim da vida.

No contexto dos cuidados paliativos, a família do paciente em questão também é considerada parte do cuidado e por isto deve receber assistência durante todo o tempo de acompanhamento do paciente, prosseguindo até depois do óbito, ou seja, os familiares também recebem uma assistência no período do luto (SILVEIRA, CIAMPONE & GUTIERREZ, 2020).

A OMS reconhece ser limitada e insuficiente a distribuição de serviços prestadores de cuidados paliativos na maior parte do mundo. Desta maneira, esta organização recomenda a criação e o reforço de sistemas de saúde que incluam a prática paliativa na totalidade do

processo assistencial, tomando um componente integral da assistência às pessoas, a fim de evitar ou minimizar o sofrimento de milhões de pacientes e suas famílias (WHO, 2014).

No contexto nacional, o conhecimento da prática paliativista ainda é incipiente, e um dos fatores determinantes para isso é o fato de sua prática ser recente no país (ANCP, 2018; ATTY, TOMAZELLI, 2018). O primeiro serviço brasileiro de cuidados paliativos foi criado em 1983, no Rio Grande do Sul, 3 anos depois São Paulo instituiu um serviço e mais 3 anos depois, foi a vez de Santa Catarina criar um serviço destinado a esses cuidados (BETTEGA *et al.* 1999). A Associação Brasileira de Cuidados Paliativos foi fundada em 1997 e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2005, ambas com a missão de alavancar a cientificidade dos CPs por meio do incentivo à pesquisa e a promoção de eventos científicos (MELO & FIGUEIREDO, 2014; ARAUJO 2001).

No nosso modelo de cuidado curativista regente na contemporaneidade, a morte é vista como um fracasso terapêutico, e a conduta de não se investir no prolongamento da vida a qualquer custo é identificada como abandono. Há uma espécie de valores morais-científicos enraizadas que na conduta médica que enxerga a morte como fracasso da medicina, e que por sua vez acaba por depreciar a dignidade do paciente, uma vez que não permite que ele viva a morte enquanto uma experiência subjetiva e incapaz de ser apartada da experiência da vida (MONTEIRO, *et al.*, 2015).

Lyons *et al* (2019) após examinar a história dos cuidados paliativos e de seu crescimento, os autores destacaram cinco estratégias principais que podem beneficiar o campo da reabilitação do câncer: 1) estimular a ciência em áreas específicas de lacunas; 2) criar diretrizes de prática clínica; 3) fortalecimento da capacidade clínica; 4) apurar e responder à opinião pública; e 5) advogando por mudanças nas políticas públicas.

Considerando essas estratégias acima apresentadas, a primeira torna-se de extrema importância para esta pesquisa, tendo em vista que uma das lacunas diz respeito a questões da espiritualidade no contexto clínico de atuação e acompanhamento a pessoas em Cuidados Paliativos.

2.2 Espiritualidade nos Cuidados Paliativos de pacientes oncológicos

Conforme a variação do tempo e das diferentes culturas, as concepções do que é saúde, bem como da sua relação com a espiritualidade, foram sendo gradativamente modificadas.

Quando falamos nos termos do início das histórias das civilizações humanas, lembramos a cultura egípcia, onde a saúde estava intrinsecamente ligada a certa

conformidade com crenças e práticas de natureza espiritual ou religiosa, bem como a antiga civilização grega, onde Hipócrates, considerado o pai da medicina antiga, foi um dos primeiros a conceitualizar uma nova noção de saúde, agora mais condicionada ao organismo biológico do que a uma dimensão espiritual (NEVES, 2011).

Esta noção de saúde concebida inicialmente no período antigo da Grécia persistiu, principalmente nas culturas e civilizações ocidentais, até os dias atuais e encontrou nos avanços científicos e no desenvolvimento tecnológico, a força para se sustentar ao longo dos séculos. Todavia, apesar do estágio excelente de desenvolvimento social, qualidade de vida e bem-estar alcançado na maior parte do mundo pelos seres humanos, persiste alguma espécie de fragilidade e desamparo frente a situações de perigo, sofrimento ou ruptura da vida contemporânea (VASCONCELOS, 2017).

É, claro, pois, que todas estas discussões sobre os fenômenos da saúde e, conseqüentemente do adoecimento, sofreram modificações, resultando, por fim, num modelo biomédico onde há uma primazia dos aspectos biológicos em detrimento de quaisquer outros aspectos das experiências subjetivas de cada sujeito, como por exemplo, a própria experiência da espiritualidade, que antes estavam especialmente presentes nas vivências culturais dos seres humanos ao redor do mundo.

A sociedade contemporânea escancara que talvez seja necessário mais do que tecnologias avançadas e conhecimento científico para enfrentar uma gama de problemas e desafios e propiciar diferentes capacidades internas para lidar com as contingências que o sofrimento humano pode assumir ao longo da vida.

Embora falar sobre espiritualidade no contexto da saúde não seja considerado um tema inédito, foi somente nas últimas décadas que se tornou um assunto de importância incontestável que está estritamente relacionado a saúde e a qualidade de vida daqueles que enfrentam não só diversos adoecimentos, mas situações difíceis que abalam a cotidianidade.

Já a espiritualidade enquanto disciplina de pesquisa científica é recente e dada sua abrangência e complexidade temática, é perceptível na literatura uma falta de consenso quanto sua ontologia e definição conceitual. Nesse ponto, os teóricos concordam sobre o quanto é difícil conceituar um fenômeno que possui caráter multifacetado e multidimensional. Dessa forma, o termo espiritualidade assumirá nas pesquisas coisas diferentes e concorrentes dependendo do contexto e do propósito em que é abordado (VASCONCELOS, 2017).

Cabe lembrar que, conforme nosso objetivo é estudar a espiritualidade enquanto fenômeno dentro do contexto da saúde e do adoecimento, a concepção de espiritualidade

utilizada neste estudo está relacionada com os valores pessoais e íntimos de cada pessoa, sua reflexão acerca da vida ou das experiências vividas e os sentidos atribuídos a elas. A espiritualidade pode ser entendida como:

[...] o aspecto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos procuram e expressam significado e propósito e a maneira como eles experimentam a sua conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza, com o que é significativo ou sagrado (PUCHALSKI *et al.*, 2009 apud AMERICAN..., 2015, p. 7).

Em outras palavras, a espiritualidade aqui discutida refere-se a experiência singular que cada indivíduo na construção dos próprios sentidos daquilo que ele é e faz. Desta maneira, não levamos em consideração os outros aspectos da espiritualidade, como sua escolha e prática dentro de tradições religiosas.

Os termos espiritualidade e religiosidade são frequentemente utilizados como sinônimos, mas pesquisas como as de Pessini (2010), Saporetti (2011) e Prade & Santos (2012) defendem que estes conceitos possuem características diferentes, uma vez que a religiosidade esteja relacionada a um caráter institucional de práticas religiosas, e a espiritualidade diz de um conjunto de valores íntimos e pessoais relacionados a qualquer crença pessoal sobre o sagrado, a natureza e as artes.

Segundo a OMS,

Tem-se por espiritualidade o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. (OMS, 2001)

A experiência espiritual ocupa um papel incontestável na vida de boa parte das pessoas, contribuindo para a visão e sustentação de mundo de muitos sujeitos em todas as suas possibilidades de manifestação, funções tais como nortear escolhas pessoais, individuais e coletivas frente a situações diversas da vida e, principalmente, no processo de atribuição de sentidos e significados às experiências vividas. A espiritualidade possibilita que o ser humano transponha a experiência material-concreta das suas vivências e alcance um sentido profundo sobre aquilo que ele é e vive em sua cotidianidade.

Em 1984, com a criação da OMS, o modelo biomédico vigente abriu espaço para que a saúde pudesse ser compreendida não apenas como a ausência de enfermidades mas como o bem estar físico, mental e social. E, como já citado anteriormente, graças a incontestável

contribuição de Cicely Saunders ao que hoje conhecemos como Cuidados Paliativos que, nas formulações da OMS em 2002, o cuidado espiritual foi firmemente estabelecido como um dos quatro pilares, juntamente com o atendimento médico, psicológico e social. Iniciou-se, assim, uma nova era de práticas, estudos e pesquisas sobre a assistência em saúde, onde a relação da saúde com a espiritualidade volta a vigorar na cultura ocidental.

Diversos estudos têm sido realizados para que se possa conhecer mais sobre as relações entre espiritualidade, qualidade de vida e saúde frente as diversas vivências cotidianas, principalmente as relacionadas ao enfrentamento de doenças. Contudo, é no confronto com uma doença grave e nas repercussões psicossociais que esta traz, que a espiritualidade demarca seu papel e importância. Estudos dessa natureza (CANDY *et al.*, 2012; VIVAT *et al.*, 2017; KRUIZINGA, *et al.*, 2012; TAYLOR *et al.*, 2017; WALTER *et al.*, 2017; MOLINA *et al.*, 2020) abriram espaço para a reflexão sobre as nuances de um tratamento que leve em consideração a dimensão espiritual dos sujeitos em questão.

Pesquisas recentes têm comprovado a relação que a espiritualidade e a saúde podem assumir nos diversos contextos de adoecimentos e enfrentamento de dificuldades. Estudos demonstraram a influência positiva da espiritualidade na saúde do idoso, proporcionando elementos importantes para o enfrentamento das dificuldades referentes ao processo de envelhecimento (COSTA *et al.*, 2020; MIRANDA *et al.*, 2020; ESPERANDIO, 2019; MARGAÇA & RODRIGUES, 2019; SILVA, PEREIRA & RODRIGUES; 2019). De modo semelhante, a espiritualidade foi avaliada em pacientes psiquiátricos, apontando para uma melhor resposta terapêutica no tratamento e do bem-estar geral (GUARAGNI *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2019; AMARO, 2018). Em pacientes dependentes químicos, pesquisas sugerem a associação do envolvimento espiritual com maiores níveis de satisfação de vida, menores índices de abuso de substâncias químicas e maior resiliência e menores recaídas no decorrer do tratamento (CAMPOS, 2020; ARAGÃO, 2018; FONTES *et al.*, 2018; BETTARELLO *et al.*, 2016).

A utilização da espiritualidade como estratégia de enfrentamento das adversidades da vida é um dos recursos pessoais com maiores prevalências no mundo todo. As crenças e ensinamentos oriundos de práticas espirituais, associadas a uma religião ou não, são compreendidas como fontes de controle e de adaptação frente a experiências traumáticas.

Quando falamos no adoecimento pelo câncer, diversas são as modificações inerentes à vida daqueles que passam por essa experiência, desde o choque inicial no momento do diagnóstico as transformações pessoais e sociais que paciente e seus familiares virão a

confrontar ao longo do tratamento. Mesmo com todo o avanço da medicina, a descoberta de uma doença como o câncer gera impactos emocionais incomensuráveis, levando estes sujeitos a enfrentar um profundo medo da dor, do sofrimento, da morte e do desconhecido (CASTRO *et al.*, 2020; NEVES & CASTRO, 2019).

O paciente oncológico é confrontado com ideias de morte e finitude, que somadas a restrições físicas e sociais, geram questionamentos a respeito dos seus valores pessoais e seu projeto de vida. Após o diagnóstico do câncer, o paciente é invadido por uma sensação de falta de controle sobre sua própria vida, gerando sentimentos de medo e ansiedade referente ao seu futuro (OLIVEIRA & QUELUZ, 2016; PEREIRA, SILVA & CASTRO, 2017).

Há algumas fases pelas quais uma pessoa diagnosticada com câncer poderá passar durante o processo de adoecimento. Kubler-Ross (2008) define essas fases como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. É esperado que todos os pacientes cheguem ao estágio da aceitação, todavia, muitas vezes é necessário o auxílio de profissionais na busca de estratégias que confortem e direcionem os pacientes oncológicos a aceitarem sua doença e lidarem com a maneira menos dolorosa possível.

Diante de todas essas novas problemáticas, faz-se necessário uma adaptação a uma nova realidade que demanda desenvolvimento de recursos pessoais com o objetivo de melhorar o enfrentamento da doença. E, nesses momentos de ressignificação, a espiritualidade pode influenciar a maneira como o paciente enfrenta a doença e suas repercussões, construindo efeitos positivos para o paciente e sua família, pois contribui para a diminuição da ansiedade em relação ao futuro, propicia o desenvolvimento da esperança e de um significado para o adoecimento, as intercorrências vivenciadas na trajetória do tratamento e de um sentido para sua vida e seu projeto existencial (BARBOSA, FERREIRA, MELO & COSTA, 2017; NETO, 2017).

No caso de pacientes que vivenciam o câncer num estágio mais avançado e se aproximam da fase final de vida, ou seja, aqueles que efetivamente se encontram nos cuidados paliativos, observa-se que a espiritualidade é o maior recurso para paciente e familiares na busca por um sentido da vida que transcenda o medo, o sofrimento e o luto. Acreditar em uma dimensão extracorpórea ou numa existência após a morte, confere aos indivíduos uma sensação de paz e força interior, uma capacidade de apreciar a vida que foi vivida e aproveitar o tempo que lhe resta a despeito da gravidade da doença (BENITES, NEME & SANTOS, 2017; MANCHOLA, BRAZÃO, PULSCHEN & SANTOS, 2016).

A espiritualidade se mostra significativa na área dos cuidados paliativos, reduzindo o sofrimento e promovendo qualidade de vida através daquilo que entendemos por fé. A fé é considerada um fator de melhoria dos sintomas físicos e psicológicos dos pacientes e seus familiares. Por fim, a espiritualidade faz parte da essência dos cuidados paliativos, pois, como pontua Viktor Frankl: “dizer sim à vida apesar de tudo” (...) pressupõe que a vida, potencialmente, tem um sentido em quaisquer circunstâncias (p. 25)”.

A ideia de cuidado nutre em seu seio o apoio à condição do outro, a busca pelo seu bem-estar a despeito de qualquer situação, e por isto a dor e o sofrimento, seja ele físico, psicológico ou espiritual deve possuir prioridade no cuidado ofertado nos sistemas de saúde. Por isso, em muitos países da América do Norte e da Europa, e alguns poucos da América Latina, a figura do capelão está consolidada nas instituições hospitalares, sendo peça fundamental das equipes de saúde dos serviços de cuidados paliativos (GOBATTO & ARAUJO, 2013; FITCHETT, KING & VANDENHOECK, 2010).

2.3 Fenomenologia: historicizando a filosofia de Martin Heidegger

Historicamente, o berço da psicologia vem de uma motivação originária de reflexão a respeito da alma, do psiquismo, da subjetividade e da consciência humana. Com o desenvolvimento da ciência, e está cada vez mais assumindo uma posição central nas hierarquias dos conhecimentos, obrigou a psicologia a abandonar seu berço primário e assumir novas formas, tornando-se uma psicologia científica (GOTO, HOLANDA & COSTA, 2018).

Embora este novo modelo científico tenha conquistado importantes avanços para o desenvolvimento e crescimento da psicologia enquanto área de conhecimento, muitos estudiosos se opuseram a estas transformações. Entre os principais críticos da psicologia científica de sua época, destaca-se o filósofo e fundador da Fenomenologia, Edmund Husserl. Segundo Goto (2015) a psicologia fenomenológica surgiu a partir das inquietações de Husserl, que buscou formular uma psicologia racional pura e não experimental, e que não estivesse subordinada às leis da natureza e da causalidade/determinismo.

Em *A crise da humanidade europeia e a filosofia*, publicado em 1922, Husserl tece uma crítica as ciências europeias, apontando para a perda da capacidade da ciência de responder ao problema da existência. Ele considera que a filosofia e a psicologia modernas – no que ele concebe como uma atitude natural –, não sustentam um comportamento metodológico precedente e originário, que seja capaz de suplantar as inconsistências oriundas de suas assunções teórico-dogmáticas (FEIJOO, 2011).

De acordo com Husserl, a psicologia moderna perdeu de vista a essência dos fenômenos psíquicos, uma vez que considerou esses fenômenos como se fossem localizáveis espaço-temporalmente e investigáveis segundo as leis causais e os princípios responsáveis pela sua determinação específica. Nessa perspectiva, a fenomenologia abandona a cisão sujeito e objeto – tida como a posição natural em relação aos objetos, a posição teórica – e passa a analisar não os objetos empíricos exteriores em sua pretensa autonomia, nem a consciência como sede de constituição de representações acuradas, mas os atos de consciência em sua própria dinâmica de realização (CASANOVA, 2019).

A fenomenologia proposta por Husserl consiste num método que deve assumir, frente a um fenômeno, uma atitude analítica e reflexiva para chegar às coisas em sua dação originária (FEIJOO, 2011). Encontramos neste método uma nova doutrina do universal, isso é parte fundamental do resgate do conteúdo das nossas experiências. Para Husserl, o mundo posiciona as coisas, ele determina o que elas são, por isso reduzir consciência a performance é, a princípio, suspender as hipostasias. Neste sentido, diz Capalbo:

Husserl tentará mostrar, portanto, de um lado, que a reflexão é reveladora das influências do meio, que todo pensamento está mergulhado na experiência vivencial, no fluxo temporal, será assim um pensamento e uma consciência históricos. Por outro lado, Husserl quer mostrar a importância de colocar entre parênteses esse vivencial, esse conjunto de informações, que estão implicados na nossa experiência existencial, para ver melhor, não as realidades experimentadas, mas sim o caráter de serem experimentadas. Em outras palavras, Husserl quer liberar o nosso olhar para a análise do vivido, que não pode ser definido, mas apenas descrito (CAPALBO, 1983, p. 38 *apud* FEIJOO, 2010)

É na tentativa de desviar-se da perspectiva cartesiana da subjetividade, que Husserl rompe com a ideia de psiquismo constituído ou originário e constrói elaborações para pensar uma psicologia por via da fenomenologia, criando as noções de intencionalidade e método fenomenológico, que irão sustentar a fenomenologia propriamente dita.

Conduzindo seu pensamento em direção a uma vida imanente da consciência, Husserl concebe a intencionalidade como o fato de nunca se possuir uma consciência sem objetos de consciência, toda consciência é “consciência de”, deste modo, cada ato de consciência sempre traz consigo os seus objetos correlatos (CASANOVA, 2019). A fenomenologia altera radicalmente o modo de pensar a essência da consciência. Através do esvaziamento de propriedades específicas, resta à consciência somente sua performance: consciência é performance e, desta maneira, ela só se realiza a partir de seus atos. Quando se descobre o caráter performático da consciência, aparece a intencionalidade.

Para que se alcance a intencionalidade é preciso suspender os posicionamentos ontológicos do mundo, ou seja, superar todas as tendências metafísicas que criam teorias acerca dos entes, sejam elas as opiniões compartilhadas do senso comum, bem como as teses científicas. Assim, passamos a refletir sobre a vida da própria consciência em sua dinâmica imanente (FEIJOO, 2011).

Intencionalidade requer suspensão e, na medida em que isto ocorre, encontramos o sentido do lema husserliano “rumo às coisas mesmas”. Retornar as coisas mesma não é da ordem um esforço por apreender as coisas tal como elas se mostram sem a inserção do sujeito cognoscente, mas sim da ordem de um resultado obtido na sustentação da postura antinatural de abandono das relações naturais com o mundo dos objetos na qual estamos imersos (CASANOVA, 2019).

2.4 A ontologia hermenêutica de Martin Heidegger

Martin Heidegger não é um filósofo entre outros no interior da história da filosofia contemporânea, ele é justamente um ponto de referência fundamental para diversos desdobramentos dessa história, pois a radicalidade de seu pensamento influenciou nossos padrões atuais de reflexão. Por mais polemicas que possam ser as teses heideggerianas sobre a tradição metafísica, elas certamente alteraram sobremaneira o modo como lidamos com esta tradição. (CASANOVA, 2019).

Heidegger utilizava-se de uma metáfora, que lhe era muito cara, para dizer de suas obras: “não tenho obras, mas caminhos”. Evitando assim falar em obras e sempre as pontuando como momentos de seu percurso existencial, como marcas de seu caminho. Apesar disso, Heidegger construiu um percurso coeso na filosofia, redimensionando a própria origem do pensamento: estabeleceu novas demarcações, definiu espaços alternativos de tratamento de questões, reordenou conceitos e compreensões e se inseriu de maneira particular no rico diálogo com sua tradição, tudo isso trazendo consigo seu horizonte interpretativo próprio (CASANOVA, 2019).

