

LILIAN CLÁUDIA ULIAN JUNQUEIRA

Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área: Psicologia.
Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Ribeirão Preto-SP
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Junqueira, Lilian Cláudia Ulian
Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde. Ribeirão Preto, 2008.

226 f. : il.; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. De Psicologia e Educação.

Orientador: Santos, Manoel Antônio dos

1. Religiosidade. 2. Médicos. 3. Relação médico-paciente. 4. Fenomenologia. 5. Psico-oncologia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lilian Cláudia Ulian Junqueira

Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências.
Área: Psicologia.

Aprovado em ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Este trabalho foi apoiado pela CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, mediante bolsa de Mestrado.

DEDICATÓRIA

Aos médicos colaboradores desta pesquisa, que cuidam, incansavelmente, da dor e do sofrimento. Aos pacientes pelos encontros sublimes, que me inspiraram para a realização deste trabalho na edificação do verdadeiro sentido do cuidado. E aqueles que buscam, cotidianamente, alcançar o sentido em suas práticas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, aos meus queridos pais, Otair e Maria Auxiliadora, pelo cuidado constante dedicado ao longo de uma vida, pelas raízes sólidas, por nunca me permitirem desistir diante das dificuldades. Por acreditarem em todos meus sonhos. À minha amada mãe, pelas sementes acadêmicas compartilhadas ao meu caminhar. Meu muito obrigado pela oportunidade da vida!

Ao meu amado marido, Caê, desta e de outras vidas. Obrigada pelo amor incondicional, pela compreensão com minhas ausências e por caminhar ao meu lado sempre, com sua serenidade. Por partilhar de todos meus projetos com intensidade.

Ao meu querido orientador, Manoel, por acolher-me em sua trajetória de vida, pelos encontros edificantes, pela confiança e por incentivar-me a alçar vôos cada vez mais altos. Minha admiração e gratidão por tudo!

Meu irmão Luiz Eduardo pelo exemplo de disciplina; Ana Paula pela atenção e doçura; em especial Leonardo, meu sobrinho, agradeço pelas coisas erradas que pudemos fazer juntos, um acalento nas dificuldades. Ao Billy, pela companhia nas intermináveis horas no computador.

À querida Luciana Françoso por partilhar com sensibilidade das páginas de minha história. Obrigada pelas trocas e palavras de incentivo.

À Prof(a) Dr(a) Magali Roseira Boemer pela participação sublime em minha qualificação. Meu agradecimento pelas valiosas contribuições.

À Prof(a) Dr(a) Maria Alves de Toledo Bruns meu agradecimento pelas contribuições em amplitude na minha qualificação.

Aos queridos colegas do Núcleo de Cuidados Paliativos da FMRP-USP pelas longas discussões que tanto enriqueceram meu caminhar na pesquisa.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, a qual proporcionou meu desenvolvimento como pesquisadora. À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível Superior (CAPES) pelo apoio com a concessão da bolsa de mestrado.

À Bibliotecária Márcia Regina Silva, pelo excelente trabalho de revisão e normalização das referências.

À amiga, Thais Fonseca de Andrade pela amizade sincera construída neste caminhar e convívio enriquecedor.

À amiga, eterna educadora, Elô pelo constante incentivo no acontecer da pesquisa, companhia fiel e acolhedora.

Aos companheiros desta jornada, Roberta Costa Borges, Ivana Almussa Oliveira, Michel Arantes e à prima Jana, pelo constante aprendizado em nossas trocas cotidianas.

À querida amiga Mércia, pela simplicidade e seu desprendimento, são cativantes. Obrigada pelo reencontro e aprendizado constante!

À querida sogra Tânia Alonso, pelo carinho, amizade e conversas iluminativas, meu agradecimento.

Aos amigos e eternos companheiros de uma vida toda, que me proporcionam momentos únicos de alegria, distração, diálogos, risadas e compartilham de minha existência com carinho: Lú, Rosi, Paulinha, Dú, Joyce, Sandrinha, Thiago, Watuzzi, Xú, Cláudia, Vaninha e as tchucas.