Heidegger dedica a Husserl seu trabalho mais importante, *Ser e Tempo* (1927), justificando que foi na fenomenologia de Husserl que encontrou o caminho da investigação do ser. Segundo Casanova (2019), ao se colocar em contato com a tradição fenomenológica husserliana, Heidegger já estava marcado por uma inquietação pessoal que o conduziu, posteriormente, a este contato: é em Aristóteles e em sua questão acerca da unidade e da multiplicidade inerentes à palavra ser, que Heidegger irá trilhar seus primeiros passos na filosofia. Sobre este momento de seu percurso, Heidegger nos diz em *Meu caminho para a fenomenologia* (1963):

Soube por diversas indicações presentes em revistas filosóficas que a maneira de pensar de Husserl tinha sido determinada por Franz Brentano. A dissertação de Brentano Sobre o múltiplo significado do ente segundo Aristóteles (1862) constitui desde 1907 o principal auxílio nas minhas desajeitadas tentativas de penetrar na filosofia. Bastante indeterminada movia-se a seguinte ideia: se o ente é expresso em múltiplos significados, qual será, então, o significado fundamental determinante? O que quer dizer ser? (HEIDEGGER, 1963 apud CASANOVA, 2019)

É através do seu encontro com as questões aristotélicas na obra de Franz Brentano e a fenomenologia da consciência de Husserl, que Heidegger irá formular o desenrolar do seu projeto, que toma a questão do ser como a questão central da fenomenologia. São duas posições do projeto fenomenológico husserliano que irão interessar a Heidegger: o caráter intencional da

existência e a atitude antinatural como modo de investigação necessário para dar conta do fenômeno do existir (FEIJOO, 2011; GORNER, 2007).

Heidegger inicia *Ser e Tempo* a partir do reconhecimento de que o problema central de toda ontologia, o significado daquilo que é, do ser, do ser do ente, insiste e permanece desde o mundo grego, ao mundo medieval e, por fim, ao mundo moderno, como um problema não resolvido (CASANOVA, 2019). É por acreditar que as investigações fenomenológicas possibilitavam uma re colocação da questão do ser sobre novas bases, que ele propõe o método fenomenológico, como postulado por Husserl, como o modo pelo qual ele conduzirá a análise do existir.

Embora Heidegger sempre se posicionasse diante de seus escritos não como obras, mas enquanto marcas de seu filosofar, *Ser e tempo* se consagra como um marco decisivo no percurso de todos os textos heideggerianos escritos ao longo de sua vida. Segundo Gorner (2007), a obra citada gira em torno da questão acerca do sentido de ser, do que devemos compreender por ser, que nada tem a ver com as razões pelas quais estamos aqui, tampouco sobre o que está em jogo em todas as coisas.

O interesse de Heidegger não recai sobre a ideia de sujeito ou da produção de uma filosofia da subjetividade, seu pensamento é uma tentativa de desobjetivação da existência humana. O objetivo de sua ontologia fundamental é justamente destruir a noção de subjetividade a partir da demonstração do caráter originário da estrutura ser-no-mundo, uma vez que os saberes metafísico, científico e tecnológico encobrem o fenômeno mais originário que se encontra na gênese do *Dasein* (FEIJOO, 2011).

Analítica do Dasein: estruturas básicas

Toda ontologia já sempre pressupõe um ente que traga consigo a possibilidade de questionamento de algo assim como o ser. É na primeira parte de *Ser e Tempo* (Seção I), que Heidegger irá apresentar uma avaliação fenomenológica sobre as estruturas básicas não do ser enquanto tal, mas do ser deste ente que eu mesmo sou, chamado por ele de *Dasein* (*Ser-aí*). Heidegger acreditava que, somente pelo exame reflexivo do existente, chegaria à noção do sentido do ser, portanto, a analítica do Dasein consiste na descrição interpretativa das estruturas ontológicas fundamentais do existir humano.

Heidegger (2012) se faz valer do termo Dasein pela necessidade de não se utilizar de terminologias conceitualmente marcadas no interior da tradição, como os termos homem, sujeito, individuo, bem como de apresentar uma transformação radical no modo mesmo de pensar o ser do homem. Denominá-lo Dasein é também destacar sua duplicidade de *ente e ser*.

É através deste termo que se viabiliza a colocação de um modo de ser que distingue o Dasein fundamentalmente de todos os entes marcados pela presença de propriedades quiditivas.

Nas palavras de Heidegger (2012)

A “essência” do *ser-aí* reside em sua existência. Os caracteres que podem ser postos à mostra nesse ente não são, portanto, “propriedades” subsistentes de um ente que subsiste com este ou com aquele “aspecto”, mas modos-de-ser cada vez possíveis para ele e somente isso. Todo ser-assim desse ente é primariamente ser. Por isso, o termo “Dasein” com que designamos esse ente não exprime o seu que, como é o caso de mesa, casa, árvore, mas o ser (HEIDEGGER, p. 139-140)

Para entender o emprego heideggeriano do termo Dasein, é preciso acompanhar a dinâmica existencial de constituição de seus modos de ser que possui dois elementos imprescindíveis: a relação do Dasein com seu ser e o fato desta relação acontecer num movimento extático originário do Dasein. O ser do homem é pura dinâmica *ekstática*. Quando usamos a palavra existência pensamos que isso significa presença efetiva em algum lugar, porém, para Heidegger, existência (*ek-sistere*) significa mover-se para fora, ser para o mundo, ser-no-mundo. Segundo Feijoo (2011):

neste termo, o prefixo *ek* diz respeito à mobilidade estrutural que retém a incompletude fundamental e que já sempre projeta o ser-aí para além de algo assim como uma interioridade substancial, enquanto o radical *sistente* aponta para uma dinâmica de ser.

Segundo Heidegger (2012), o ser do ente é, em essência, um ser para fora. Em essência, nós somos intencionalidade. Em essência, nós somos *ekstáticos*. Não há interioridade, não há propriedade para o homem. O que nos caracteriza é uma nadaidade estrutural. Não temos raça, não temos sexualidade, não temos corpo, não temos alma, tampouco temos vontade, desejo ou instinto. Tudo que acontece conosco depende radicalmente da *ekstática*. O ser do homem não tem nenhuma natureza, nada para o ser é natural.

É na estrutura ontológica do poder-ser do Dasein que Heidegger (2012) expõe a singularidade máxima, qual seja:

O ente que temos a tarefa de examinar, nós o somos cada vez nós mesmos. O ser desse ente é cada vez meu. No ser desse ente, ele tem de se haver ele mesmo com seu ser. Como ente desse ser, cabe-lhe responder pelo seu próprio ser. O ser ele mesmo é o que cada vez está em jogo para esse ente (HEIDEGGER, 2012, p. 139).

O que aponta para o fato de que o Dasein é sempre a cada vez sua possibilidade, e que antes de realizar uma de suas possibilidades existenciais, o Dasein não é nada. O ser é sempre cada vez meu, logo, a essência não é anterior as possibilidades de ser no geral. Nós somos o que somos, por isso somos os nossos modos de ser. Esse ente que nós somos ele é radicalmente determinado por ser sempre cada vez meu.

A falta de determinação essencial prévia e o caráter de poder-ser do Dasein trará repercussões sobre o projeto da analítica existencial, pois, uma vez que o Dasein não tendo como ser determinado em seu próprio senão a partir da ideia de uma modulação específica de sua relação com o seu espaço existencial, sua análise precisará ser iniciada a partir do modo impessoal do existir, tal como ele se dá na cotidianidade mediana (FEIJOO, 2011).

Pelo existente não ter nenhuma natureza previamente constituída, Heidegger afirma a princípio que não se pode tematizar categoricamente, a partir de termos conceituais fixados teoricamente, o Dasein humano. Desta forma, a única análise possível é aquela onde o acontecimento da existência é compreendido em seus traços estruturais constitutivos. Surge, então, a ideia de certas estruturas *a priori* performativamente estabelecidas, que não concernem ao seu conteúdo nominal, mas que descrevem, ao contrário, como a existência já sempre a cada vez originariamente se dá, quando ela se dá (CASANOVA, 2017).

Em razão do ser do Dasein ser a existência, estas estruturas básicas são chamadas de existenciais. Heidegger (2004) começa sua analítica do Dasein considerando o existencial ser-no-mundo como o mais básico dentre os existenciais, como a constituição fundamental do Dasein. Uma vez que a realização da existência só se dá no mundo, a concretude do Dasein é definida inicialmente como ser-no-mundo. Sobre o ser-no-mundo, nos esclarece Heidegger (2012):

A expressão composta “ser-no-mundo”, já mostra em sua configuração, que com ela é visado um fenômeno unitário. Esse dado primário deve ser visto como um todo. Sua irredutibilidade a uma composição por partes que se juntam não exclui que sua constituição seja formada por uma multiplicidade de momentos estruturais constitutivos (HEIDEGGER, 2012, p. 169)

A uso do hífen na expressão “ser-no-mundo” tem o intuito de enfatizar o caráter uno deste fenômeno, ainda que a expressão seja composta, há nessa cunhagem um fenômeno dotado de unidade. Isto é, a expressão “ser-no-mundo” se refere a termos fundamentais que indicam o próprio modo de existir constitutivo do Dasein e, apesar de encontrarem-se ligados entre si, de forma indissociável, visto que, na experiência da vida concreta, não tem significados

dissociáveis, podemos e devemos distinguir os elementos constitutivos desta expressão, a começar pelos dois elementos centrais: mundo e caráter-do-em.

Para explicar a estrutura do ser-no-mundo, é preciso ter em vista o que Heidegger compreendo por “mundo” e em que sentido ele nos diz que o Dasein é “no” mundo. O sentido em que o Dasein é no mundo não é aquele de uma coisa espacialmente extensa que está contida em outra coisa espacialmente extensa, como se o mundo fosse um recipiente e o homem seu conteúdo. Heidegger (2012) nos diz em uma passagem central do parágrafo 12 de *Ser e Tempo*:

O ser-em significa (...) uma constituição-do-ser do *Dasein* e é um existenciário. Mas, com a expressão, não se pensa a subsistência de uma coisa corporal, o corpo próprio do ente humano “em” um ente subsistente. O ser-em não se refere a um espacial “ser-um-dentro-do-outro” de dois entes subsistentes, assim como o “em” não significa de modo algum, originariamente, uma relação espacial desse modo; em alemão, *in*, em, provém de *inman* = morar, *habitare*, demorar-se em; “na” significa estou acostumado, familiarizado com, cuidado de algo, tendo a significação de *colo*, no sentido de *habito*, e *diligo*. Esse ente ao qual pertence o ser-em entendido dessa maneira, nós já o caracterizamos como o ente que sou cada vez eu mesmo. Em alemão *bin* (sou) é conexo a *bei*, de sorte que *ich bin* (eu sou) significa, por sua vez, moro, detenho-me em... o mundo como o familiar deste ou daquele modo. Ser, como infinitivo de “eu su”, isto é, como existenciário, significa morar junto a... ser familiarizado com... *Ser-em é, por conseguinte, a expressão existenciária formal do ser do Dasein, o qual tem a constituição essencial do ser-em-o-mundo* (HEIDEGGER, p. 173)

É por uma via rigorosamente fenomenológica que Heidegger irá chegar naquilo que ele concebe como mundo, como ser-no-mundo. A dinâmica *ekstática* originária projeta imediatamente o Dasein para fora, excluindo a ideia de interioridade/exterioridade. Esse “fora” é um correlato estrutural do existir e a ele Heidegger (2012) dá o nome de mundo. Mundo é o horizonte de manifestabilidade dos entes, despontando como a morada do Dasein.

Segundo Casanova (2017), o Dasein é radicalmente ser para fora, logo, sempre se encontra junto ao que aparece no fora. O *Ser-em*, por conseguinte, traz consigo o estar junto aos entes que vem ao seu encontro no mundo, não sendo possível ser sem que os entes intramundanos estejam em questão, afinal, o Dasein não é um ente, dotado de poder-ser, que se encontra sozinho no mundo, mas que se vê diante de outros entes com o mesmo caráter de poder-ser que lhe é próprio.

Pela multiplicidade de Dasein no mundo, o modo de ser primeiro do Dasein, ser-no-mundo, há de ser acrescentado ontologicamente há um segundo elemento, sendo ele o modo de ser-com, de co-existência, de co-habitação. A ideia de que o Dasein é um ser-no-mundo está indissociável à ideia de que há outros seres que também estão no mundo sob a forma de ser do Dasein. Por fim, o mundo não é de posse privada do Dasein, mas um mundo compartilhado: ser-no-mundo é ser-com-outros-no-mundo.

Há duas possibilidades de ser do Dasein que são consequências das estruturas constitutivas de ser-no-mundo e de ser-com, são elas a cotidianidade mediana e a decadência do Dasein. Uma vez que mundo é correlato da existência, temos de pensar numa inter-relação incessante entre o Dasein e seu mundo a partir da constituição de campos existenciais no interior de uma tal familiaridade, que torna possível ao Dasein e determinar efetivamente como o ente que é (CASANOVA, 2015). É a partir de uma familiaridade com seu mundo, que o Dasein, enquanto ente jogado em um mundo fático, constrói sua dinâmica existencial.

Sabemos que para viver num mundo compartilhado com outros seres-aí é necessária uma certa acomodação a determinados regulamentos. Segundo Casanova (2015), esse mundo compartilhado oferece incessantemente orientações sedimentadas e compreensões medianas em virtude das quais o Dasein realiza as suas ações em geral, em outras palavras, em virtude das quais constrói compreensivamente o projeto existenciário que ele é.

Na existência cotidiana, o Dasein se dispersa e se perde, assumindo comportamentos sedimentados de um mundo fático e se distanciando do seu caráter mais próprio de poder-ser; a cotidianidade absorve o modo próprio de cada Dasein. A este modo de estar absorvido na existência cotidiana, Heidegger (2012) denominou de “ditadura do impessoal.” O impessoal deriva do modo de ser-com e do Dasein no cotidiano.

Ao se utilizar destas expressões para designar este modo de ser do Dasein, Heidegger não está fazendo nenhuma avaliação moralizante, como se o que estivesse em questão em Ser e tempo fosse apresentar o modo como o Dasein pode conquistar a si mesmo, pelo contrário, seria um completo equívoco pensar a impessoalidade como algo negativo. Para Heidegger (2012), o que está em jogo é uma descrição das dimensões constitutivas da fenomenalidade intrínseca ao Dasein.

O termo, que não expressa nenhuma avaliação negativa, deve significar: o Dasein, de pronto e no mais das vezes, é junto ao “mundo” da ocupação. Esse absorver-se junto a... tem usualmente o caráter do estar-perdido na publicidade de a-gente (HEIDEGGER, 2012, p. 493)

Exatamente por não ter essência prévia, isto é, ser fundamento de uma nulidade e, nada além disto, o Dasein precisa de início da base de sustentação de seu mundo fático sedimentado, para que ele possa receber do mundo as orientações necessárias para a realização do seu poder-ser. O Dasein não tem como ser determinado em seu próprio senão a partir da ideia de uma modulação específica de sua relação com o seu espaço existencial, ou seja, a constituição do

Dasein no seu carácter de indeterminação se dá sempre no jogo de ser-si-próprio e ser do impessoal (FEIJOO, 2010).

É somente por estas razões explicitadas anteriormente – e jamais por um julgamento valorativo dos modos de ser do Dasein – que na primeira parte de *Ser e tempo*, Heidegger se ocupa de descrever o Dasein em sua cotidianidade. Desta maneira, segundo Feijoo & Silva (2011), Heidegger não pode partir do próprio para realizar sua analítica, pois, desta forma, iniciaria com pressuposições sobre um modo de ser dado aprioristicamente, desta forma, inicia sua análise a partir do modo impessoal de existir tal como esse se dá na cotidianidade mediana.

A medida em que está posta a modulação específica da relação do Dasein com seu espaço existencial, Heidegger (2012) deixa claro a diferença do ente que possui um Dasein dos demais entes no mundo: enquanto o Dasein é dotado de um carácter de abertura, os outros entes encontram-se fenomenologicamente “fechados”. É neste momento vem à tona o aspecto do cuidado, que ocupará um lugar central e determinado na análise das estruturas do Dasein.

Heidegger (2012) pensa o cuidado antes como determinação ontológica do existir, se apresentando em todos os nossos modos de relação com o que quer que seja: “a preocupação, como totalidade-estrutural-originária, reside existencialmente a priori “antes”, isto é, já sempre em cada “comportamento” factual e “situação” do Dasein (p. 541)”. Sendo assim, o cuidado não designa primária e exclusivamente um comportamento isolado do eu em relação a si mesmo. Ele não se refere a um determinado modo de relação, e sim, à condição de ser aberto às possibilidades de relação nas suas diferentes modalidades. O Dasein é os seus modos de ser, e, assim, sendo, sempre cuida de si.

Segundo Gerner (2007) o Dasein cuida de si, na medida em que é. Na medida em que é, o Dasein existe na impessoalidade e existe na pessoalidade. O Dasein ou bem escolheu por si mesmo essas possibilidades, ou caiu nelas, ou bem já emergiu nelas. O impessoal é marcado pela perda de si, pela desoneração do peso estrutural do existir. No impessoal, a existência do Dasein e realiza sem qualquer conexão explícita com o carácter de poder ser que lhe é próprio e em total absorção pelo mundo.

Essa dissonância em relação ao modo de ser mais singular do Dasein precisa ser entendida em uma chave fenomenológica e não moral. O que Heidegger (2012) está propondo é que o carácter intrínseco do Dasein ao impessoal não é uma espécie de estigmatização do cotidiano, não significa algo como ser “menor”. Os dois modos de ser da pessoalidade e da impessoalidade estão fundamentadas no fato do Dasein ser determinado em geral pelo carácter de ser sempre meu. Nas palavras de Heidegger:

E, porque o *Dasein* é, cada vez, essencialmente sua possibilidade, esse ente em seu ser pode se “escolher”, pode ganhar a si mesmo ou pode se perder, isto é, nunca se ganhando ou só se ganhando “em aparência”. Ele só pode se perder e só pode ter se conquistado na medida em que é segundo a sua essência um próprio possível, ou seja, na medida em que tem de apropriar de si (HEIDEGGER, 2012, p. 141)

Mas afinal, o que seria este modo de ser mais singular do *Dasein* Para que o *Dasein* esteja em condições de romper com as prescrições de seu mundo fático sedimentado e despertar para o espaço de realização do *Dasein* no seu caráter de poder-ser, ele precisa se deparar com uma experiência compatível com a unicidade de sua dinâmica existencial: essa possibilidade possível de uma experiência maximamente própria e indeterminada, aponta, por sua vez, para a finitude do *Dasein*. É o anúncio da finitude é um dos modos possíveis de estruturação da existência singular, pois a morte funciona como um termo essencial no processo de singularização do *Dasein* (FEIJOO, 2011).

O *Dasein* não tem um fim aonde chega e simplesmente cessa, mas existe finitamente pois desde o princípio o *Dasein* está predeterminado pelo seu fim. A morte assume o papel de ser, em última instância, a possibilidade da impossibilidade absoluta do *Dasein*. A morte não chega até o *Dasein* como se fosse um ente dotado de caráter de utensílio, mas se articula constitutivamente com ele por meio de seu caráter originário mais próprio, em outras palavras, ser um poder-ser, ser um ser-no-mundo não significa outra coisa senão ser uma dinâmica existencial finita que encontra na finitude a sua determinação fundamental (FEIJOO & SILVA, 2018).

Diante dessa existência finita, Heidegger (2012) descreve que o *Dasein* pode assumir duas posturas diferentes entre si: o fugir e o assumir a morte como tal. Na decadência, o *Dasein* foge de seu poder-ser mais próprio, encobrindo para si mesmo o seu ser-para-a-morte. Para não ouvir o anúncio de sua própria finitude, o *Dasein* preenche o seu existir com ocupações de todo o tipo, tratando de preencher o seu tempo.

Assumir a morte como tal implica na singularidade do *Dasein*, pois, é no horizonte de finitude do *Dasein* que se abre a possibilidade de conquistar o seu modo de ser mais singular. Reconhecer-se neste modo de ser implica compreender propriamente sua possibilidade certa (GORNER, 2007). Para Heidegger (2012), a morte é algo que cada um de nós precisa assumir por si mesmo, é próprio do *Dasein* ser-para-o-fim, a morte vem à tona como a possibilidade de ser que me é mais própria. Na medida em que a morte “é”, ela é essencialmente e em cada caso minha.

É, pois, na disposição da angústia que o estar-lançado na morte se desentranha para o Dasein de modo mais originário com o poder-ser mais próprio. É a angústia, que acaba por expressar a possibilidade mais própria do Dasein: a possibilidade de ser-para-a-morte. A angústia é um voltar-se para aquilo que se foge na decadência, pois para desvelar as possibilidades mais próprias do Dasein, é necessário um desprendimento dos chamados da impessoalidade, da decadência do mundo. Esse voltar-se para, que é essencial ao que Heidegger compreende por singularização, também envolve a assunção de certo modo de ser diante da morte. A angústia é a essência do ser-para-a-morte (FEIJOO, 2011; GORNER, 2007).

O ser-para-a-morte é a antecipação do *poder-ser* do ente, cujo modo de ser é a própria antecipação. No desencobrimto antecipador desse *poder-ser*, o *ser-aí* se descerra para ele mesmo com vistas à sua possibilidade mais extrema. Projetar-se para o seu *poder-ser* mais próprio, contudo, significa: poder compreender a si mesmo no ser do ente assim desencoberto: existir. A antecipação revela-se como possibilidade da compreensão do *poder-ser* mais próprio extremo, ou seja, como possibilidade de uma existência própria.

Para Heidegger (2012) a angústia não enxerga um objeto que considera ameaçador, para a angústia a ameaça não está em parte alguma e ao mesmo tempo ela já está sempre aí. A ameaça é ela mesma indeterminada, pois, a angústia não sabe o que é aquilo diante do que ela se angústia, ou como o próprio filósofo diz: “*o diante-de-quê da angústia é o mundo como tal*”. A angústia é a manifestação do nada que incessantemente acompanha o Dasein, uma vez que ele nunca possui nenhuma concretude para além da dinâmica existencial que ele é.

No momento em que a angústia vem à tona, portanto, o Dasein se rearticula diretamente com o seu poder-ser e experimenta ao mesmo tempo a si mesmo a partir do poder-ser que é. Como postula Heidegger (2012),

a angústia manifesta no *Dasein* o ser para o *poder-ser* mais próprio, isto é, o ser livre para a liberdade do-a-si-mesmo se escolher e se-possuir. A angústia põe o *Dasein* diante do seu ser livre para... (propensio in...), a propriedade do seu ser como possibilidade que ele sempre já é (HEIDEGGER, 2012, p. 527)

A angústia impede o prosseguimento da simples fuga de si mesmo e da imersão no mundo das ocupações cotidianas em que o Dasein se encontra, rompendo com a tendência produzida pela decadência e esvaziando todos os sentidos sedimentados e cotidianos e, por fim, o mundo perde significância. A partir desse confronto surge a possibilidade de assunção de si mesmo como cuidado.

O Dasein se vê imerso em uma situação na qual descobre a possibilidade de conquistar a possibilidade que ele é a partir de seu poder-ser mais próprio e, ao mesmo tempo, superar o domínio do discurso fático cotidiano. Essa possibilidade confunde-se com a assunção de um modo específico de cuidado: o cuidado marcado não pela desoneração de sua responsabilidade ante o poder-ser mas antes pela assunção plena de uma tal responsabilidade (CASANOVA, 2017).

O projeto de um sentido de ser em geral só pode se realizar no horizonte do tempo, desta maneira, para Heidegger, o ser-para-a-morte é o poder-ser mais próprio do Dasein porque só ele traz à tona plenamente a temporalidade originária do cuidado. O cuidado conectado com a morte, enquanto destino deste ente, leva o ser todo do ente a se assumir em sua totalidade, reconhecendo-se como o ser-para-o-fim.

Heidegger (2012) descreve:

A morte é a possibilidade *mais-própria* do Dasein. O ser para a morte abre para o Dasein seu *poder-ser mais-próprio*, no qual o ser do Dasein está pura e simplesmente em jogo. Nisso pode se tornar manifesto para o Dasein que, na assinalada possibilidade de si mesmo, ele é subtraído a-gente, isto é, no adiantar-se, ele pode se subtrair cada vez a-gente. Mas só o entendimento desse “poder” desvenda a perda factual na cotidianidade de a-gente ela mesma (HEIDEGGER, 2012, p.723).

A totalidade do Dasein sempre aponta o seu ser-para-a-morte. O Dasein só se totaliza com a morte, na sua existência, o Dasein sempre se constitui como inacabado. Por fim, a convocação do ser-para-a-morte consiste na abertura do horizonte de realização do existir, onde o Dasein pode conquistar seu modo de ser mais singular, e que aponta para a finitude de absolutamente todas as possibilidades de ser do Dasein. A morte se avizinha continuamente ao Dasein; ela é sua companheira mais próxima e irrevogável; é a única possibilidade da qual não se pode escapar. O Dasein é, pois, ser-para-a-morte (FEIJOO, 2011).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A pesquisa buscou compreender o fenômeno da espiritualidade de pacientes oncológicos e familiares vivenciando os cuidados paliativos, sendo que concebemos como espiritualidade, a vivência que pode estar atrelada a religiosidade ou não, ou seja, poderão estar presentes ou não: a fé, a crença na existência de Deus, etc. De natureza qualitativa, tendo em vista a busca dessa compreensão, e a partir dos discursos dos participantes, a análise propriamente dita se desenvolveu a partir da ontologia hermenêutica de Martin Heidegger.

Quanto à natureza, a pesquisa qualitativa permitiu profundo desvelo no discurso dos entrevistados, compreendendo essências as quais nenhum outro método permitiria, tendo em vista seu caráter exploratório e descritivo. As falas e os sentidos atribuídos pelos entrevistados estão muito além de métodos cartesianos e positivistas que fragmentam suas amostras em uma dimensão bionicista, excluindo o ser humano em sua totalidade. Nessa perspectiva, consideramos então não haver neutralidade por parte do investigador-observador, pois ele é ser-no-mundo que, na interação com o ambiente, está sempre a atribuir significados bem como o objeto investigado-observado por ele. Sendo assim, sob essa perspectiva qualitativa não há conclusões. Há, contudo, uma construção de resultados advindos da compreensão – que nunca é definitiva – dos significados atribuídos às dinâmicas das relações sociais construídas.

No processo de descoberta do que é essencial no fenômeno, quais os sentidos e significados atribuídos a ele, o método de pesquisa escolhido foi o fenomenológico, que se apresenta de forma consistente enquanto ferramenta de investigação das experiências vividas presentes na existência dos seres humanos. Pela sua busca por fenômenos do cotidiano, a metodologia fenomenológica é compreendida como um modo mais adequado de investigar o mundo vivido, o que a caracteriza como uma perspectiva próxima às questões humanas, uma vez que, considerando o caráter mutável e relativo da verdade, busca compreender diversos olhares (GIORGI & SOUZA, 2010).

A metodologia fenomenológica possui um conjunto de procedimentos que possibilitam a exploração da consciência imediata e da experiência subjetiva do sujeito. O método fenomenológico é uma ferramenta que nos últimos 20 anos ganhou expressivo renome entre estudos e pesquisas empíricas em psicologia, em especial, sob o prisma de depurar críticas, enrijecimento de métodos, ou modelo cartesiano de compreender fenômenos humanos (CASTRO & GOMES, 2011).

3.1 Percurso metodológico da pesquisadora

Após aprovação junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, autorizando o início da pesquisa de campo, realizei um primeiro contato com a Fundação Centro de Controle de Oncologia no Estado do Amazonas (FCECON), instituição escolhida por ser referência no tratamento do câncer no Estado do Amazonas.

Neste primeiro momento, estabeleci contato inicial com o local e com o pesquisador supervisor do Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos do FCECON, para compreender formas de funcionamento da Instituição, referentes a abordagem dos participantes, local de entrevista, cadastramento no Departamento de Ensino e Pesquisa e permissões de acesso às dependências do hospital. Após, foi solicitado a autorização institucional para realização da pesquisa através da Carta de Anuência da instituição em questão.

Quanto a coleta de dados propriamente dita, a escolha dos participantes da pesquisa deu-se por meio da indicação do psicólogo – também pesquisador responsável da instituição que colaborou com essa pesquisa – e da capelã, que realizam o acompanhamento psicológico e espiritual de todos os participantes, sejam pacientes ou seus familiares. Todas as entrevistas ocorreram na casa dos entrevistados, entre os meses de agosto à dezembro de 2020, versando entre visitas que fiz individualmente e outras em que acompanhei a equipe de atendimento psicológico e espiritual em suas visitas domiciliares de rotina. Foram entrevistados três pacientes oncológicos em cuidados paliativos, sendo um homem e duas mulheres, entre os 19 e 60 anos, e três familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, entre os 50 e 60 anos.

Uma ressalva deve ser feita chamando atenção para o fato de que no projeto inicial a proposta era que fossem entrevistados 10 pacientes oncológicos em cuidados paliativos, todavia, devido as circunstâncias atípicas da pandemia do covid-19 que, no Amazonas, iniciou em março de 2020 se estendendo até o momento atual (janeiro de 2021) e sem previsão de término, muitos dos candidatos que poderiam participar da pesquisa recusavam a visita da pesquisadora por serem do grupo de risco e estarem em isolamento social. Ademais, outras dificuldades também foram encontradas, como o fato de que boa parte dos pacientes em cuidados paliativos não apresentavam condições físicas para participar da entrevista, ou não apresentavam condições psicológicas, uma vez que não tinham total conhecimento de seu diagnóstico e do tratamento em cuidados paliativos (este fenômeno da “conspiração do silêncio” é comum entre pacientes oncológicos e familiares). Por fim, tantos outros possíveis

participantes que se encontravam internados, vinham a óbito antes da data marcada para as entrevistas.

Por estas razões citadas anteriormente, convoquei uma reunião junto ao orientador desta pesquisa e ao pesquisador responsável do FCECON, onde foi decidido conjuntamente que, visando a obtenção de dados suficientes para investigação do fenômeno pesquisado, os familiares dos entrevistados também participariam da pesquisa. Essa decisão foi fundamentada no fato de que o fenômeno da espiritualidade, como os estudos (FERREIRA *ET AL*, 2019; ESPÍNDOLA *et al.* 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017; AREIA, MAJOR & RELVAS; 2017), citados nesta pesquisa demonstraram, também se apresentam enquanto vivência legítima dos familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, uma vez que a assistência em cuidados paliativos também inclui na sua abordagem o atendimento aos familiares destes pacientes.

Essa foi a solução encontrada para que obtivéssemos uma quantidade de entrevistas necessárias que nos deu a percepção de que os dados coletados foram suficientes para o desvelamento do fenômeno pesquisado.

Desta maneira, para abarcar este novo público de participantes da pesquisa, foi elaborado um segundo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma segunda entrevista, ambos específicos para os familiares. Todos os entrevistados receberam codinomes de personagens bíblicos, escolhidas por eles mesmos, a fim de preservá-los conforme sigilo descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O TCLE foi lido conjuntamente com cada um deles, buscando a aquiescência para a realização da pesquisa. Foi apresentado aos participantes do estudo o objetivo do trabalho e a importância de sua participação, procurando manter um clima de respeito mútuo e total esclarecimento acerca do projeto a qual fizeram parte.

Foi utilizada a Entrevista Fenomenológica, realizada a partir de questão inicial que apresentou desdobramentos, permitindo ao pesquisador colocar-se na condição de psicólogo, pesquisador e ouvinte, intervindo quando necessário com o objetivo de explicar, informar ou facilitar as expressões oriundas dos participantes da pesquisa, o que de fato ocorreu.

Conforme apontam Pereira & Castro (2019) o objetivo da entrevista de natureza qualitativa é o de obter descrições do mundo experiencial, do mundo da vida do entrevistando e suas explicitações de significados sobre o fenômeno descrito. Assim, objetiva-se com entrevista de pesquisa e/ou investigação fenomenológica, a descrição tão completa quanto possível da experiência vivida dos participantes sobre determinado fenômeno em estudo.

A entrevista com os pacientes oncológicos e seus familiares, partiu da seguinte questão norteadora: “Gostaria que o Sr. (a). descrevesse para mim como tem sido sua vida a partir do momento que está em tratamento em cuidados paliativos?”. A partir desta questão inicial, outros desdobramentos surgiram, na qual foram então perguntadas: a) “Como ficou sua vida após receber o diagnóstico de câncer?” b) “Você é religioso, você tem alguma crença?”; c) Como sua espiritualidade tem ajudado você nesse momento? d) “Como suas crenças espirituais têm sido recebidas pela equipe de saúde?”; e) “O que tem fortalecido você nessa fase do tratamento?”

A entrevista com os familiares dos pacientes seguiu a mesma estrutura de perguntas, mas com as modificações necessárias. A questão norteadora era: “Gostaria que o Sr. (a). descrevesse para mim como tem sido sua vida a partir do momento que seu familiar iniciou o tratamento em cuidados paliativos?”, com os seguintes desdobramentos: a) “Como ficou sua vida após o recebimento do diagnóstico de câncer do seu familiar?”; b) “Você é religioso, você tem alguma crença?”; c) Como sua espiritualidade tem ajudado você nesse momento?; d) “Como suas crenças espirituais tem sido recebidas pela equipe de saúde?”; e) “O que tem fortalecido vocês nessa fase do tratamento em que seu familiar se encontra?”

Tais perguntas serviram como roteiro de entrevista seguindo orientações e sugestão do Comitê de Ética da Instituição. As entrevistas com os pacientes oncológicos não adotaram um tempo estipulado pois foi considerado a condição física e emocional dos participantes, desta maneira, permiti que eles falassem pelo tempo que se sentissem confortáveis. As entrevistas com os familiares adotaram o tempo estipulado de 35-50 minutos, com o tempo variando de um entrevistado para outro, conforme seguiu de forma natural a condução da entrevista e as falas dos entrevistados.

Para o tratamento dos dados, a metodologia fenomenológica psicológica possui um conjunto de procedimentos que possibilitam a exploração da consciência imediata e da experiência subjetiva do sujeito. No quadro a seguir, encontramos subdividido em quatro etapas, de acordo com o que preconiza Giorgi (2010), sendo sua apresentação conforme elaboração de Pereira & Castro (2019).

Quadro 1 – Passos do método fenomenológico-psicológico de Giorgi.

<p>1° Passo: Estabelecer o sentido do todo</p>	<p>Após a transcrição, o primeiro, e único, objetivo é apreender o sentido geral do protocolo. Nesta fase, o investigador pretende apenas ler calmamente a transcrição completa da entrevista, onde o investigador coloca-se na atitude de redução fenomenológica. Não pretende focar-se em partes fundamentais, não coloca hipóteses interpretativas, apenas, ter uma compreensão geral das descrições realizadas pelo sujeito. Aqui, o objetivo principal é obter um sentido da experiência na sua globalidade</p>
<p>2° Passo: Determinação das Partes: Divisão das Unidades de Significado</p>	<p>O investigador retoma a leitura do protocolo, com um segundo objetivo: dividi-lo em partes mais pequenas. A divisão tem um intuito eminentemente prático. A divisão em partes, denominadas Unidades de Significado, permite uma análise mais aprofundada. Como o objetivo é realizar uma análise psicológica e como a finalidade última da análise é explicitar significados, usa-se esse tipo de análise como critério de transição de sentido para a constituição das partes (unidades de significado)</p>
<p>3° Passo: Transformação da Unidades de Significado em Expressões de Caráter Psicológico</p>	<p>A linguagem cotidiana da atitude natural dos participantes sofre transformação. A partir da aplicabilidade da redução fenomenológica-psicológica e da análise eidética, a linguagem de senso comum é transformada em expressões que tem como intuito clarificar e explicitar o significado psicológico das descrições dadas pelos participantes. O objetivo do método é selecionar e articular o sentido psicológico da vivência dos participantes em relação ao objeto de investigação. Mantendo a linguagem descritiva, o investigador deverá ser capaz de expressar e trazer à luz significados psicológicos, que estão implícitos nas descrições originais dos sujeitos. É também nesse momento que a inter-relação entre as partes e o todo sobressai como instrumento metodológico</p>
<p>4° Passo: Determinação da</p>	<p>O pesquisador, fazendo uso da variação livre imaginativa, transforma as unidades de significado em uma estrutura descritiva geral. A descrição dos sentidos mais invariantes, denominados constituintes essenciais da experiência, contidos nas unidades de significado, assim</p>

Estrutura Geral de Significados Psicológicos	como das relações que existem entre estes últimos, resulta na elaboração de uma estrutura geral. O importante é que a estrutura resultante expresse a rede essencial das relações entre as partes, de modo a que o significado psicológico total possa sobressair-se. O passo final do método envolve uma síntese das unidades de significados psicológico.
--	---

Fonte: PEREIRA, D.G. & CASTRO, E.H.B. Psicologia Fenomenológica: o método de pesquisa In: CASTRO, E.H.B. **Práticas de Pesquisa em Psicologia Fenomenológica** – 1ª ed. – Curitiba: Appris, 2019.

Por fim, quanto às considerações éticas, o projeto seguiu as determinações contidas na Resolução CNS 466/12 e 510/16 do CNS, sob o nº CAAE 29521220.9.0000.5020 e provado em 15/04/2020. A pesquisadora elaborou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicitando o objetivo da pesquisa, obtendo a assinatura dos participantes, assim como também a autorização para a realização da gravação da entrevista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui estão apresentadas as categorias de análise conforme discursos dos pacientes e familiares entrevistados. Foram distribuídas em cinco conjuntos distintos. São elas:

1. E de repente, tudo mudou: o início da trajetória, os primeiros sintomas à descoberta do diagnóstico

O adoecimento pelo câncer se dá num longo percurso. Essa trajetória inicia com os primeiros sintomas que, muitas vezes são tomados como algo que não necessita de maior preocupação e, outras vezes, se revelam na vivência de dor profunda e desconhecida. Após a persistência dos primeiros sintomas, pacientes e familiares iniciam sua trajetória em busca do diagnóstico correto da doença, que pode ser descoberto rapidamente, ou demorar anos. Essa espera pelo diagnóstico é causadora de angústia em todos, e só termina com a nomeação da doença. Quando o diagnóstico é finalmente comunicado, o impacto é inquestionavelmente avassalador e impactante. As falas aqui expostas traduzem esta trajetória e a maneira como cada um vivenciou esse momento.

1.1 Primeiros Sintomas: inicia a jornada!

O percurso narrado pelos participantes remete ao início de todo o processo. Percebemos que a história sobre o início do tratamento de todos tem como ponto de partida os primeiros sintomas. Esses sintomas inicialmente são entendidos como resultados de doenças cotidianas, como uma infecção urinária ou uma dor de cabeça. Para alguns, a persistência dos sintomas é sinal de que um médico deve ser procurado, para outros é a dor intensa e insuportável que os encaminha ao sistema de saúde. Neste momento, como diz Ester: “*tudo mudou*”.

A minha vida tava normal, eu tava fazendo faculdade. Eu já sentia bastante dor de cabeça, eu tinha que tomar muito dorflex. Aí um dia eu fui no 28 pro oftalmo, não tinha nada a ver, né? [...] Tava tudo normal na minha vida, aí eu piorei e tudo mudou.
(Ester)

Eu só sei que nesse negócio todo, eu adoeci, eu comecei a sangrar, sangrar, sangrar, sangrar..., mas eu ia trabalhar assim mesmo, e ele me procurava assim mesmo, eu dizia que não podia, que doía, mas ele dizia “eu quero, se tu não tá dando pra mim tu tá dando pra outro” e eu cedia, fiz muitas e muitas vezes mesmo estando doente.
(Raquel)

Eu não sentia sintomas nenhum, trabalhava normalmente. Aí, um dia eu cheguei em casa, tomei banho e fui urinar. A minha urina travou, não saía nada, saiu sangue, eu fiquei muito assustado, com medo. Aí liguei pra minha irmã que trabalha na área de

saúde, aí ela disse “mano, deve ser uma infecção, toma bastante liquido.” Aí eu disse: “mas eu tomo bastante liquido”, e tomei mais água, chegou uma certa hora da noite que minha bexiga encheu demais e não conseguia sair, e as dores foram aumentando, uma dor insuportável, e eu não sabia o que era. Eu já tinha visto pessoas com infecção e não parecia isso que tava acontecendo comigo (**Davi**)

Percebemos que nas falas dos participantes há um estranhamento inicial com relação aos sintomas. Contudo, a maneira de cada um se relacionar com esse momento é absolutamente singular. Para Ester, os primeiros sintomas foram entendidos como sinais de uma dor de cabeça conhecida e, num exame de rotina, ela descobre que seu quadro era mais grave do que esperava: *“eu já sentia bastante dor de cabeça, eu tinha que tomar muito dorflex. Aí um dia eu fui no 28 pro oftalmo, não tinha nada a ver, né? [...] Tava tudo normal na minha vida, aí eu piorei e tudo mudou.”*

Já Raquel, ao notar os primeiros sintomas de um sangramento vaginal, decide não ir ao médico, ignorando os sintomas e seguindo normalmente sua rotina. Naquele momento, ela vivenciava uma relação conturbada onde, por ser forçada a ter relações sexuais, acabou tendo seu quadro agravado: *“eu ia trabalhar assim mesmo, e ele me procurava assim mesmo, eu dizia que não podia, que doía, [...] e eu cedia, fiz muitas e muitas vezes mesmo estando doente”*.