Em especial, a todos os colaboradores desta pesquisa.

SENTIDO DA CAPA

A figura da Mandala, a palavra quer dizer:

Círculo em sânscrito! O círculo é a forma perfeita. São circunferências, algumas muito simples, outras com motivos primorosamente desenhados.

Dentro delas, existe um centro de onde tudo parte ou para onde tudo converge.

O círculo expressa a totalidade do universo e da alma humana.

O centro é o espaço de Deus ou o âmago da psique, que o psicólogo Carl G. Jung chamou Self. Desenhar ou colorir mandalas é uma maneira de trabalhar nosso universo interior de forma criativa. É uma atividade que ajuda a reunir energias dispersas e melhora a concentração.

A mandala é um reflexo da alma, como um quadro cujas cores são a expressão de um momento. Para os hindus, a mandala é o símbolo da presença divina no centro do mundo. Por isso, é considerada um yantra, uma imagem que serve como guia para a contemplação e a iluminação. Essas imagens arquetípicas podem nos ajudar a reunir forças dispersas quando estamos estressados, esgotados ou quando queremos entrar em contato com nosso eu interior. As mandalas exercem seu efeito através da meditação.

Esta mandala evocou-me o sentido da espiritualidade, na busca da integração. Pinteí-a, ao longo de duas semanas, logo após a realização das entrevistas com os colaboradores. Senti muita angústia e a necessidade de voltar com minhas pinturas. Foi necessário um distanciamento pessoal e sublimação na arte, por um retorno sereno para o momento das análises.

Um dia é preciso parar de sonhar e de algum
modo partir...

É melhor tomar um caminho, desembarcar dos
sonhos e tomar uma atitude.

Mil vezes a perspectiva de enfrentar a pior
tempestade do que as normais calmarias sem
rumos, sem ir a lugar nenhum. Barcos de
verdade não navegam por acaso...

Não existem atividades humanas sem riscos...
o risco maior da grande viagem está na
capacidade de se preparar...

O que importa na verdade, é o material de que
é feita a vontade e não o barco... No mar, conta
mais, infinitamente mais que a experiência, a
iniciativa, o respeito e a capacidade de
aprender.

É preciso ir além de mares demarcados...
Uma travessia não termina em qualquer lugar,
mas num ponto preciso, escolhido e alcançado.

E, quando não se toca esse ponto travessia
nenhuma existe”.

Fernando Pessoa

JUNQUEIRA, L. C. U. **Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde.** 2008. 224 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

RESUMO

Atualmente, os profissionais da saúde não vêm sendo preparados para lidar com as dificuldades inerentes à morte e o morrer, no entanto, observa-se que, dentre eles, é o médico que vivencia mais negativamente essa realidade, em detrimento das intervenções psicossociais. A literatura aponta que, crenças e práticas religiosas são importantes na vida de muitos pacientes que procuram assistência, entretanto, muitos médicos e demais profissionais da equipe ainda estão incertos sobre a melhor maneira para abordar questões espirituais e religiosas. Esta pesquisa teve a intenção de compreender a vivência de religiosidade de médicos oncologistas no cuidado com o paciente oncológico. Optou-se pela modalidade de pesquisa qualitativa, na perspectiva da Fenomenologia Ontológica- Hermenêutica de Martin Heidegger, para a compreensão das situações vivenciadas. Foram realizadas entrevistas com oito médicos oncologistas, após a assinatura do consentimento livre e informado. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, seguida de uma leitura ampla. Posteriormente, verificadas as convergências e divergências dos relatos, emergiram as categorias de análise. A análise interpretativa desvelou que os médicos têm uma abertura para a compreensão da dimensão religiosa do paciente, no entanto, a fazem com muita dificuldade e ambigüidade quanto às condutas a serem tomadas. Mostram-se sensíveis a uma nova postura médica que precisa de bases seguras para se solidificar, porém encontra-se em momento inicial, na construção de um novo paradigma, que transita entre o cuidar autêntico e o inautêntico. Revelaram a compreensão da importância de Deus, como facilitador ao enfrentamento da facticidade introduzida pelo adoecer e, paralelamente, relataram que, também buscam e confortam-se em sua relação com a espiritualidade e o transcendente. Diante do desamparo sentido pela angústia, na proximidade da fronteira vida-morte, emergem os modos de existir destes cuidadores, na medida em que deparam-se com a finitude humana. Alguns continuam agregados aos rituais religiosos, como missas, velórios e práticas de rezas como forma de elaboração do luto que vivenciam cotidianamente, assim, conservam a dimensão pública do evento morte. Outros mostram-se em uma postura mais contemplativa diante de um Deus interno, cultivando a religiosidade em seu mundo próprio, sem frequentarem rituais. Acolheram a necessidade do paciente *ser-com-o-divino*, nos diversos momentos, ao longo do tratamento. Embora, alguns médicos não se sintam confortáveis, ponderando o valor científico das práticas, não há oposição. Tendo em vista que o cuidado permeia toda e qualquer ação humana, segundo a ontologia de Heidegger, podemos vislumbrar, a partir dos resultados desta pesquisa, filosofias educacionais que envolvam os modos de *ser-com* e suas implicações para o cuidado e o existir autêntico na relação do médico com a religiosidade. (CAPES).