Para Davi, tudo acontece muito rápido. Ele não apresentava sintomas nenhum, até que numa noite se depara com a impossibilidade de urinar por conta da dor. Para ele, a experiência de enfrentar sintomas jamais vividos antes causa susto e muito medo diante da situação inesperada: *“eu não sabia o que era. Eu já tinha visto pessoas com infecção e não parecia isso que tava acontecendo comigo”*.

1.2 Demora pra descobrir o diagnóstico

A busca pelo diagnóstico diferencial do câncer pode demorar anos e durante essa espera, há um prolongamento do sofrimento diante do desconhecido, da ansiedade pelo diagnóstico, bem como das dores e sintomas que não passam. A demora pelo diagnóstico da doença pode custar o agravamento dos sintomas e a piora do quadro, bem como uma série de frustrações com o recebimento de diagnósticos e tratamentos incorretos. Esse momento é vivenciado por cada um dos participantes de maneira muito dolorosa, pois por conta das falhas dos serviços de saúde, há um prolongamento desnecessário do sofrimento.

Eu tinha dores de cabeça, e me passavam medicação aí me pediram o parecer do neuro, foi quando eu fui fazer tomografia. Aí deu que eu tinha um tumor e hidrocefalia. Eu tive que fazer cirurgia de emergência, e foi quando eles marcaram para eu vir no FCECON,

e aqui me falaram que eu precisava de uma biopsia. Aí eu tive que correr atrás, e isso tudo demorou, se não era pra eu estar bem melhor, se tivesse começado a radio antes. Eu comecei a piorar e só aí me mandaram fazer a radio. **(Ester)**

Eu fui no médico, só que o médico, ele não soube muito, porque ele disse que era menopausa, mas não era. Aí ele passou remédio pra suspender a menstruação, aí eu fiquei 15 dias sem menstruar, e nesse dia eu fui fazer o preventivo. Foi quando me encaminharam pro FCECON **(Raquel)**

Eu acho que tem dois anos atrás...essa dor, né? [...] E a minha irmã ia no médico levar ela e nada de descobrir e dor por cima de dor, dor nas pernas e ela trabalhando, ela ainda trabalhava no colégio. Aí dor nas pernas, aí dava aquele remedinho de coisa pra ela que é pros ossos, né? Aí foi tomando e nada, né? Aí foi quando foi de novo pro médico aí já tava hérnia de disco, e não era, tudo isso foi indo até descobrir o que era. Toda a família sofreu né **(Sara)**

Para Ester, a demora pelo diagnóstico culmina no agravamento do seu quadro clínico, uma vez que sem o tratamento adequado, a doença evolui mais rapidamente: *“isso tudo demorou, se não era pra eu estar bem melhor, se tivesse começado a radio antes. Eu comecei a piorar e só aí me mandaram fazer a radio”*.

Para Raquel e Sara, a demora para descobrir o diagnóstico e o recebimento de tratamentos inadequados gera ansiedade, frustração e sofrimento: *“eu fui no médico, só que o médico, ele não soube muito, porque ele disse que era menopausa, mas não era”*. Aqui, pacientes e familiares sofrem com esse momento: *“E a minha irmã ia no médico levar ela e nada de descobrir e dor por cima de dor [...] toda a família sofreu né.”*

1.3 Nomeando a doença

Receber o diagnóstico do câncer é nomear a doença, nomear os sintomas, nomear a experiência até então vivida com desconhecimento e estranhamento. Contudo, não há alívio em saber que se trata de um câncer, pelo contrário, o recebimento deste diagnóstico é sentido com grande impacto para cada um. Pacientes e familiares relatam o choque ante o inesperado, o abalo frente a gravidade de seu estado: *“me desestruturou todo.”*

Ester conta o momento do recebimento do diagnóstico, a nomeação da doença que resultou nas limitações que enfrenta atualmente: *“eu soube que era grave, que é um tumor de grau IV, e maligno. Foi impactante. Nunca tinha me sentido assim.”*

Davi recebe o diagnóstico de câncer e junto a ele a notícia do médico a respeito da gravidade de seu quadro, apresentando poucas possibilidades de cura. Essa notícia é tomada através de um profundo abalo: *“quando o médico falou que eu tinha muita pouca possibilidade de sobreviver aquilo ali foi uma pedrada na minha vida.”*

Raquel não recebe o diagnóstico diretamente pelos médicos, essa decisão em contar o diagnóstico primeiro para a filha para que ela decida contar para a mãe gera confusão. Apesar de relatar o susto ao saber sobre o câncer, ela também relata resiliência: *“aí foi um susto. Aí eu já tava com problema, com o câncer. Eu me senti muito mal, mas também não me entreguei”*.

Para Sara, que recebe o diagnóstico de sua mãe, os afetos não são diferentes, ela nos conta da sua dificuldade em ouvir sobre o assunto, uma vez que é atravessada pelo desespero e pelo medo da perda da mãe: *“depois de tantos anos pra descobrir o que era, depois de tudo que aconteceu a gente ficou desesperada porque já acha que vai morrer, né? Porque eles já falam que é avançado”*.

Foi chocante receber o diagnóstico, nunca imaginei estar aqui, sem andar, sem me mexer. É complicado [...] eu soube que era grave, que é um tumor de grau IV, e maligno. Foi impactante. Nunca tinha me sentido assim. **(Ester)**

Por incrível que pareça, quando ele me falou a minha situação, que eu tava com os dois rins danificados e ele queria saber o que era, eu fui encaminhado pro FCECON, bati outra tomografia lá e o médico descobriu e falou pra mim que eu tava com câncer nos meus dois rins. Isso me abalou demais, foi uma dor muito grande na minha vida porque me desestruturou todo. Quando o médico falou que eu tinha muita pouca possibilidade de sobreviver aquilo ali foi uma pedrada na minha vida. **(Davi)**

A médica conversou com a minha filha no particular, aí eu fiquei aérea, sem saber o que tava acontecendo, aí minha filha saiu de lá de dentro, eu perguntei “o que tá acontecendo?”, aí ela disse “a doutora disse assim, eu vou encaminhar sua mãe pro FCECON.” Aí quando eu fui pro FCECON, aí foi um susto. Aí eu já tava com problema, com o câncer. Eu me senti muito mal, mas também não me entreguei. **(Raquel)**

Depois de tantos anos pra descobrir o que era, depois de tudo que aconteceu a gente ficou desesperada porque já acha que vai morrer, né? Porque eles já falam que é avançado essas coisas dela aí...porque as vezes eles estão falando sobre e eu não gosto nem de estar perto assim porque ouvir que a gente tem que aceitar, né? **(Sara)**

Diante de todos esses acontecimentos, pacientes e familiares passam a ter uma outra relação com a vida. Vida esta que agora se apresenta para eles sob uma nova perspectiva, sendo marcada pelo “mundo da doença” em que cada um foi lançado sem que nada pudessem fazer. Não é possível escapar do peso da existência, da dura e inevitável realidade de que as coisas inexoravelmente acontecem, e que é preciso lidar com elas.

O ser do Dasein é radicalmente constituído por uma negatividade. Ser um ente marcado por um nada de determinações tem repercussões na realização de seu ser. Assim, se antes da sua realização o Dasein não é nada, ele precisa vir a ser para ser. É isto que Heidegger está propondo quando diz: “a “essência” desse ente reside em seu ter-de-ser (p. 139)”. Desprovido de qualquer determinação previamente dada e constituída, é só por meio de seus modos de ser

cada vez possíveis que o Dasein pode se determinar. Aqui, se abre a questão: como o Dasein pode escapar da sua indeterminação ontológica originária e assumir esses modos de ser?

Para que o Dasein possa ser de um modo ou de outro, ele precisa minimamente de orientação, orientação esta que ele não encontra em si, uma vez que é o fundamento nulo de uma nulidade. Todavia, à medida que existe, o Dasein se vê abruptamente jogado em um campo existencial que oferece as possibilidades propriamente com as quais o seu ser pode se realizar. Esse campo existencial marcado por horizonte histórico de possibilidades muito específicas se chama mundo. Existir significa cair nesse mundo, se ver abruptamente lançado e aberto num horizonte histórico previamente estabelecido a partir de um conjunto de possibilidades, deixando-se absorver neste espaço correlato do existir.

O Dasein é desde sempre radicalmente jogado nas possibilidades previamente estabelecidas pelo mundo que é o seu. Todas essas orientações que determinam os comportamentos do Dasein, apontam para possibilidades de seu mundo. A absorção no campo existencial não significa um grau inferior, pelo contrário, esta absorção pode determinar o Dasein segundo sua mais completa concreção da existência propriamente dita pois, quando somos, colocamos em jogo o nosso ser, ou, nas palavras de Heidegger (2012): “o ser que, para esse ente, está em jogo em seu ser é, cada vez, o meu (p. 141)”. É por meio dessas possibilidades que o Dasein consegue escapar do nada ao qual ele estaria radicalmente condenado e conquistar a única familiaridade que ele tem e pode ter.

Nessa ligação cooriginária com o espaço existencial descrita por Heidegger durante toda a primeira parte de *Ser e Tempo*, que é possível compreender o Dasein em sua dinâmica existencial enquanto arrancado de sua indeterminação ontológica e inexoravelmente absorvido no mundo a partir da conquista da familiaridade.

O processo do adoecimento é marcado por essa facticidade onde o Dasein está jogado no mundo sem que possa controlar as possibilidades que se abrem para ele. Quando os entrevistados e seus familiares descobrem os primeiros sintomas ou a doença, a realidade acontece para eles de tão forma que as coisas se mostram como elas realmente são. A realidade não escolhe aquilo que acontece, a realidade simplesmente acontece. Há aqui uma quebra na familiaridade com o mundo através da manifestação dos primeiros sintomas, do percurso em busca de um diagnóstico, e da descoberta da doença que irrompeu na vida dessas pessoas. Esse momento é vivenciado com extremo estranhamento, sofrimento, susto e choque. O mundo dessas pessoas sofre uma ruptura violenta.

Quando se adoece, reflexões sobre a temporalidade, questões do passado e do futuro entram em jogo tais como foram vistos na fala. É percebido aqui a noção de temporalidade, que segundo Heidegger (2012) é a chave da compreensão do ser. O Dasein é consciente do tempo e leva em consideração o tempo, ou em outras palavras, aquilo em termos dos quais o Dasein compreende e interpreta o ser é tempo. Quando a doença se dá, o passado dos participantes se dá, se descobrir doente é resgatar sua história, suas escolhas, suas experiências que antecederam a doença e passam a ser compreendidas como parte do percurso. Esse caráter-de-ter-sido pertence ao que o Dasein é. Dasein é o que foi.

O futuro também se torna uma questão uma vez que a doença convoca a angústia e o ser-para-a-morte. A angústia aqui coloca os sujeitos da pesquisa frente a frente com verdade de que a morte pode acontecer a qualquer instante. Quando o Dasein se comporta a sua possibilidade que lhe é mais própria, ele está à frente de si mesmo. O Dasein vem a partir da possibilidade para aquilo que ele mesmo é.

Descobrir-se com câncer ou ter um familiar com câncer modifica radicalmente a vida dessas pessoas. O diagnóstico paira sobre suas vidas como a sentença de uma vida pautada por um sofrimento sem fim que culminará na morte. Essas pessoas são retiradas de uma situação de familiaridade com seu mundo e lançadas num mundo que se apresenta como inóspito, estranho, sem base de sustentação. Há aqui, num primeiro momento, uma perda dos sentidos que articulavam a existência dessas pessoas quando o diagnóstico é comunicado. Todo sentido intramundano se torna questionável por meio de acontecimentos catastróficos.

Num segundo momento da comunicação do diagnóstico, novos sentidos aparecem para rearticular novamente a existência e produzir estabilidade e familiaridade com o mundo. O estar doente enquanto modos de ser dos entrevistados é atravessado por uma série de compreensões sedimentadas do mundo fático. A cultura fornece sentidos a respeito do mundo da doença, do câncer, da vida nos cuidados paliativos. Estas pessoas passam a se ocupar com tudo que envolve essas novas orientações fornecidas pelo mundo.

A facticidade por vezes se quebra, seja por um diagnóstico de câncer ou qualquer outra vivência que tenha força o suficiente pra desestabilizá-la. Quando um problema como o câncer irrompe, há uma quebra da facticidade, uma desarticulação e esvaziamento dos sentidos estabelecidos anteriormente, e a maneira de rearticular isso, tornando a existência minimamente estável e suportável de novo, é conquistando novos sentidos para essa experiência e, que vemos aqui, se abrirem enquanto possibilidades a partir do diagnóstico e do tratamento.

2. Colocando o chapéu de capitão e tocando o barco pra frente: o papel dos cuidados paliativos no tratamento oncológico

Depois do primeiro impacto do recebimento do diagnóstico, pacientes e familiares precisam decidir como seguir em frente. Nesse momento, novas questões se apresentam, questões que dizem respeito ao tratamento, como o medo da cirurgia, as consequências da quimioterapia e radioterapia. O câncer traz complicações de natureza física, emocional e social, é preciso descobrir novas formas de se reinventar a vida a partir dessas novas circunstâncias. E ainda que essas primeiras dificuldades sejam enfrentadas, há o risco da reincidência do câncer, momento vivenciado com profundo sofrimento.

2.1 Tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia

Encarar o tratamento é um grande desafio, pois quando se trata do câncer, as cirurgias são de alto risco, e os efeitos da radioterapia e da quimioterapia trazem complicações e novos desafios. Ser paciente oncológico em cuidados paliativos é estar em acompanhamento contínuo devido a inevitável evolução da doença que, quando ocorre, demanda que paciente e familiares enfrentem novamente todos os desafios que estão implicados nessa trajetória de cada um.

Entre naquela sala de cirurgia eu me ajoelhei e orei, falei com ele, eu tava com muito medo, eu nunca tinha enfrentado uma cirurgia, quando você vai enfrentar uma cirurgia sente muito medo, hoje eu não sinto mais medo [...] to tocando o barco pra frente, to fazendo meus tratamentos, eu tenho outra cirurgia pra fazer, não sei quando, to fazendo tratamento químico, tomando umas pílulas aí, por isso to meio amarelinho (risos). Essas pílulas são muito fortes. **(Davi)**

Eu fiz o primeiro tratamento, aí em 2014, eu fiquei bem, eu me curei, recebi alta, mas ficava indo ainda lá no FCECON, pra fazer acompanhamento. Aí quando foi em 2016 apareceu na coluna, aí foi que eu fiquei mais triste, eu pensei “meu deus, vou começar tudo de novo? Não, papai do céu, não quero não, eu não quero viver tudo de novo, fazer rádio, quimioterapia, eu sofri tudo, vou ter que viver tudo de novo? Não, Papai do céu, pra quê?” Aí eu disse que não ia fazer, mas eu fiz, fiz a quimioterapia, não fiz a radio porque desde a última tava recente e o médico disse que eu não tinha condições de fazer. **(Raquel)**

Quando Davi relata o momento antes da primeira cirurgia, ele expressa o medo que sentiu frente a uma situação nunca vivida, contudo, após enfrentar o primeiro desafio, o paciente se enche de coragem para continuar com seu tratamento, suportando seus efeitos: *“eu nunca tinha enfrentado uma cirurgia, quando você vai enfrentar uma cirurgia sente muito medo, hoje eu não sinto mais medo.”*

Com Raquel, escutamos toda a tristeza daqueles que se deparam com a evolução da doença, e se enxergam frente a necessidade de recomeçar o tratamento. Ainda que abatida pela

piora do quadro, ela persiste: “*aí eu disse que não ia fazer, mas eu fiz, fiz a quimioterapia, não fiz a radio porque desde a última tava recente e o médico disse que eu não tinha condições de fazer*”.

2.2 Cuidado humanizado

Os princípios que sustentam os cuidados paliativos estão pautados na bioética e no cuidado humanizado. Quando falamos em humanização na saúde, nos referimos ao olhar que é lançado para esses sujeitos que são compreendidos com necessidades que estão além daquelas que dizem respeito ao controle da dor e dos sintomas. Suas demandas de apoio, atenção, acolhimento psicológico e espiritual também são entendidas como indispensáveis a assistência oferecida não só aos pacientes, mas também seus familiares.

Visitas domiciliares

Hoje eu tô muito alegre por o meu filho estar em casa e eu sei que foi graças a deus primeiramente e graças aos médicos e todos que cuidaram e ainda cuidam dele. Tem a equipe que vem sempre na casa da gente, visitar, saber como a gente tá, eu peço sempre a Deus pela saúde de todos, que Deus abençoe e cuide de todos vocês que trabalham nessa área da saúde porque é muito difícil ver tantas pessoas sofrendo (**Samira**)

E tem também a equipe do FCECON que sempre vem aqui, me visita, vê como eu tô, a capelã e o psicólogo vem me ver, rezam comigo, me dá força. A minha família infelizmente não é cristã (**Raquel**)

Acolhimento psicológico e espiritual

Eu falei pro doutor psicólogo, e ele disse que ia me ajudar, ele conversou muito comigo nas sessões, me ajudou a ver que eu tinha que deixar aquilo no passado, que eu tinha que aceitar a ajuda das pessoas e deixar isso tudo pra trás. Eu tive problemas familiares também, tive esposa, me separei, fugi, abandonei minha família. E isso tudo tava envolvido na minha vida e eu não conseguia me perdoar, me culpava por tudo. Depois dessas sessões eu aprendi algo muito importante, que eu tinha que deixar o passado e viver o presente e tocar o barco pra frente, botar o chapéu de capitão do meu barco e ver que eu tinha condições de sair dessa situação. (**Davi**)

A equipe no hospital aqui fortalece muito, todo mundo tem bastante fé. Aqui no hospital conheci muita gente, Dona Regina, Dona Andreza, conheci bastante gente passando por situações difíceis. Conheci bastante gente nessa caminhada, foi muito bom. (**Ester**)

Aos médicos que cuidaram de mim, da médica que... fora do padrão, nunca vi um ser humano tão especial, ela acreditou que ela poderia me salvar e deus usou ela pra me ajudar a fazer o tratamento. Ela tinha muita fé, era uma pessoa de fé, e ela passa isso pra gente, passa uma energia positiva de vitória, a alegria dela, o jeito dela falar... é usada por deus mesmo, ela merece algo especial, ela me ajudou, ela ajuda muita gente. (**Davi**)

Quando falamos sobre os princípios dos cuidados paliativos, o ambiente domiciliar é entendido como o melhor lugar para que o paciente possa experimentar um cuidado humanizado e singular, assim, busca-se e incentiva-se a permanência dos pacientes no seu próprio lar. Aqui, Samira e Raquel relatam a importância das visitas domiciliares de como elas são produtoras da sensação de bem-estar, apoio e acolhimento: *“tem também a equipe do FCECON que sempre vem aqui, me visita, vê como eu tô, a capelã e o psicólogo vem me ver, rezam comigo, me dá força”*.