Palavras-chave: Religiosidade, Médicos, Relação médico-paciente, Fenomenologia Existencial, Psico-Oncologia.

JUNQUEIRA, L. C. U. **Experiences of oncologist Physicians : a study of the religiosity in the existential care within health.** 2008. 224 p. Dissertation (Masters) – Faculty of Philosophy, Science and Language of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

ABSTRACT

Nowadays, the health professionals have not been prepared to deal with the difficulties inherent to death and dying, however, it is noticeable that, among them, it is the physician who experiences more negatively this reality, for he is the focus of the patients and their relatives. Literature points out that beliefs and religious practices are important the lives of many patients who look for assistance, however, many doctors and other professionals of the staff are still wrong about the best way of approaching spiritual and religious issues. This research had the aim of comprehending the experience of religiosity of oncologist physicians in the caring of the oncologic patient. We opted for the qualitative research, through the perspective of Martin Heidegger's Ontological-Hermeneutic Phenomenology, to understand the situations experienced. We interviewed eight oncologist physicians, after the signature of the informed and free consent. The interviews were recorded and transcribed entirely, followed by a broad reading. After the convergences and divergences of the reports were verified, the categories of analysis emerged. The interpretative analysis unveiled that the physicians have an opening for the comprehension of the patient's religious dimension, however, they do it with much difficulty and ambiguity in relation to the actions to be taken. It is a new medical posture that needs safe foundations to solidify, but it is in an initial moment, in the construction of a new paradigm that oscillates between the authentic and non-authentic treating. The Physicians revealed the importance of God as a facilitator to the coping with the adversity of sickening and alongside they reported that they also search for and comfort themselves with their relation with spirituality and the transcendental. In the situation of helplessness caused by anguish, in the proximity to death, these care takers' existing forms emerge: some continue attached to religious rituals, such as masses, funerals and praying practices as a way of elaborating the grief that they experience daily, so as to keep the public dimension of the death event. Others show themselves in a more contemplative posture before an inner God, cultivating the religiosity in their own world, without attending rituals. The physicians incorporated the patient's necessity of *being-with-the-divine*, in the various moments along the treatment. Although some physicians do not feel comfortable, considering the scientific value of the practices, there is no opposition. Seen that the care permeates all and every human action, according to Heidegger's ontology, we can discern educational philosophies that involve the results of this research and the *being-with* ways and their implications for the caring and the authentic existing in the relationships between physicians and religiosity (CAPES).

Key-words: Religiosity, Physicians, Physician-patient relationship, Existential Phenomenology, Psycho-Oncology.