Outro aspecto importante do cuidado humanizado é o acolhimento psicológico e espiritual. Percebemos nas falas dos participantes o quanto eles se sentem fortalecidos para enfrentar os desafios do tratamento quando recebem apoio da equipe de saúde. Esse fortalecimento pode vir através das sessões de terapia que trabalham diretamente as questões do sofrimento psíquico, como conta Davi: *“eu falei pro doutor psicólogo, e ele disse que ia me ajudar, ele conversou muito comigo nas sessões [...] depois dessas sessões eu aprendi algo muito importante, que eu tinha que deixar o passado e viver o presente e tocar o barco pra frente.”*

2.3 Limitações da doença

Viver com o câncer convoca a uma diversidade de mudanças na rotina dos doentes e de seus familiares, que passam a assumir o cuidado integral dessas pessoas. Essas mudanças dizem respeito a uma série de complicações de natureza limitante que atravessam cada um dos sujeitos em todas as esferas possíveis. Para os pacientes, há limitações físicas como a impossibilidade de andar, de se mexer, ou de fazer esforço. Para os familiares, as limitações se apresentam frente as novas responsabilidades assumidas na assistência de um familiar com uma doença crônicas.

Para Ester, essas limitações foram drásticas, uma vez que a paciente perdeu toda a mobilidade do corpo do pescoço para baixo, o que modificou radicalmente sua vida: *“nunca imaginei estar aqui, sem andar, sem me mexer. É complicado [...] esse ano foi todo no hospital.”* Com Davi, escutamos a história daqueles que, com as limitações da doença, são obrigados a abandonar seu trabalho: *“a área que eu trabalhava era pesada, eu era pedreiro, carpinteiro, e eu não posso mais carregar peso.”*

Para os familiares, como conta Sara, as mudanças acontecem não só na vida da mãe, mas também na vida dos filhos, que precisam dividir as responsabilidades de sua própria vida com os cuidados referentes às necessidades do paciente: *“muda a vida dela, mas muda dos*

filhos também, né? No começo é mais difícil, é cansativo porque a gente tem família e aí tem que olhar nossa família também.”

Nunca imaginei estar aqui, sem andar, sem me mexer. É complicado. Eu espero melhorar, começar a sentar, me mexer de novo, eu sinto muita falta disso, eu ia pra cima e pra baixo [...] Esse ano foi todo no hospital, era pra eu estar melhor, mas tudo é da vontade de Deus. **(Ester)**

Depois que eu fiz essa cirurgia e a área que eu trabalhava era pesada, eu era pedreiro, carpinteiro, e eu não posso mais carregar peso. E o sol também consome o líquido do corpo, e meu rim tá com problema, eu não posso beber muita água, muito líquido, tem que ser pouco por dia. Então não posso mais trabalhar como antes. **(Davi)**

Muda a vida dela, mas muda dos filhos também, né? No começo é mais difícil, é cansativo porque a gente tem família e aí tem que olhar nossa família também. Os parentes que não tá ali vivendo na casa socado nem liga, agora a gente que mora junto vê [...], mas aí fui me acostumando que a gente se acostuma, né, com tudo. **(Sara)**

Diante de uma situação-limite, como a iminência da morte através de um diagnóstico de câncer sem possibilidades de cura, pacientes e familiares entram em profundo sofrimento. A tonalidade afetiva da angústia, aberta pela experiência do adoecimento, faz com que o mundo se torne insignificante, que toda a totalidade conformativa se obscureça e que não consigamos mais simplesmente seguir as orientações dadas pelas significações dos entes em geral. É preciso reencontrar uma maneira de recuperar a estabilidade do mundo dessas pessoas. É neste momento, que podemos estar pensando nos cuidados paliativos como um trabalho que possibilita isso.

Por muito tempo, o câncer foi uma doença sem possibilidades de tratamento, pois a ciência e a medicina não haviam progredido o suficiente para oferecer um tratamento adequado. Graças ao avanço da ciência, os cuidados paliativos hoje buscam propiciar aos pacientes uma forma saudável, assintomática, sem dores e com o menor sofrimento psíquico e espiritual possível de enfrentamento da doença.

Ser paciente oncológico em cuidados paliativos é conviver a todo momento com uma situação de morte anunciada, mais presente e próxima do que nunca. Para Heidegger (2012) assumir a morte como condição ontológica, significa ir além de pensar ou refletir sobre a morte, mas assumir seu poder-ser mais próprio a partir do reconhecimento de sua finitude. Quando refletimos sobre a morte, em verdade, refletimos sobre a vida, sobre nossos modos de ser, sobre o que fazemos ante a nossa tarefa em ter de ser. Assumir um tratamento em cuidados paliativos é reconhecer que a vida pode ser possível sob o pano de fundo da finitude. Vemos aqui, a maneira como cada uma dessas pessoas encontra no tratamento, após o choque do diagnóstico,

uma orientação que possibilite a rearticulação de sentidos e a continuidade de seu projeto existencial.

Na analítica heideggeriana, o Dasein, à medida que existe, se vê radicalmente jogado em um espaço existencial marcado pelas possibilidades fáticas de seu mundo. Na facticidade, é preciso lidar também com um tratamento que eu desconheço, onde é preciso enfrentar procedimentos cirúrgicos nunca vividos antes, onde sou tomado pela tonalidade afetiva do medo, do medo da anestesia, do medo dos efeitos da quimioterapia, do enfrentamento das novas limitações físicas. Quando o câncer se impõe, há uma quebra da familiaridade e se experimenta todo o peso da existência, pois o câncer é uma doença que impõe limitações, da maneira como ela faticamente se apresenta.

Segundo Heidegger (2012) é impossível viver num confronto com o nada de sentido que originariamente somos. Para que o Dasein possa se realizar o seu poder-ser, ele precisa de um campo de significações. Por ser marcado por uma nadaidade estrutural, o Dasein não tem um sentido natural, prévio as suas experiências, assim, inventam-se sentidos. É em-virtude-de algo que as coisas se inscrevem no campo existencial, nos movimentamos em-virtude-de alguma coisa. Ao descobrir o diagnóstico e iniciar o tratamento, busca-se um sentido.

Portanto, através da noção de em-virtude-de, Heidegger (2012) articula a facticidade do mundo com o poder-ser do ser do Dasein. É preciso atribuir sentido pra que o adoecimento seja em-virtude-de algo na vida. A rearticulação da existência é sempre através de um sentido. Essa rearticulação pode ser possibilitada através do tratamento em cuidados paliativos que, com seus princípios de um serviço em saúde humanizado, acolhe esses indivíduos não somente em suas necessidades biológicas, possibilitando os procedimentos necessários para alívio das dores, mas também oferece apoio psicológico, espiritual e social.

Os cuidados paliativos é hoje, em nossa época e cultura, a marca de uma possibilidade histórica, que orienta comportamentos respectivos apontando possibilidades do mundo que é o nosso. Numa situação-limite, o peso da existência é experimentado, e ele não é uma coisa abstrata, pelo contrário, as pessoas aqui estão lidando com um problema real, concreto, de algo que simplesmente aconteceu, que é preciso lidar com o peso disso, com o peso da vida.

A equipe de saúde nos cuidados paliativos desempenha este papel de um elemento estabilizador ontológico, pois é a partir da assunção deste tratamento que começa a ver uma rearticulação na vida dessas pessoas. É no próprio princípio dos cuidados paliativos que encontramos esses elementos se apresentando através do cuidado humanizado, das visitas domiciliares, dos acompanhamentos psicológicos e espirituais para pacientes e familiares. As

pessoas desenvolvem uma tonalidade afetiva de confiança nos outros, no tratamento e a vida volta a ter um certo sentido, as pessoas se empenham no tratamento e na vida possível de ser vivida.

Os cuidados paliativos abrem uma atmosfera afetiva de confiança, onde esses sujeitos passam a se sentirem cuidados e acolhidos por uma equipe de saúde, e pelo próprio mundo que fornece novas orientações para lidar com a doença que irrompeu inesperadamente na vida dessas pessoas. Certas atmosferas afetivas como a confiança tem um papel estabilizador da existência.

O paciente oncológico em cuidados paliativos não é apenas um doente, mas uma pessoa atravessada por uma história singular, marcada por desejos, sonhos, projetos que estão para além de sua condição de adoecimento. Ser paciente oncológico sem possibilidades de cura não o subtrai enquanto um Dasein marcado pelo caráter ontológico de abertura, da mesma maneira que aqueles que não enfrentam um câncer não estão subtraídos de sua condição de ser-para-a-morte. Quando nos relacionamos com a finitude estamos nos relacionando com a vida, pois a morte pode irromper a qualquer momento e isto a faz inseparável da vida.

Possuir o diagnóstico de uma doença sem cura de maneira alguma determina um Dasein quanto ao seu ser. Eles não passam a possuir uma natureza, pelo contrário, eles têm de ser seu ser doente. O fato de ser um paciente oncológico nunca me é atribuído como uma propriedade dada, ele ainda tem que assumir e de algum modo realizar seu projeto existencial. Cada um dos participantes dessa pesquisa é único e singular em seu ser, isso tem de ser levado a termo à sua maneira, desse ou de outro modo.

3. Sofrer-com: o câncer é uma batalha de toda a família

O câncer é um adoecimento que acomete toda a família do paciente, bem como seus amigos e pessoas próximas. Adoecer pelo câncer é adoecer em conjunto, é sofrer-com-o-outro. Há mudanças na vida dos pacientes e da sua família, e que podem ocorrer de maneiras muito subjetivas de acordo com cada paciente e familiar. Há aquelas famílias em que o câncer aparece como um fato de aproximação e união entre os membros, ainda que se sofra vendo o outro sofrer. Também é observado na fala dos participantes, aqueles que se isolam dentro do seio familiar, encontrando dificuldades de compartilhar sua experiência.

3.1 Sofrendo junto

Como já dizia a famosa frase “nenhum homem é uma ilha”, percebemos aqui que o sofrimento de um ente amado é um sofrimento de todos. Os excertos aqui apresentados mostram o sofrimento compartilhado pelos familiares, demonstrando como estes sofrem à medida que veem o outro sofrer, se apavorando frente a dor do outro: *“é um sofrimento muito horrível!”*

Passei muitas noites praticamente em claro, pensando nele... um sofrimento... porque “deusolivre” é um sofrimento muito horrível a gente ver um filho da gente passando por isso. [...] Chorei muito quando ele se hospitalizou, que as meninas vinham de lá e me contavam qual era a situação, tinha vezes que elas nem falavam porque eu passei mal [...] Eu, como mãe, acho que daria minha própria vida pelo meu filho se fosse necessário porque eu já tô, como diria minha mãe, “mais pra lá do que pra cá” e não sei quanto tempo ainda posso viver, mas eu quero que meu filho viva muito mais anos. Muitas vezes já pedi que Deus me leve e deixe meu filho, eu sei que isso não é justo, não é legal..., mas eu sinto. **(Samira)**

É porque já vai fazer quase um ano que ela tá assim na cama já...mano aí a família chora porque a família mesmo são assim, já morreu os primos, tios tudo de cama. [...] O meu irmão que se apavora que agora que ele veio ver como é que é quando ela sente dor...que ele ainda não tinha visto, mas a gente já se acostumou, aí a gente fala: “mano, vai passar” e meu marido também e ele que não pode ver ela que tudo ele chora...ele é muito sentimental...ele vê ela nessa agonia e chora. **(Sara)**

Por tudo que representa e produz na vida de uma pessoa, o câncer é uma doença que abala toda a família, não apenas o paciente sofre, mas seus familiares sofrem junto, como pontua Sara: *“é porque já vai fazer quase um ano que ela tá assim na cama já...mano aí a família chora porque a família mesmo são assim.”*

Apesar de sofrer-com-outro, percebemos nas falas dos entrevistados que cada um encontra uma maneira específica de sofrer-com-o-outro. Samira busca tomar para si o sofrimento do filho, sofrer em seu lugar: *“muitas vezes já pedi que Deus me leve e deixe meu filho, eu sei que isso não é justo, não é legal, mas eu sinto”*. Por outro lado, Sara ao ver a mãe sofrer, busca manter a calma e acalmar o restante da família: *“mas a gente já se acostumou, aí a gente fala: mano, vai passar.”*

3.2 Sofrendo sozinho

Cada indivíduo passa por seus dilemas pessoais de maneira muito singular, a qual não pode ser comparada a nenhuma outra. Ainda que a maioria dos participantes desta pesquisa tenham relatado o enfrentamento do câncer enquanto um fenômeno comunicado e compartilhada entre toda a família, encontramos no relato de Miriam, a história de uma mãe

que vivenciou boa parte do adoecimento do filho com distanciamento e desconhecimento, percebendo haver algo que o filho optava por guardar e reprimir do restante da família.

Eu sempre alertei, agora eu não sei assim acho que ele foi meio displicente com ele porque assim ele deveria ter falado pra mãe: “mãe, tá acontecendo algo assim” e eu falava que era pra ele sempre falar com o irmão porque eles são homens e conversar com ele, apesar dele ser casado, mas chega e conversa: tá acontecendo isso comigo [...] ele tinha problema sentimental e eu notei que ele ficou assim tipo reprimido aquela coisa guardando pra ele, então eu acho que tava acontecendo alguma coisa com ele e ele não passava pra mim. (Miriam)

Miriam enxergava no filho uma dificuldade de falar sobre o adoecimento, preferindo reprimir o que sente e esconder do restante da família: “ele tinha problema sentimental e eu notei que ele ficou assim tipo reprimido aquela coisa guardando pra ele”. Ainda que ela tenha alertado, incentivado ele a buscar conforto no irmão, o filho insiste no silêncio e no isolamento, o que resultou para a mãe numa desconfiança sobre a realidade da situação: “*tava acontecendo alguma coisa com ele e ele não passava pra mim.*”

3.3 A doença aproxima a família

Num momento de profundo sofrimento, a família e os amigos são aqueles com quem é possível contar para receber o apoio necessário para seguir adiante, enfrentando as dificuldades impostas pela doença, desde a ajuda prática com os cuidados referentes ao tratamento, quanto ao afeto e apoio incondicional entre os integrantes da família.

Muitas vezes, a própria doença funciona como a causa fortalecedora dos laços familiares, inclusive, aproximando aqueles que, por outras razões, encontravam-se distantes de sua família, como relata Ester: “*e depois que eu fiquei doente eu me aproximei bastante da minha família, coisa que eu não conseguia antigamente.*”

Davi, relata emocionado, a história de como sua vida mudou quando se percebeu, após iniciar o tratamento, recebendo o apoio fundamental de sua família e o reconhecimento de que fazia parte dela: “*minha filha abandonou tudo pra ficar comigo, cuidar de mim, meus irmãos, todos ficaram comigo... caramba, minha vida mudou muito... mudou demais*”.

Os amigos, colegas, e outras pessoas próximas também deixam sua marca neste momento. Receber esse apoio é, para pacientes e familiares, fonte de resiliência, de união e alegria, fortalecendo a todos os envolvidos: “*sempre fiquei feliz quando via as pessoas vindo aqui visitar e perguntar sobre meu filho. E eu fui tomando aquela força, pensando melhor que eu tinha que ter mais resistência*”.

E depois que eu fiquei doente eu me aproximei bastante da minha família, coisa que eu não conseguia antigamente. [...] A gente começou a fazer rifa pra juntar dinheiro, as pessoas doavam as coisas. É isso. Esse apoio foi o que mais me ajudou, senão eu tava por aí, por outros cantos. Minha mãe me acompanha muito, ela tem me ajudado bastante. Foi uma das pessoas que eu pensei que nunca ia me apoiar. **(Ester)**

Minha filha abandonou tudo pra ficar comigo, cuidar de mim, meus irmãos, todos ficaram comigo... caramba, minha vida mudou muito... mudou demais... eu tenho uma família... é muito bom ter uma família... chega eu me arrepio [emocionado]. **(Davi)**

Todos os meus filhos, minhas irmãs e irmãos, meus sobrinhos, os vizinhos, todos deram muito apoio. Todos vinham aqui visitar, dava força, abraçava. Mesmo com essa pandemia, todo dia tinha pessoas que vinham visitar, ficavam do lado de fora da casa, da porta a gente conversava. Até os amigos dele, dá época de antigamente, que levavam ele pro que não prestava, mesmo esses eu sempre considerei, sempre fiquei feliz quando via as pessoas vindo aqui visitar e perguntar sobre meu filho. E eu fui tomando aquela força, pensando melhor que eu tinha que ter mais resistência, pra eu não me abater porque eu achava que se eu me abatesse e meu filho doente internado lá no hospital, seria pior. **(Samira)**

Mas a família é unida porque quando um tá doente os outros tão ali... não é só os filhos não... os irmãos ...eu já vi muito isso de família que abandonam e que mesmo nessa situação continuam brigados e quando morre cada um pro seu lado, mas a gente se une e ela vê a gente tudo junto agora. **(Sara)**

Podemos perceber nas falas de cada um dos pacientes e familiares, que a vivência do adoecimento pelo câncer provoca mudanças significativas na vida dessas pessoas. Essas mudanças afetam diretamente as relações interpessoais entre eles, que precisam criar maneiras de lidar com a realidade dolorosa que se impôs. Há uma enorme complexidade nessa dinâmica de relações, onde esses indivíduos se percebem tão enlaçados entre si, que se torna impossível enfrentar o tratamento sem que os outros estejam envolvidos de alguma maneira.

Quando olhamos esse fenômeno pela ontologia hermenêutica de Heidegger (2012), compreendemos que o Dasein é essencialmente ser-com-o-outro e nesse encontro com os outros ele se orienta sendo ser-no-mundo, lançado nesse no fora, no mundo, em na sua condição de ser-para-fora, jogado abruptamente na existência. Sendo o Dasein necessariamente ser-para-fora, algo aqui se revela, pois, uma vez que já estamos sempre fora, nós nos encontramos sempre junto ao que aparece nesse aí. Sendo ser-com-o-outros, o Dasein coloca em jogo o seu ser nesse encontro com o outro. Nas palavras de Heidegger, “sobre o fundamento desse com no ser-no-mundo, o mundo já é sempre cada vez o que eu partilho com os outros. O mundo do Dasein é mundo-com. O ser-em é ser-com com os outros.” (HEIDEGGER, 2012, pag. 343).

O Dasein sendo ser-com-o-outro coloca em jogo o seu ser em tudo que se vê jogado com o outro. Nesse sentido, uma experiência como o diagnóstico de câncer coloca em jogo o Dasein em seu caráter de ser-no-mundo-com-o-outro. Com isso, o câncer sendo uma doença

que mobiliza toda a dinâmica familiar, não somente pela divisão da responsabilidade frente as novas necessidades de cuidado do paciente, mas sim, e, principalmente, por seu caráter de sofrimento compartilhado. Em diversas falas dos participantes, sejam eles os pacientes ou os familiares, percebe-se que ao longo do adoecimento, eles se veem atravessados pelo outro, e o enfrentamento da doença passa a ser uma vivência compartilhada, uma “batalha de todos.” Sendo assim, entendemos que a experiência do sofrimento abre o caráter do ser-com do Dasein. Na vivência do diagnóstico de câncer o caráter de ser-com do Dasein se desvela em toda a sua transparência.

Cabe aqui ressaltar que ao se servir do termo “ser-com”, Heidegger não está realizando nenhuma espécie de julgamento positivo ou negativo, sendo esta sua posição sustentada durante toda a analítica do Dasein. Ser-com não significa a ideia positiva e superestimada da solidariedade ou afetividade, logo, quando os entrevistados aqui mencionam sobre suas orações pelo reestabelecimento da saúde do doente, sobre a agonia em perceber o sofrimento do outro, bem como sobre o isolamento e exclusão do seio familiar, sobre a recusa de contar à respeito daquilo que está acontecendo, todos esses modos de comportamento encontrados pelos pacientes e familiares ao longo do processo do adoecimento dizem respeito a estrutura básica do ser-com.

Uma vez que o ser-no-mundo está sempre na sua condição de ser-para-fora, como já postulado em outro momento, entende-se que a própria abertura correlata do existir já traz consigo a dimensão do outro, ou seja, o Dasein nunca foi, antes, isolado, e depois se tornou social. Nas palavras de Heidegger (2012), “também o ser-sozinho do Dasein é ser-com no mundo. Só em um e para um ser-com um outro pode faltar. O ser-sozinho é um modus deficiente do ser-com, sua possibilidade é a prova deste” (HEIDEGGER, pág. 349).

Dito isto, está claro que o ser-com pode se revelar tanto na possibilidade da união quanto do isolamento, e isto é percebido nas falas dos entrevistados pois, além daqueles que encontram no âmbito familiar um espaço para compartilhar sua experiência, há também aqueles que se isolam, se excluem do convívio social à fim de encontrar nessa alternativa uma outra estratégia para lidar com seu sofrimento.

Segundo Heidegger (2012) uma vez que o ser-com do Dasein é entendido como um existenciário e não uma categoria, o Dasein jamais poderia experimentar uma solidão absoluta, pois mesmo quando um outro não subsiste factualmente ou não é percebido, o espaço se mostra sempre como espaço compartilhado com outros seres-aí que vem-de-encontro no mundo. É a

própria possibilidade de estar só que demonstra que o ser Dasein é um ser com, “só em um e para um ser-com um outro pode faltar (pág. 349)”

4. Na espiritualidade, a possibilidade de encontrar um sentido para o sofrimento

Entre os sentidos mais recorrentes nas falas dos expoentes, percebemos que a doença muitas vezes é percebida como um castigo divino em decorrência do modo como essas pessoas levavam a vida. Davi se vê responsável pelo próprio adoecimento, tendo em vista acreditar que suas escolhas se acumularam ao longo do tempo, resultando em “semente maldita” dentro de si, e que resultou no câncer: *“eu me destruí com a bebedeira, as drogas, nas noitadas. E eu ganhei isso aí da vida, esse problema, esse câncer que apareceu.”*

4.1 Castigo de Deus

Entre os sentidos mais recorrentes nas falas dos expoentes, percebemos que a doença muitas vezes é percebida como um castigo divino em decorrência do modo como essas pessoas levavam a sua vida. Davi se vê responsável pelo seu adoecimento, acreditando que suas escolhas se acumularam ao longo do tempo, plantando uma “semente maldita” dentro de si, e que resultou no câncer: *“eu me destruí com a bebedeira, as drogas, nas noitadas. E eu ganhei isso aí da vida, esse problema, esse câncer que apareceu.”*

A única pessoa que tem que pensar em você é você mesmo, na sua saúde, no seu bem, porque tudo que tinha que ser feito já foi e se for necessário Deus vai botar a mão e vai ser feito de novo. Então eu só espero que meu filho tenha se regenerado de muitas coisas que a senhora sabe... que ele foi usuário... então isso é tudo que eu peço a Deus, que Deus jogue essa coisa pra bem longe [...] Eu espero que meu filho cumpra realmente o que ele prometeu à Deus, porque a promessa com Deus, Deus cobra. Ele cobra. **(Samira)**

Eu me destruí com a bebedeira, as drogas, nas noitadas. E eu ganhei isso aí da vida, esse problema, esse câncer que apareceu [...] porque a bíblia diz que nos plantamos uma semente, essa semente vira uma árvore e essa árvore dá frutos, e eu creio que o inimigo plantou uma semente dentro de mim e nasceu essa árvore maldita onde deu esse fruto maldito. **(Davi)**

Samira, mãe de Davi, conta que o câncer é uma cobrança que Deus faz quando chegou o momento. Deus, aqui, é aquela figura que julga e que pune os pecadores de maneira impiedosa e inegociável, exigindo um preço alto por algumas escolhas: *“tudo que tinha que ser feito já foi e se for necessário deus vai botar a mão e vai ser feito de novo.”*

4.2 Deus dá uma segunda chance

Deus ao mesmo tempo em que é aquele que castiga, pune e cobra, também é aquele com quem é possível negociar. Neste contexto, a figura divina se apresenta como o que dá segunda chance, opera milagres. Quando ocorre melhora na evolução do quadro, pacientes e familiares imediatamente atribuem esse acontecimento à segunda chance que Deus concedeu como asseverou Davi: *“e aconteceu esse milagre, eu sinto que aconteceu, porque eu to aqui óh, eu não to fazendo hemodiálise, eu to urinando, to me alimentando, eu to com uma vida normal”*.

Eu agradeço a Deus todo santo dia pela oportunidade que Deus deu pro meu filho, porque os médicos falaram: “esse aí pode preparar pra morrer”, mas hoje ele tá aí, tá bem [...], mas a gente tem que agradecer a Deus porque ele ainda está aqui, a vontade de deus é que ele esteja aqui com a gente e ele está.

(Samira)

E aconteceu esse milagre, eu sinto que aconteceu, porque eu to aqui óh, eu não to fazendo hemodiálise, eu to urinando, to me alimentando, eu to com uma vida normal, sou um novo homem, apesar de ter passado por essa situação eu me sinto novo, eu ganhei uma segunda chance de Deus, não é qualquer um que ganha isso, tem muitas pessoas aí que meu deus..., não tem essa oportunidade. [...] E se acontecer algo comigo, se eu piorar, o mais importante de tudo é que eu consegui a minha salvação espiritual, eu tô lutando pela minha salvação, não tenho pensamentos maldosos, sei lá, minha vida mudou totalmente, mudou muito, incrível isso. É uma etapa, um ciclo da vida vencido. Foi engraçado isso porque foi através de uma doença que eu ganhei uma oportunidade de vida.

(Davi)

Para Davi e Samira, a compreensão da doença se dá a partir de dois sentidos articulados entre si. Inicialmente, a doença é compreendida como um castigo divino, mas, essa situação pode ser revertida, pois Deus aceita as promessas daqueles que se colocam em posição de arrependimento da vida vivida até então, e de disposição à realização de mudanças na vida. Assim, a doença então assume o sentido da vontade divina em dar uma nova oportunidade como mostra a fala de Samira: *“mas a gente tem que agradecer a Deus porque ele ainda está aqui, a vontade de deus é que ele esteja aqui com a gente e ele está.”*

4.3 O silêncio de Deus

Deus é aquele a quem se deve buscar para compreender as razões de estar vivenciando o adoecimento pelo câncer, todavia, Ele nem sempre responde de maneira clara àqueles que lhe direcionam a pergunta sobre o sentido da doença. Surge, dessa forma como aquele que responde com o seu silêncio.

Para duas das colaboradoras, Sara e Ester, há compreensão de que Deus possui um saber sobre o sentido da doença que as pessoas estão enfrentando, mas a resposta satisfatória nunca é encontrada, e o sentido da doença assume aqui o caráter de uma pergunta não respondida, como nos traz a fala de Sara ao pensar sobre os questionamentos de sua mãe.

Muitas vezes eu esfriei minha relação com Deus, esfriou um pouco, eu fiquei me perguntando “por que, Senhor? Por que isso tá acontecendo comigo? Eu me entreguei a ti, eu agora sou tua serva, eu vou pra igreja, tudo do passado eu já deixei pra trás, eu não quero saber do passado, tudo isso pra mim já morreu, agora eu quero viver só pra ti. E, de repente, eu descobro uma doença dessas? Por quê?” **(Raquel)**

E aí a gente ora com ela...pede pra gente orar com ela...a gente pede papai do céu e ela começa a perguntar, né? O que é que eu fiz? Eu digo “A senhora já não entregou pra Deus?” Ela diz, “já, mas porque ele tá fazendo isso comigo?” E ela fica dizendo essas coisas e a gente fala: “não, mãe, mas Deus está com todos nós...não é só pra gente e ele está principalmente com você, você que sente dor e ele faz ne”, aí ela fica e chora: “por que eu to assim? Eu fazia tudo.” **(Sara)**

Para Raquel, o silêncio de Deus, por vezes, é sentido como um abandono frente à promessa feita em Seu nome, afinal, Ele pede uma mudança de vida e por isso deveria dar algo em troca. Essa dissonância tem repercussões na relação com a divindade. Para Raquel, não faz sentido vivenciar uma doença uma vez que ela ofereceu toda sua vida em nome d’Ele, considerando que esfriou a relação, questionando a situação em si mesma, uma vez que, houvera sido submissa à Sua vontade.

4.3 Deus tem um propósito

Algumas vezes, Deus não precisa dar a resposta, pois a razão do adoecimento já está respondida de imediato: Deus tem um propósito, compreendido de maneira abstrata, resultado das crenças espirituais que sustentam o entendimento que Ele possui sabedoria sobre a vida dos sujeitos que eles próprios não alcançam, e por isso, como ressalta Samira no sentido de que Deus sabe o porquê e o quanto se deve ter fé.

Ainda que pacientes e familiares relatem não conhecer os planos divinos, acreditam firmemente que há influência divina em tudo aquilo que acontece com as pessoas, independente

da natureza do acontecimento, pois, como relata Miriam: *“tudo tem um propósito de deus nessa vida, tem que confiar.”* Ou melhor, como relata Ester, é o próprio propósito de Deus o sentido da doença, não há nada que aconteça sem exista um propósito pessoal para cada pessoa: *“eu acredito que Deus tem um propósito, se não tivesse não teria necessidade de acontecer tudo isso.”*

Eu peço perdão pelos meus pecados, agradeço por ainda estar aqui. Toda hora eu agradeço, que mesmo estando aqui, é pra eu aprender alguma coisa, não é à toa. [...] eu era uma pessoa muito fechada, eu guardava mágoa rápido, guardava rancor, agora não, eu já peço perdão das pessoas, ainda falta gente, mas... sei lá. É algo inexplicável, não tem como explicar, é muito pessoal. Eu acredito que Deus tem um propósito, se não tivesse não teria necessidade de acontecer tudo isso. **(Ester)**

Às vezes a gente fica aborrecido e acha que não tá certo o que a gente tá passando, mas isso são blasfêmias contra Deus. Se ele tá te dando é porque ele sabe o porquê, então tem que aguentar e ter fé. **(Samira)**

Deus é que comanda tudo e ele até deixa e tem uma hora que ele puxa e cai o castelo...não adiante aí a gente fala coisa...deus bota palavra na nossa boca e eu creio assim...tudo tem um propósito de deus nessa vida, tem que confiar. Eu já tive minha irmã doente e passei um tempo aqui com ela que ela é minha vizinha aqui de cima aí quando foi pra ela ficar boa mesmo aí veio no meu coração: vai e eu fui me embora e ela ficou boazinha. **(Miriam)**

Diante desta atribuição de sentido, percebemos nas falas dos participantes que ainda que não se compreenda claramente o propósito, ele é sabido existir e por isso, resta somente suportar as dificuldades, confiar na sabedoria divina e no propósito de Deus para cada um.

A partir dessas compreensões trazidas pelos participantes, podemos perceber que os sentidos a respeito da vivência da espiritualidade atribuídos a experiência do câncer, funciona como recurso principal na lida com a doença. É através da espiritualidade que cada um dos pacientes e dos familiares, a seu modo singular, conseguem ressignificar esses momentos, atribuindo novos sentidos aquilo que estão experienciando.

A relação de cada pessoa com seu mundo só é possível através da articulação de sentidos. Nas palavras de Heidegger (2012): “sentido é a perspectiva em função da qual se estrutura o projeto pela posição prévia, visão prévia e concepção prévia. É a partir dele que algo se torna compreensível como algo” (p. 208). O Dasein, ao se ver lançado no mundo, irá receber orientações desse mundo que é o seu. O mundo diz ao Dasein como se comportar, como escolher, como decidir, como sofrer, como lidar com esse sofrimento, como acreditar nas coisas, enfim, como viver. Contudo, essas orientações não são deterministas pois, cabe à cada Dasein, articular essas orientações do mundo a partir do quanto elas produzem sentido para ele.

O Dasein só se determina efetivamente como o ente que é a partir de uma incessante relação com o seu mundo, de tal maneira que uma articulação de sentidos depende das possibilidades que se abrem para o Dasein, depende de sua época, de sua cultura, de sua família, enfim, das possibilidades fáticas de seu mundo. Na analítica heideggeriana, a facticidade é a contingência originária do Dasein, sua determinação fundamental.

Essa facticidade corresponde ao seu caráter de “ser jogado”, de “estar lançado” no mundo, contingência do qual ele não pode prescindir. Para Heidegger (2012) o Dasein é lançado no mundo sem que tenha tido a possibilidade de escolha. A facticidade diz desse estar jogado em um mundo, mundo que pode se revelar inóspito, sem que tenha sido possível escolher época, cultura, local, família, enfim, são as contingências fáticas das quais o Dasein está submetido. Fáticos são estes limites contra os quais o Dasein, decidindo se lançar contra eles, termina, assim, por ratificar seu caráter enquanto limite.

O Dasein é uma possibilidade radicalmente jogada, radicalmente entregue à responsabilidade por si mesmo. Nas palavras de Heidegger: “o não sentir-se em casa deve ser compreendido existencialmente e ontologicamente, como o fenômeno mais originário (p. 254).” A incontornabilidade desse estar jogado no mundo tem como pano de fundo a angústia. A angústia anuncia para o Dasein o seu poder-ser mais próprio: a indeterminação ontológica e seu caráter de abertura.

A experiência da indeterminação é dura e difícil pois ela implica a inexistência de parâmetros normais pois tudo para nós é estranho e a familiaridade é apenas alguma coisa construída historicamente. Ser, para nós, é um peso, e esse peso vez por outra fratura, esgaça o tecido existencial de modo que há algo no sofrimento que anuncia nossa nadaidade, a insuportabilidade de ser um nada.

Por sua insuportabilidade, a existência do Dasein não pode se realizar em absoluta sintonia com o caráter ontológico. Para que o Dasein realize seu projeto existencial é preciso um horizonte compreensivo com o qual ele se relaciona. Sendo assim, as experiências, de modo geral, têm um peso no modo como os sentidos serão articulados. O peso das nossas experiências se impõe a nós, e ele não tem como ser questionado pois ele é absolutamente real.

O Dasein retira da significância do mundo a orientação para construir sua existência, e a sua existência só se torna estável porque tem sentido para ele. Mas, são nas situações-limites que rompem com os sentidos sedimentados que estabilizavam a existência. Para Heidegger (2012), a angústia esvazia os sentidos, e estes perdem o poder de estabilizar a existência. Os

sentidos sedimentados são esvaziados, e há uma quebra na estabilidade. O único caminho possível para uma nova rearticulação da facticidade do Dasein é a doação de sentido.

O adoecimento pelo câncer e a possibilidade de morte iminente, geram angústia e esvaziam os sentidos que foram articulados num primeiro momento da vida dos participantes, levando todos a refletirem sobre o sentido da doença, da vida, e da morte. Ao longo de toda história, as religiões e a espiritualidade, por seu caráter de atenuação da angústia, de estabilização da negatividade ontológica de base do Dasein humano, se mostram como uma das orientações do mundo fático mais recorrentemente adotadas para contornar a fragilidade ontológica.

Cabe ressaltar aqui que a espiritualidade não deve ser entendida enquanto uma dimensão intrínseca do homem, pois este, marcado pela nadaidade estrutural, não possui dimensão alguma. Dizer que o homem possui uma dimensão espiritual seria uma negação do próprio caráter ontológico do Dasein. Ser um ser marcado por uma negatividade existencial é ser radicalmente marcado por uma dinâmica intencional extática, ou seja, sempre lançado em direção para o fora. Nesse sentido, não é possível pensar em uma dimensão espiritual interior. A espiritualidade é uma dimensão que o Dasein conquista enquanto modo de ser ao lidar com suas vivências no mundo. Por isto, a espiritualidade deve ser entendida como um campo de significados sedimentados onde o Dasein, em sintonia com seu caráter de abertura, já sempre pode se movimentar nestas possibilidades intrínsecas ao seu mundo.

Dessa maneira, é preciso um trabalho de rearticulação de sentidos que devolva a esperança, que promova uma tonalidade afetiva de confiança e o desejo pela continuidade da vida dentro de expectativas equilibradas e possíveis a cada sujeito. A partir dos sentidos sedimentados de seu mundo e à medida em que estes novos sentidos do campo da espiritualidade possam ser adotados na experiência singular de algumas pessoas, a espiritualidade aparece aqui como um campo de significação capaz de oferecer os sentidos que promovem uma rearticulação da facticidade, produzindo uma nova estabilidade existencial e a continuidade da vida.

5. Cara-a-cara com a finitude: é preciso encarar a morte

Estar em cuidados paliativos é estar cara-a-cara com a finitude da qual ninguém pode escapar. Aqueles que recebem esse cuidado da equipe de saúde, são comunicados de que não há possibilidade de cura da doença e, com isto, são confrontados com diversos questionamentos a respeito da relação que possuem com sua própria finitude, bem como com o tempo que lhe

resta. Percebemos, nas falas dos entrevistados, uma diversidade de posicionamentos frente a essas questões, onde alguns entregam o futuro nas mãos de Deus, sem impor seu desejo pessoal, outros acreditam e clamam por uma cura, um milagre, há aqueles que encaram a morte frente a frente, se sentindo preparados ou despreparados e, por fim, aqueles que sentem que seu dever em vida está cumprido.

5.1 Encarando a morte

Uma vez estando em cuidados paliativos, os familiares são comunicados da inevitável evolução da doença e do inescapável confronto com a morte. Aqui, Sara e Miriam, respectivamente filha e mãe de pacientes oncológicos, relatam como experenciam essa possibilidade tão certa, ainda que sem data para acontecer.

Eu estou preparada

Eu sei uma coisa que eu tenho em mente...todos nós vamos passar por algum sofrimento alguma hora e que todos nós vamos partir quantos ali no tão sofrendo e outros bons que já foram? A coisa mais certa é a morte e não tem pra onde tu correr, então eu to preparada espiritualmente se acontecer alguma coisa com meu filho. **(Mirian)**

Eu não estou preparada

Eu só não to preparada pra o que eles perguntam da gente se tá preparado e a gente fala que tá mas não tá...a gente não sabe como é quando a gente perde, tá perdendo uma pessoa amada da gente, não sei como vai ser [...] quando eu vejo ela dormindo parece que to vendo ela dentro de um caixão aí eu penso que vou perder minha mãe daqui a alguns dias [...] quando ela tá no desespero e quando eu vejo ela deitada eu já fico pensando essas coisas e peço que Deus não leve minha mãe agora. **(Sara)**

Seja feita a vontade de Deus

Eu entreguei meu filho na mão de deus e pedi a ele que se fosse pro bem dele, que ele conservasse o meu filho, desse a cura dele, e que se não fosse, seja feita a tua vontade, pai, não a minha. **(Samira)**

Assim...eu confio muito em Deus, até quando fala assim alguma coisa que não tem jeito, mas a minha confiança é em Deus, as vezes a pessoa fala assim e sobre no meu coração é Deus, tu é poderoso, seja feito a tua vontade e que tu pode sarar e se Deus quiser ele pode sarar e até assim eu falo: se for a vontade de Deus de levar meu filho...ele leva, mas ele vai estar num bom lugar e eu acredito que meu filho crê assim também. **(Mirian)**

Para Miriam, pensar na morte do filho é se perceber preparada diante da situação, uma vez que entende como um processo natural da vida, afinal, *“a coisa mais certa é a morte.”* Já Sara, conta quando indagada sobre os médicos a respeito da morte da mãe, revela que diz estar

preparada, mas que, na verdade, não sabe como será enfrentar essa perda, uma vez que não deseja que isso aconteça agora: *“eu já fico pensando essas coisas e peço que Deus não leve minha mãe agora.”*

Para alguns sujeitos, o atravessamento das crenças espirituais aparece como recurso de enfrentamento para lidar com a morte. Nas falas de Samira e Miriam, mães de dois pacientes oncológicos, percebemos que frente a possibilidade da morte dos filhos, elas não impõem seu desejo pessoal: *“seja feita a tua vontade, pai, não a minha.”* Para ambas nada é mais importante do que a vontade soberana de Deus, cabendo a ele decidir sobre a cura ou o momento da morte de cada um: *“seja feito a tua vontade e que tu pode sarar e se Deus quiser ele pode sarar e até assim eu falo: se for a vontade de Deus de levar meu filho...ele leva”*.

5.2 Acreditando na cura

Durante todo o percurso da doença, pacientes passam por altos e baixos, momentos de melhora e momentos de piora na evolução da doença. O aumento da fé dos pacientes está especialmente relacionado as pequenas batalhas que eles vencem durante o tratamento. Aqui, o recurso da espiritualidade se faz presente novamente pois, segundo Ester e Davi, essas melhoras do quadro são tomadas como sinais de que há uma possibilidade de cura, e que por isso é preciso continuar a ter fé em Deus.