SUMÁRIO

INICIANDO O CAMINHO.....	21
CAPÍTULO 1- Percorrendo a Religiosidade na Pós-modernidade.....	28
1.1 Algumas definições necessárias: a fé, a espiritualidade e a religiosidade.....	31
1.2 Papel atualmente assumido pela religiosidade: o enfrentamento do desconhecido, a morte.....	36
1.3 Desenvolvimento religioso: construção da dimensão transcendental.....	44
CAPÍTULO 2- Questões religiosas na prática clínica - o sagrado e o profano.....	47
2.1 Modos de ser do homem religioso.....	52
CAPÍTULO 3- Histórico do cuidado médico e a relação com a Psico-oncologia.....	56
3.1 Foco do cuidado: o paciente oncológico.....	59
3.2 Ser médico e as vicissitudes do cuidar.....	63
CAPÍTULO 4 - Medicina, Religiosidade e Cuidados Paliativos: trilhando um caminho comum.....	69
4.1 Educação para a morte: re-humanização de um processo.....	71
CAPÍTULO 5 – Trajetória qualitativa e o método fenomenológico.....	76
5.1 Caminho teórico-metodológico.....	78
5.2 Entrevista Fenomenológica.....	85
5.3 Percurso da composição dos colaboradores e coleta de dados.....	87

5.4 Colaboradores.....	92
5.5 Análise Compreensiva.....	95
5.6 Acesso aos colaboradores.....	97
5.7 Local.....	104
5.8 Implicações Éticas.....	104
CAPÍTULO 6- Perspectiva ontológica hermenêutica de Martin Heidegger.....	105
CAPÍTULO 7- Horizonte compreensivo das vivências médicas de religiosidade no cuidado com o paciente oncológico à luz da fenomenologia de Martin Heidegger.....	114
CAPÍTULO 8 - O desvelar dos sentidos da religiosidade no cuidado na relação médico-paciente.....	163
CAPÍTULO 9 – Caminhos possíveis.....	167
Considerações Finais.....	176
CAPÍTULO 10 – Referências Bibliográficas.....	178
ANEXOS	
ANEXO 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	188
ANEXO 2- Autorização do Serviço de Oncologia.....	190
ANEXO 3- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	192
ANEXO 4- Transcrição das Entrevistas com os colaboradores.....	194

INICIANDO O CAMINHO

Ao lançar esta pesquisa, compartilho com o leitor as minhas vivências ao longo de minha trajetória como pessoa e profissional, em diferentes momentos da minha vida, buscando, em meu percurso, os sentidos que me permitiram, gradualmente, configurar o foco da minha investigação.

Iniciou-se desde a escolha da minha opção pela graduação, a Psicologia que tanto me fascinava: refletir acerca de como cada pessoa se configurava, seu modo de ser, o porque das pessoas serem tão diferentes. Na graduação, sempre me interessei pela clínica, sendo que, nos estágios em que passei, me instigava pensar como um paciente evoluía de uma sessão para outra, a partir da sua fala e interação com outra pessoa.

Particpei do estágio/pesquisa de Plantão Psicológico, sob orientação da Profa. Dra. Juliana Vendruscolo, no qual as urgências ali atendidas me despertavam grande insegurança e, ao mesmo tempo, interesse. Penso que as supervisões foram fundamentais para construir uma base segura que me permitiu lidar com o inóspito.

Simultaneamente desenvolvi o estágio de Psicologia da Saúde, sob a supervisão das docentes Profa. Dra. Elizabeth Ranier Martins do Valle e Profa. Dra. Juliana Vendruscolo. No primeiro semestre de 2004, passei pelo ambulatório, onde a vivência foi desafiadora no contato com os primeiros pacientes e suas comorbidades. Além da questão subjetiva que ali apresentavam, havia o sofrimento orgânico. Superada essa dificuldade inicial, optei por me aventurar no hospital geral. Foi quando superei a maior parte das minhas resistências e pude compreender que ajudar alguém é mais que cuidar dele, é *ser - com*, existir com ele naquela vivência tão difícil e única, de sofrimento no enfrentamento do adoecer.