Eu fiquei em coma durante 2 meses e voltei. Isso tem aumentado bastante a minha fé em Deus, eu acredito que eu vou sair dessa, se não eu já teria morrido faz tempo. Eu espero melhorar, começar a sentar, me mexer de novo, eu sinto muita falta disso, eu ia pra cima e pra baixo... [...] eu penso que pro futuro eu vou tá andando por aí, fazendo faculdade, ajudando quem precisa, quem está passando pelo mesmo que eu. **(Ester)**

Meu câncer era um câncer complicado, era nós dois rins, eu tinha que retirar os dois, e poxa você retirar os dois rins, e de repente ele retirou e deu aquela hemorragia, quase eu morro, mas Deus teve misericórdia de mim, usou a mão deles corretamente e eu to aqui hoje. [...] Sou feliz, to esperando minha oportunidade de ganhar um rim novo, de aparecer um doador, to nessa fila aí e eu não vou desistir não, nem que eu volte a fazer hemodiálise. O meu câncer ele não se alastrou, eu bati um raio x e ele não apareceu em nenhum outro lugar, só nos rins. Foi assim que aconteceu e assim eu to vivendo até hoje. **(Davi)**

Ester passa por um agravamento sério de seu quadro, ficando em coma por 2 meses. Ao retornar desse coma, ela significa sua vivência enquanto um sinal de que as coisas continuarão a melhorar gradativamente: *“eu fiquei em coma durante 2 meses e voltei. Isso tem aumentado bastante a minha fé em Deus, eu acredito que eu vou sair dessa, se não eu já teria morrido faz tempo”*. A melhora no quadro também traz à tona as expectativas em recuperar as

possibilidades perdidas pelas limitações da doença: “*eu penso que pro futuro eu vou tá andando por aí, fazendo faculdade, ajudando quem precisa.*”

Para Davi, as possibilidades de uma cura se tornam mais concretas em decorrência do seu câncer não ter progredido para uma metástase. A melhora dos sintomas, do prognóstico da doença, bem como da possibilidade da cura através de transplante de órgãos, contribuem para uma postura positiva do paciente frente sua realidade: “*sou feliz, to esperando minha oportunidade de ganhar um rim novo, de aparecer um doador, to nessa fila aí e eu não vou desistir não*”.

5.3 Dever cumprido

O sentimento de dever cumprido é um momento importante para pacientes e familiares, pois diz respeito ao lembrar da vida vivida através de um sentimento de satisfação. Diante da proximidade da morte, reconhecer que você cumpriu suas pendências, com aqueles que partem e com os que ficam, possibilita que todos possam elaborar de maneira saudável e resiliente o luto de suas perdas. Para Sara, ouvir a alegria na fala da mãe em se reconhecer nessa posição de dever cumprido produz na família a mesma alegria e conforto. Assim como para Miriam, que entende que deu toda a ajuda e orientação necessário para seu filho, e não se culpa por aquilo que não estava ao seu alcance.

Ela [a mãe] sempre diz “se eu for embora eu já fiz o meu dever, já criei vocês, meus netos, tá todo mundo bem criado e cada um na sua casa” e a única que não tinha casa era eu e agora já tenho e ela fica alegre de ver a gente unido e é isso que ela quer. Ela fica alegre e a família também, né, conforta. **(Sara)**

E eu não tenho nada dentro de mim que não ajudei o meu filho nem nada e eu orientava ele e até hoje eu oriento [...] eu vi que foi mais assim descuido dele porque se ele sentiu logo a dor assim deveria ter falado porque ele tinha um plano de saúde que podia ir...até baratinho que a gente ia lá no médico pagava 80-120 reais o que fica ali na cachoeirinha, então acho que foi displicência e como tu é homem tu te descuida. **(Mirian)**

Experenciar uma doença crônica fora das possibilidades de cura é inevitavelmente lidar com a possibilidade concreta da morte. Ainda que a morte seja a sua própria ou de uma mãe ou filho, como vimos nas histórias dos entrevistados, aqui se abre para todos uma série de reflexões a respeito da própria finitude, de uma perda irreparável. A finitude é um tema central na vida desses indivíduos e, da mesma maneira, é também tema central na obra *Ser e Tempo*, pois é neste momento que estas pessoas são jogadas naquilo que lhe é mais próprio.

A interpretação existencial da morte está situada antes de todo fundamento ontológico. O morrer não é algo que se dá, mas é um fenômeno a ser entendido

existencialmente, a partir de uma apreensão ontológica da morte, ou seja, na medida em que a morte pertence ao ser do Dasein. Segundo Heidegger (2012), “o *findar* que é pensado com a morte não significa um *ter-chegado-ao-final* do Dasein, mas um *ser-para-o-final* desse ente. A morte é um modo de ser que o Dasein assume logo que é” (pág. 677). Em outras palavras, o ser do Dasein comporta a si mesmo em relação à morte. O Dasein é o *ser-para-a-morte*.

Na sua existência, o Dasein enquanto *poder-ser* sempre se constitui como *inacabado*, como *não-totalidade*. Há sempre algo faltante, uma constante incompletude na constituição-fundamental do Dasein. Enquanto o Dasein é como ente, ele nunca alcançou o seu “*todo*”. O Dasein existe sempre de tal maneira que seu *ainda-não-lhe* pertence. O *ser-para-a-morte* já está incorporado ao próprio ser do Dasein como um constitutivo seu, é por isto que concebemos a morte enquanto um fenômeno da vida.

Segundo Heidegger (2012), a morte desvela para o Dasein a sua possibilidade mais própria, irremissível e insuperável. Ela é também a possibilidade mais extrema, à medida em que a morte é a marca da possibilidade da absoluta impossibilidade. A morte encerra o Dasein enquanto *projeto* pois, *findando* seu caráter de *poder-ser*, encerra todas as suas outras possibilidades.

Nas palavras de Heidegger (2012), “o Dasein dos outros, ao atingir na morte o seu *todo*, é também um *já-não-ser-“aí”*, no sentido do *já não ser-no-mundo*” (pág. 659). Sendo assim, compreender a morte enquanto uma questão ontológica, é ir além de quaisquer questões ônticas que pensam a morte pelo viés biofisiológico, mas lidar propriamente com aquilo que há de mais *inegociável* sobre a existência do Dasein: seu caráter de *finitude*.

Finitude expressa em cada uma das falas dos participantes, que ao relatarem suas vivências ao longo do processo de se descobrir o diagnóstico do câncer e o percurso do tratamento em cuidados paliativos, deflagram uma série de reflexões acerca da sua própria finitude. Os relatos revelam compreensões da morte enquanto uma vontade e decisão divina sobre o quando e como de seu acontecimento, um acontecimento para o qual se percebe preparado ou não preparado, uma possibilidade que pode ser adiada pela chegada de uma cura e, por fim, a etapa final de uma vida que foi vivida.

Para Heidegger (2012), não experimentamos genuinamente a morte dos outros, mas sim, estamos presentes na morte. Para familiares, *enxergar-se* enquanto alguém que fez tudo que estava ao seu alcance em termos de cuidados ofertados ao paciente, funciona como uma fonte de acalento e resignação frente a inevitabilidade da perda de um ente amado. Quanto aos pacientes, a aproximação com a morte abre espaço para uma avaliação da vida vivida. Quando

esta avaliação é percebida a partir da resolução de suas pendências diante da vida, este considera que seu projeto existencial foi cumprido.

Quando as pessoas fazem uma avaliação pessoal de sua própria vida e a concebe como um plano com início, meio e fim, percebendo seus planos e projetos existenciais concluídos, a morte é percebida como um fechamento da vida, um encerramento. Mas, quando ainda há planos para serem concretizados sob o forte desejo de realizar coisas, a morte é sentida como uma interrupção da vida.

Percebemos nas falas dos participantes que o caráter de indeterminação do quando e do como da morte, vinculado a certeza de sua chegada por meio de uma doença sem possibilidades de cura, é vivenciado sob a forma de uma ameaça. Se relacionar com a morte enquanto algo que não me cabe, ou que pode acontecer comigo e com aqueles próximos a mim “algum dia”, é se refugiar no modo da decadência, onde o impessoal retira a certeza da morte, encobrindo para si mesmo seu ser-para-a-morte e fugindo do seu poder-ser mais próprio.

Para Heidegger (2012), o ser-para-a-morte é, essencialmente, angústia. Essa angústia, despontada no seio de uma experiência compatível com a unicidade da dinâmica existencial do Dasein, ou seja, a sua própria finitude – entendida aqui como a experiência mesma de vivenciar o câncer nos cuidados paliativos –, possibilita o caráter de singularização pelo qual o Dasein pode passar em meio à angústia. A assunção da morte enquanto possibilidade extrema abre o Dasein para todas as suas possibilidades, inclusive a de existir na totalidade do seu poder-ser. A morte é algo que cada um de nós precisa assumir por si mesmo, pois, a morte é essencialmente cada vez a minha.

Heidegger defende que é somente existindo no horizonte de sua finitude, que o Dasein realiza a si mesmo em sintonia com o seu poder-ser. É preciso reconhecer a morte enquanto o acontecimento absolutamente pessoal, próprio, não compartilhável. É o reconhecimento da finitude enquanto certeza indefinida que retira o Dasein do modo da decadência.

Para alguns dos entrevistados, os cuidados paliativos permitiram certa reflexão acerca da constatação dos limites impostos pela facticidade da progressão da doença e da morte, literalmente, anunciada. Ainda que reconhecendo a proximidade da morte, isto não impede que eles expressem esperança quanto ao futuro, na expectativa de um milagre divino, que apesar de todas as controvérsias, estão e sempre estiveram presentes nos corredores dos hospitais, ao longo de toda a história.

Como conta o participante Davi, com a estabilização dos sintomas e a possibilidade de um transplante, iniciou-se um processo de resignificação do adoecimento, bem como de toda

sua vida. A abertura de novas possibilidades, de acordo com suas expectativas presentes, possibilitou a continuidade de seu projeto existencial a partir da adoção de novos modos de ser, e de compreender as suas experiências vividas. Essa postura se mostrou equilibrada e conforme a realidade de seu quadro clínico.

Existem diversas maneiras de lidar com a finitude, e nenhuma delas está certa ou errada. Assumir a condição ontológica de ser-para-a-morte nada tem a ver com o exercício cognitivo de pensar sobre a morte, tampouco com a posição de resignação e recusa frente as possibilidades existentes frente as novas configurações da vida. Trata-se, sobretudo, de enquanto a morte não chega para cessar todas as possibilidades do Dasein, realizar no presente as outras possibilidades que se abriram.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pesquisador tem um ofício que não pode ser comparado a nenhum outro: contar a história de alguém. Há muitos anos escolhi para meu percurso de vida um trabalho que pode ser todo resumido em uma única palavra: escuta. A graduação em psicologia e, principalmente, meu percurso nos estágios hospitalares, me ensinaram que todo o trabalho do psicólogo gira em torno do ofício da escuta. Há um sujeito com uma história, essas histórias muitas vezes são silenciadas pela época em que vivemos, onde o imperativo da produção e da obrigação de produzir corpos perfeitos, histórias de sucesso e grandes ilusões de felicidade. Não há espaço para o sofrimento. Não há espaço para um corpo que adocece. A cultura fecha os olhos para tudo aquilo que não soa belo no discurso social.

É preciso que um sujeito adentre os corredores de um hospital para descobrir, como diria o poeta: “tudo aquilo que a nossa civilização rejeita, pisa e mija em cima.” E que serve não só para a poesia, mas para a escuta de um pesquisador no ofício ético de reproduzir aquelas histórias. Não é fácil. Não é para os sujeitos hospitalizados, não é fácil para os familiares que não abandonam seus postos de cuidadores, não é fácil para os profissionais que os acompanham, e não foi fácil, para mim, escutar e confrontar um sofrimento esquecido pela civilização.

Quando me propus a realizar essa pesquisa, era jovem, não pela idade, mas pela imaturidade. Fantasiava o mundo, não queria enxergar as dificuldades, queria acreditar que tudo isso se tratava de apenas um projeto, um pedaço de um percurso profissional. Ledo engano. Ao longo desses 2 anos e meio, cresci, e mais uma vez não foi pela idade. Cresci porque permite que a realidade se mostrasse a mim tal como ela é: dura e, ainda assim, bela. Após 2 anos concluído os estágios hospitalares, fiz novos planos, tomei outros caminhos, meu desejo me encaminhou para lugares jamais imaginados, mas havia essa pesquisa, um projeto pelo qual decidi e que precisava ser continuado. Pensei em desistir, confesso, sentia que “nada tinha a ver comigo” falar e escrever sobre isso, afinal, eu já não era mais aquela estudante que entrou nos hospitais.

Certo dia, conversando com uma pessoa muito especial, que nada me diz, apenas me escuta, falei sobre o medo de começar as entrevistas, de retornar aos hospitais, de reencontrar pacientes acamados, em sofrimento por uma doença que se impôs em suas vidas. “É trágico”, eu disse, e ela me respondeu: “quando você estava nos hospitais, foi isso que os pacientes te contaram? Ou você está contando sua própria versão da história?” Nesse dia, tudo mudou. Precisei reconhecer que também faço parte dessa civilização que rejeita tudo que não cabe no

“nosso belo quadro social”, como diria Raul Seixas. Também tive medo de encarar tudo aquilo que é da nossa condição humana: a finitude. A finitude da vida, a finitude dos corpos, a finitude dos outros, e a minha própria. Quando pude me reconhecer nesse lugar, lembrei que minha pesquisa não se tratava de mim, mas se tratava de escutar e contar a história de outros. Lembrei que a própria escolha de meu método fenomenológico de pesquisa e análise heideggeriana defendia, do início ao fim, a postura ética de escutar o que outro diz, como ele se mostra, nada mais e nada menos do que isso. Depois desse dia, guardei minha tragédia pessoal no bolso, e iniciei as entrevistas.

Não escutei histórias trágicas. O que escutei foram sujeitos vivendo a vida, sendo atravessados pela vida e tudo que ela comporta, a inevitabilidade de certas experiências, a impossibilidade de controlar a realidade do mundo, e uma força indescritível, imensurável, para suportar mais do que jamais supunham. Eles me contaram sobre o que viveram, seus medos mais íntimos, seus sonhos pro futuro, como lidaram com a angústia e como sustentam sua esperança mais sincera. Contaram histórias de homens, de mulheres, de famílias, de filhos e de mães. Uma verdadeira lição de quem não recua diante da vida, de quem a suporta como ela é. E inventa uma beleza nisso, fazendo nem tragédia e nem comédia, mas poesia.

Há mais a ser dito, e mais do que isso, há mais a ser escutado. Esse projeto de forma alguma esgota o que a pesquisa no âmbito dos cuidados paliativos com pacientes oncológicos pode construir. Uma pesquisa não pode e não deve ser só mais um instrumento, há sujeitos com suas histórias em jogo, eles merecem ser escutados, suas histórias merecem ser contadas aqui e em qualquer outro lugar. É preciso construir um espaço no mundo onde possamos romper com esse pacto da “sociedade do cansaço” que só se preocupa com a produção e o sucesso. Nenhuma história é uma história de sucesso além daquela de alguém que suportou a realidade de viver sua própria vida.

Nada do que possa estar escrito nesse trabalho será equiparável a experiência vivida na escuta de cada um desses sujeitos. Esse projeto é um recorte de uma experiência muito maior. Não realizei aqui só mais um passo do meu percurso profissional, mas realizei uma experiência no meu percurso de vida que me marcará para sempre. Entrego aqui um trabalho possível, atravessado por um apelo de sua continuidade por outros pesquisadores.

Deixo, por fim, meu máximo respeito e admiração a todos aqueles pra quem pude emprestar meus ouvidos, e que confiaram em mim para contar suas histórias.

Jamais esquecemos as histórias que escutamos.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. F.; ANDRADE, S. F. O.; MELO, M. O.; CAVALCANTE, K. B.; ANGELIM, R. M. **Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde.** In: Revista de Psicologia, v. 27, n° 2, p. 165-176, maio/ago, 2015.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 26, p. 1-49, 2015. Número Especial.

AREIA, N. P.; MAJOR, S.; RELVAS, A. P.; **Necessidades dos familiares de doentes terminais em cuidados paliativos: Revisão crítica da literatura.** Revista Psychologica, v. 60, n° 1, p. 137-152, 2017.

ASGEIRSDOTTIR, G.H.; SIGURDARDOTTIR, V.; GUNNARSDOTTIR, S.; SIGURBJORNSSON, E.; TRAUSTADOTTIR, R.; KELLY, E.; YOUNG, T. & VIVAT, B. **Spiritual well-being and quality of life among Icelanders receiving palliative care: data from Icelandic pilot-testing of a provisional measure of spiritual well-being from the European Organisation for Research and Treatment of Cancer.** *Eur J Cancer Care (Engl)*; 26(2)2017 Mar. <https://doi.org/10.1111/ecc.12394>

ARANTES, A. C. L. Q. **Indicações de Cuidados Paliativos.** Em CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: 2012.

BARBOSA, R. M. de M.; FERREIRA, J. L. P.; MELO, M. C. B. de, & COSTA, J. M. A. **Espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em Cuidados Paliativos.** In: Revista SBPH v. 20, n°1, Rio de Janeiro, Jan/Jun, 2017.

BEZERRA, J.; EVANGELISTA, C.; CRUZ, R.; FERREIRA, F. **Instrumentos que avaliam a espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa da literatura.** Revista InterScientia, v. 7, n. 2, p. 160-173, 30 dez. 2019.

BOURG, D. **O homem artifício.** Lisboa: Instituto Piaget, 2017.

BRANDÃO NETO, Manoel Guedes. **A vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos: sentidos nos discursos à luz da análise existencial de Viktor Frankl.** 2017. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **O que é câncer?** Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 23/05/2019.

_____. **Tratamento do Câncer.** Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento>. Acesso em 23/05/2019.

_____. **Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em 23/05/2019.

CASANOVA, M.A. Compreender Heidegger. 5.ed.Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

CASTRO, E. H. B. *A experiência do câncer infantil: repercussões familiares, pessoais e sociais*. Rev. Mal-Estar e Subjetividade. Fortaleza, Universidade de Fortaleza, 2010. V. X, n. 3, set, pp.971- 994p.

_____. **A experiência do diagnóstico: o significado no discurso de mães de crianças com câncer à luz da filosofia de Martin Heidegger** Tese (Doutorado) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto: Ribeirão Preto, 2009, 182 p.

CASTRO, E.H.B. A filosofia de Martin Heidegger. In: CASTRO, E.H.B. (Org.) **Fenomenologia e Psicologia: a(s) teoria(s) e práticas de pesquisa** – Curitiba : Appris, 2017, p. 17-26.

ESPINDOLA, Amanda Valério et al . **Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos**. Rev. Bioét., Brasília, v. 26, n. 3, p. 371-377, Dez. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000300371&lng=en&nrm=iso>. acesso em 12 de fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263256>.

FEEIJO, A. M. L. C. **A existência para além do sujeito**. 1º ed. Editora Viaverita, RJ. 2011.

FEEIJO, A. M. L. C. **A escuta e a fala em psicoterapia: uma proposta fenomenológica-existencial**. 2º ed. IFEN, RJ. 2010.

FARBEN, M. **The Foundation of Phenomenology: Edmund Husserl and the Quest for a Rigorous Science of Philosophy**. Editora: Aldine Transaction; Edição: 1; 2006.

FERNANDES, M.A. (2011). **Do Cuidado da Fenomenologia à Fenomenologia do Cuidado**. Em Adão José Peixoto & Adriano Holanda (Orgs). Fenomenologia do Cuidado e do Cuidar: Perspectivas Multidisciplinares [pp. 17-32]. Curitiba: Editora Juruá.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM F.R. **Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades**. Ciência Saúde Coletiva, 2008.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2011.

FOUCAULT, M. **Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Fim do século, 2010.

GOMES FERREIRA, T.; SIQUEIRA, C.; RODRIGUES, R.; MELO, J. **Um olhar fenomenológico sobre o cuidador familiar e os cuidados paliativos ao paciente oncológico**. Revista Arquivos Científicos (IMMES), v. 2, n. 1, p. 43-48, 22 jun. 2019.

GOTO, T. A.; HOLANDA, A. F.; COSTA, I.I. **Fenomenologia transcendental e a psicologia fenomenológica de Edmund Husserl**. Rev. NUFEN, Belém , v. 10, n. 3, p. 38-54, dez. 2018.

GOTO, T.A. **Introdução à Psicologia Fenomenológica**. A Nova Psicologia de Edmund Husserl. São Paulo: Paulus, 2015.

HEIDEGGER, M. **O caminho do campo**. São Paulo: Duas Cidades, 1969.

_____. **Ser e tempo**. Tradução: Marcia Sá Cavalcante Schuback. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

_____. **A caminho da linguagem**. Tradução Márcia de Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2003.

HOLANDA, A. F. **Fenomenologia e Humanismo: reflexões necessárias**. Curitiba: Juruá, 2014.

_____. **Psicologia, Religiosidade e fenomenologia**. Campinas, SP. Editora Alinea, 2004.

HUSSERL, E. (2012). **A Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental**. Uma introdução à Filosofia Fenomenológica. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária (Publicado em 1954)

_____. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution. Ed. Marly Biemel. The Hague: Martinus Nijhoff, 1952.

COSTA, Andrea; HUMBOLDT, Sofia von. A espiritualidade e as doenças crônicas nos idosos - estudo exploratório em idosos. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 69-74, abr. 2020. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862020000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210111>.

JOSGRILBERG, R. **Vivência filosófica e espiritualidade cristã em Edith Stein**. In: Notandum 33 set-dez 2013 CEMOrOC-Feusp / IJI-Universidade do Porto.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 10ª Edição, Martins Fontes, São Paulo/SP, 2017.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. Ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30

MICHELAZZO, J. C. **A espera do Deus ausente: Heidegger e o silêncio do divino**. Em: ANGERAMI, V. A. *Psicologia e religião* (p.43-64). São Paulo: Cengage Learning, 2008.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2014.

MONDIN, B. **Curso de Filosofia**. 6ª ed. São Paulo: Paulus, 1977.

NEVES, Larissa Gabriela Lins. **A dimensão do ser-homem na vivência do câncer de próstata: possibilidades à luz da Teoria Rogeriana**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

PEÇANHA, D. L. N. **Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença.** Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. C. Macieira, M.T. Veit, M. J. B. Gomes, P. Liberato & L. Holtz (Eds), *Temas em psicooncologia* (pp. 209-217). Summus, São Paulo/SP, 2008.

PEREIRA, D.G. & CASTRO, E.H.B. *Psicologia Fenomenológica: o método de pesquisa* In: CASTRO, E.H.B. **Práticas de Pesquisa em Psicologia Fenomenológica** – 1ª ed. – Curitiba : Appris, 2019.

RENZO, L. D. *et al.* **Alcoholic Beverage and Meal Choices for the Prevention of Noncommunicable Diseases: A Randomized Nutrigenomic Trial.** *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, v. 2018, Article ID 5461436, p. 13, jun. 2018.

REZENDE, L. C. S; GOMES, C. S; MACHADO, M, E. C. **A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos.** In: *Revista Psicologia e Saúde*, v. 6, n. 1, jan./jun. 2014, p. 28-36.

SETTE, C.P; GRADVOHL, S.M.O. **Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia.** *Revista de Psicologia da UNESP*, 13 (2), São Paulo/SP, 2014.

SILVA, Jonileide Manguieira da. **Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer: análise compreensiva com mulheres mastectomizadas.** 2013. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

OLIVEIRA, Márcio Roberto. **O sentido atribuído à experiência da comunicação do diagnóstico de câncer nos discursos de pessoas idosas sob a ótica do pensamento de Merleau-Ponty e Heidegger.** 2018. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018

OLIVEIRA, P.; FERNANDES QUEIROZ, P.; LIMA, C. C.; ROCHA, R.; BARBOSA, H.; VIEIRA, I. Percepção de homens sobre a influência da alimentação no câncer de próstata. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 90, n. 28, 24 dez. 2019.

SMELTZER, S. C.; BARE; Brenda G. **Brunner/ Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2011. v.1

UNESCO. *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.* Paris: Unesco; 2005.

VAN DER LEEUW, G. **La religion dans son essence et ses manifestations. Phenomenologie de la religion.** Paris: Payot, 1948.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. **Psico-oncologia: definições e área de atuação.** Em V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, P. Liberato & L. Holtz (Eds), *Temas em psico-oncologia* (pp 15-19). Summus, São Paulo/SP, 2008.

VIVAT, B; YOUNG, T E; WINSTANLEY, J; ARRARAS, J. I, BLACK, K; BOYLE, F; BREDART, A; CONSTANTINI, A; GUO, J; IRARRAZAVAL, M. E; KOBAYASHI, K; KRUIZINGA, R; NAVARRO, M; OMIDVARI, S; ROHDE, G E; SERPENTINI, S; SPRY, N; VAN LAARHOVEN, H. W. M. & YANG, G M. **The international phase 4 validation study**

of the EORTC QLQ-SWB32: A stand-alone measure of spiritual well-being for people receiving palliative care for cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*; 26(6)2017 Nov.

YANG, G. M; TAN, Y. Y; CHEUNG, Y. B; LYE, W K; LIM, S. H. A; PUCHALSKI, C.; NEO, P. S. H. **Effect of a spiritual care training program for staff on patient outcomes.** *Palliat Support Care*; 15(4): 434-443, 2017 08.

HUMANIZAÇÃO E DESUMANIZAÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE. Gomes, RM. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 312. 978-85-7541-491-0

Título Practical Radiotherapy: Physics and Equipment. Editores Pam Cherry, Angela M. Duxbury Edição 3 Editora John Wiley & Sons, 2019

MOTA, Rafael Turano *et al* . Qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão: scoping review. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, e180162, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000200301&lng=en&nrm=iso>. access on 13 June 2020. Epub Aug 19, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180162>.

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 7-16, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 14 June 2020. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>.

OLIVEIRA, M. P. *et al*. Visão do familiar cuidador sobre o processo de morte e morrer no domicílio. **Revista Baiana de Enfermagem, Salvador**, v. 30, n. 4, p. 1-11, out./dez. 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16405>. Acesso em: 25 abr. 2019

OLIVEIRA, Maria do Bom Parto de *et al* . **Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 21, n.2,e20170030,2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200202&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Feb. 2021. Epub Apr 27, 2017. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170030>. DOI: https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1_8

ANEXOS



Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Para pacientes

Convidamos o (a) senhor (a) para participar do projeto de pesquisa “**Sendo assim, um ser-para-a-morte: vivências da espiritualidade de pacientes e familiares experienciando os Cuidados Paliativos em Oncologia**”, de autoria de Amanda Carolina dos Santos Zanetti, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, nº 6200 (UFAM) telefone: 3305-1181 Ramal 4127. E-mail: amandazanetti23@hotmail.com. Orientada pelo prof. Dr: Ewerton Helder Bentes de Castro, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, nº 6200 (UFAM) telefone: 3305-1181 Ramal 4127 E-mail ewertonhelder@gmail.com, Venho muito respeitosamente pedir sua colaboração para participar desta pesquisa cujo objetivo é compreender o fenômeno da espiritualidade de pacientes oncológicos e seus familiares vivenciando os cuidados paliativos sob a ótica de Martin Heidegger.

De acordo com a resolução 466/12, não existe pesquisa com seres humanos sem riscos. Sendo assim, caso a entrevista mobilize conteúdos do senhor(a) que provoquem vivências de dor e de sofrimento, através do choro ou de questionamentos, a pesquisadora prontamente realizará um acolhimento inicial e, na medida em que houver necessidade, você será encaminhado para acompanhamento psicológico. Este acompanhamento tem duração média de 50 minutos, sendo realizado em mais ou menos 20 sessões, ocorrerá no Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia, que está localizado no Bloco X, setor sul do Campus da UFAM, senador Arthur Virgílio Filho, bairro Coroado I. Os telefones e e-mail para contato são: (92) 3305-4121/ (92) 99314-4121/cspapsicologiaufam@gmail.com.

É importante lembrar que caso o senhor (a) precise se deslocar para a realização da pesquisa, a pesquisadora se colocará em disponibilidade para pagar quaisquer despesas relativas a deslocamentos, como transporte e alimentação. Assim sendo, se o senhor(a) sofrer quaisquer danos materiais ou imateriais durante às etapas da pesquisa ou dos resultados do processo de pesquisa, a instituição proponente indenizará conforme prescrito na legislação brasileira, considerando o Art. 20 , inciso XXIV e XXV da Resolução CNS 510/16 que embasa a pesquisa com seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais e a Resolução CNS nº 466 de 2012 (IV.3.h, IV.4.c e V.7), que assegura o direito a solicitação de indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao seu participante. Se o senhor (a) quiser se retirar da pesquisa, poderá fazê-lo a qualquer momento que desejar, sem que isso interfira no seu acompanhamento na instituição de saúde (FCECON).

A pesquisa tem cunho social e científico, e busca através de diversos estudos, desenvolvimento, novas descobertas, mudanças, ampliação de conhecimento, transformações e principalmente: promover bem-estar para a população e a própria evolução da ciência.

Como pesquisadora, necessito compreender o fenômeno da espiritualidade de pacientes oncológicos em cuidados paliativos para possibilitar reflexões referentes às necessidades do cuidado espiritual destes sujeitos, de forma que, neste movimento, seja possível buscar e refletir o desenvolvimento de estratégias e recursos que adotem condutas mais humanizadas e que melhorem a qualidade da assistência em saúde oferecida a essa população, sendo este

um dos benefícios desta pesquisa. Outro benefício, exclusivo para os participantes da pesquisa, é possibilitar a disposição a escuta psicoterápica, e conseqüentemente, auxílio no sentido de ressignificar a vivência da espiritualidade em cuidados paliativos.

O procedimento adotado será entrevista áudio gravada com duração de tempo variável. A entrevista é confidencial e sigilosa, ou seja, seus dados pessoais não serão divulgados e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins deste estudo.

Sua participação neste estudo é voluntária. O (a) senhor (a) pode retirar-se a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de prejuízo perante esta sua decisão, da mesma forma em que não haverá nenhuma espécie de ganho material ou de cunho financeiro. Sendo o (a) senhor (a) participante deste estudo, terá sempre que necessário, esclarecimento de dúvidas no que diz respeito a qualquer etapa deste estudo, podendo entrar em contato com a pesquisadora, seu orientador e ainda no Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus–AM. Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / E-mail: cep.ufam@gmail.com.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

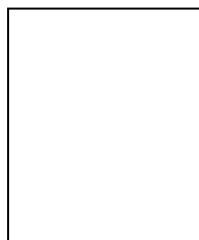
Fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação, portanto, concordo em participar do projeto de pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso me retirar quando quiser. Estou recebendo uma via deste documento, assinada, comprometendo-me de guardá-la.

Fui informado e aceito participar da pesquisa.

_____ / ____ / ____
Assinatura do participante Data

_____ / ____ / ____
Pesquisador Responsável Data

_____ / ____ / ____
Assinatura do Orientador Data





Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Para familiares

Convidamos o (a) senhor (a) para participar do projeto de pesquisa “**Sendo assim, um ser-para-a-morte: vivências da espiritualidade de pacientes e familiares experienciando os Cuidados Paliativos em Oncologia**”, de autoria de Amanda Carolina dos Santos Zanetti, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, n° 6200 (UFAM) telefone: 3305-1181 Ramal 4127. E-mail: amandazanetti23@hotmail.com. Orientada pelo prof. Dr: Ewerton Helder Bentes de Castro, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, n° 6200 (UFAM) telefone: 3305-1181 Ramal 4127 E-mail ewertonhelder@gmail.com, Venho muito respeitosamente pedir sua colaboração para participar desta pesquisa cujo objetivo é compreender o fenômeno da espiritualidade de pacientes oncológicos e seus familiares vivenciando os cuidados paliativos sob a ótica de Martin Heidegger.

De acordo com a resolução 466/12, não existe pesquisa com seres humanos sem riscos. Sendo assim, caso a entrevista mobilize conteúdo do senhor(a) que provoquem vivências de dor e de sofrimento, através do choro ou de questionamentos, a pesquisadora prontamente realizará um acolhimento inicial e, na medida em que houver necessidade, você será encaminhado para acompanhamento psicológico. Este acompanhamento tem duração média de 50 minutos, sendo realizado em mais ou menos 20 sessões, ocorrerá no Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia, que está localizado no Bloco X, setor sul do Campus da UFAM, senador Arthur Virgílio Filho, bairro Coroado I. Os telefones e e-mail para contato são: (92) 3305-4121/ (92) 99314-4121/cspapsicologiaufam@gmail.com.

É importante lembrar que caso o senhor (a) precise se deslocar para a realização da pesquisa, a pesquisadora se colocará em disponibilidade para pagar quaisquer despesas relativas a deslocamentos, como transporte e alimentação. Assim sendo, se o senhor(a) sofrer quaisquer danos materiais ou imateriais durante às etapas da pesquisa ou dos resultados do processo de pesquisa, a instituição proponente indenizará conforme prescrito na legislação brasileira, considerando o Art. 20 , inciso XXIV e XXV da Resolução CNS 510/16 que embasa a pesquisa com seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais e a Resolução CNS n° 466 de 2012 (IV.3.h, IV.4.c e V.7), que assegura o direito a solicitação de indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao seu participante. Se o senhor (a) quiser se retirar da pesquisa, poderá fazê-lo a qualquer momento que desejar, sem que isso interfira no seu acompanhamento na instituição de saúde (FCECON).

A pesquisa tem cunho social e científico, e busca através de diversos estudos, desenvolvimento, novas descobertas, mudanças, ampliação de conhecimento, transformações e principalmente: promover bem-estar para a população e a própria evolução da ciência.

Como pesquisadora, necessito compreender o fenômeno da espiritualidade de familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos para possibilitar reflexões referentes às necessidades do cuidado espiritual destes sujeitos, de forma que, neste movimento, seja possível buscar e refletir o desenvolvimento de estratégias e recursos que adotem condutas mais humanizadas e que melhorem a qualidade da assistência em saúde oferecida a essa população, sendo este um dos benefícios desta pesquisa. Outro benefício, exclusivo para

os participantes da pesquisa, é possibilitar a disposição a escuta psicoterápica, e consequentemente, auxílio no sentido de ressignificar a vivência da espiritualidade em cuidados paliativos.

O procedimento adotado será entrevista áudio gravada com duração mínima de uma hora. A entrevista é confidencial e sigilosa, ou seja, seus dados pessoais não serão divulgados e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins deste estudo.

Sua participação neste estudo é voluntária. O (a) senhor (a) pode retirar-se a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de prejuízo perante esta sua decisão, da mesma forma em que não haverá nenhuma espécie de ganho material ou de cunho financeiro. Sendo o (a) senhor (a) participante deste estudo, terá sempre que necessário, esclarecimento de dúvidas no que diz respeito a qualquer etapa deste estudo, podendo entrar em contato com a pesquisadora, seu orientador e ainda no Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus–AM. Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / E-mail: cep.ufam@gmail.com.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

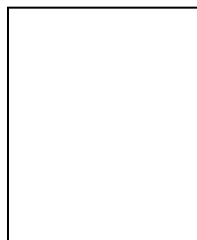
Fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação, portanto, concordo em participar do projeto de pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso me retirar quando quiser. Estou recebendo uma via deste documento, assinada, comprometendo-me de guardá-la.

Fui informado e aceito participar da pesquisa.

_____ /_____/_____
Assinatura do participante Data

_____ /_____/_____
Pesquisador Responsável Data

_____ /_____/_____
Assinatura do Orientador Data



Impressão Dactiloscópica

Anexo 3 – Parecer Consubstanciado

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SENDO ASSIM, UM SER-PARA-A-MORTE: VIVÊNCIAS DA ESPIRITUALIDADE DE PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Pesquisador: Amanda Carolina dos Santos Zanetti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29521220.9.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.974.294

Apresentação do Projeto:

Os cuidados paliativos referem-se a uma modalidade de atendimento oferecida as pessoas acometidas por uma doença, crônica ou aguda, que ameace gravemente sua vida. A filosofia vigente nesta abordagem garante assistência holística ao indivíduo que passa a ser acolhido nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Cada vez mais a espiritualidade tem ganhado foco em pesquisas na área da saúde devido sua influência positiva no enfrentamento de doenças crônicas, principalmente, as neoplasias. Contudo, as necessidades espirituais destes pacientes, geralmente, não são efetivamente atendidas em decorrência da falta de preparo dos sistemas públicos de saúde no Brasil. Partindo desta compreensão, esta pesquisa se objetiva compreender a vivência da espiritualidade de pessoas em Cuidados Paliativos sob a ótica da Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger. Através de uma abordagem qualitativa, será realizada coleta de dados com dez pacientes, acompanhados pela Fundação Centro de Controle em Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), e será feito uso dos parâmetros do método fenomenológico de pesquisa em psicologia, utilizando a entrevista fenomenológica áudio gravada, que partirá de uma questão norteadora. Para a análise das entrevistas deverá ser considerado: transcrição das entrevistas de forma literal; identificação das Unidades de Significado; a expressão psicológica nas Unidades de Significado e a elaboração das Categorias Temáticas. Os dados serão coletados somente após a aprovação do Comitê de Ética da UFAM, autorização da Instituição competente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre as reflexões propostas com a

pesquisa, busca-se também, ampliar discussões sobre esta temática, à medida que se oferecem oportunidades para que o outro descreva sua experiência e, para que junto dele nos seja possível refletir condutas mais humanizadas e melhorias na qualidade da assistência à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a vivência da espiritualidade de pessoas em Cuidados Paliativos sob a ótica da Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De acordo com as resoluções n.º 466/12 e 510/16 não existe pesquisa com seres humanos sem risco. Desta forma, compreendo que em decorrência desta pesquisa, os riscos estão relacionados ao rememorar de toda sua trajetória durante este adoecimento e todo o arcabouço de emoções vivenciados a partir da comunicação dos Cuidados Paliativos, provocando a vivência da dor e do sofrimento, externados através do choro, de questionamentos, da exacerbação emocional. Caso a entrevista mobilize conteúdos de forma intensa ou que cause sofrimento, a pesquisadora fará o acolhimento inicial e o(a) encaminhará para acompanhamento psicológico. Este acompanhamento tem duração média 50 minutos e será levado a efeito no Centro de Serviços de Psicologia Aplicada (CSPA/FAPSI/UFAM) e realizado em mais ou menos 20 sessões.

Benefícios: A entrevista fenomenológica é, inevitavelmente, terapêutica, uma vez que oferece ao entrevistado um espaço de fala, muitas vezes negligenciado, seguro e acolhedor, para que este descreva suas vivências, suas experiências, enfim, sua história de vida. Através da cooperação e da descrição de suas vivências, os participantes contribuirão para o conhecimento mais abrangente do ser-para-a-morte e do ser-espiritual durante o enfrentamento de uma doença ameaçadora da vida, trazendo em suas falas possíveis colaborações para outros que vivenciam a mesma experiência de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Critérios de inclusão e exclusão, anuências, cronograma, riscos e benefícios e TCLE adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado: o projeto está em conformidade com a resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1500363.pdf	08/04/2020 00:59:57		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.doc	08/04/2020 00:59:16	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito
Outros	TermodeAnuenciadoCSPA.pdf	29/01/2020 23:10:29	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito
Outros	TermodeCompromissodoPesquisadorResponsavel.pdf	29/01/2020 23:09:46	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito
Outros	CartadeAnuenciadoPesquisadorColaborador.pdf	29/01/2020 23:08:57	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito
Outros	CartadeAnuencialInstitucional.pdf	29/01/2020 23:06:40	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.docx	29/01/2020 23:01:11	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	29/01/2020 22:45:23	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/01/2020 22:33:46	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/01/2020 22:27:45	Amanda Carolina dos Santos Zanetti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 15 de Abril de 2020

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Anexo 4**ROTEIRO DE ENTREVISTAS DOS PACIENTES**

- a) “Gostaria que o Sr. (a). descrevesse para mim como tem sido sua vida a partir do momento que está em tratamento em cuidados paliativos?”
- b) “Como ficou sua vida após receber o diagnóstico de câncer?”
- c) “Você é religioso, você tem alguma crença?”
- d) “Se tiver alguma religião ou crença espiritual, como ela têm aparecido pra você nesse momento?”
- e) “O que mais tem fortalecido você nessa fase do tratamento?”

Anexo 5**ROTEIRO DE ENTREVISTAS DOS FAMILIARES**

- a) “Gostaria que o Sr. (a). descrevesse para mim como tem sido sua vida a partir do momento que (sua mãe ou seu filho) entrou em cuidados paliativos?”
- b) “Como ficou sua vida após (sua mãe ou seu filho) receber o diagnóstico de câncer?”
- c) “Você é religioso, você tem alguma crença?”
- d) “Se tiver alguma religião ou crença espiritual, como ela têm aparecido pra você nesse momento?”
- e) “O que mais tem fortalecido você nessa fase do tratamento (da sua mãe ou do seu filho)?