Passado esse tempo caminhei naturalmente pelo campo das pesquisas, pois achava importante refletir e relatar o que vivia e sentia. Foi então, que despertei meu interesse por pesquisar os cuidadores, familiares. Desenvolvi a pesquisa com o paciente portador (portador) do mal de Alzheimer e respectivo cuidador (cuida-dor), e pude compreender, sob o prisma da fenomenologia, o quanto essa relação era sobrecarregada para quem cuidava. Fui percebendo o porquê sentia que aqueles pacientes atendidos na clínica também despertavam emoções em mim, que, por vezes, alteravam o que eu sentia ou pensava. A Fenomenologia foi se configurando como um modo de pensar e nasce um interesse em seguir os estudos na temática.

Ao concluir a graduação, essa vivência foi tomando dimensão, em meu mundo prático e comecei a trabalhar como psicóloga no cenário hospitalar. Desenvolvi atividades com pacientes de alta complexidade, o que incluía os oncológicos, por cerca três anos em um hospital geral de caráter filantrópico, onde pude conviver de perto com adversidades, sofrimentos, perdas, incertezas e urgências da dor psíquica que, muitas vezes se oculta na dor física.

Em minha atuação, frequentemente deparei-me com as inseguranças da equipe, e com as minhas. Mais precisamente, com uma singularidade: o contato com o paciente oncológico, que me despertava tanta resistência no início, pois me deparava com minha impotência, fragilidade e frustração, tanto como profissional, quanto como pessoa, ao me dar conta daquilo que eu tanto procurava era também aquilo de que me distanciava: a finitude humana.

Neste momento busquei obter novos conhecimentos e informações, surgindo a oportunidade de iniciar a formação em Psico-oncologia. Sentia que, mais do que um preparo técnico para lidar com os pacientes, eu precisava de algo para, além disso, um acolhimento que me permitisse entrar em contato com aquela realidade, descobrindo alternativas que me

possibilitassem vivenciá-la de maneira confortável. Foram muitas e enriquecedoras vivências junto aos pacientes, familiares e membros da equipe, um capítulo único da minha vida que trouxe novos sentidos de existir, possibilidades transcendentais frente a inúmeras adversidades, um processo de amadurecimento.

Com o tempo e minhas vivências, descobri um novo modo de estar com os pacientes, onde é possível me envolver emocionalmente, mantendo-me próxima de tanto sofrimento e tantas perdas. Descobri, a cada dia, a importância de estar com cada paciente, qualquer que seja seu estágio ou prognóstico. O desafio é permanecer inteira, na acepção própria da palavra “inteira”, pois me relacionava sempre nos atendimentos com um paciente “inteiro”, um ser bio-psico-social-espiritual.

O questionamento sob a dimensão espiritual que emergia nos atendimentos acentuou-se, pois quase sempre que o paciente se deparava com a possibilidade da morte ele trazia conteúdos de suas crenças religiosas, como que buscando significar as angústias, as perdas, o desconhecido. Neste momento, sentia-me inquieta quanto à conduta que deveria ter ou que esperavam de mim: eu não tive preparo na formação acadêmica para lidar com questões religiosas. Como manejar todos esses conteúdos que emergiam? Após muitas reflexões sobre a temática religiosidade e pesquisas no universo, as coisas foram se clareando e, concomitantemente, ficando mais complexas.

Os conteúdos que emergiam me causavam muito desconforto. Não era a dor do sofrimento, mas a dor da significação, de dar um sentido aquela vida que partia, aquele projeto de vida que findava. Muitos conseguiam e faziam sua passagem, vou chamar assim, de forma serena; outros, nem tanto. Caiam em desespero e profunda revolta. Então, pensei, se duas certezas que temos no processo da vida, o nascer e o morrer, poucos são os correlatos seguros do antes do nascer e depois de morrer, então concluí que tudo é transitório, me deu

essa sensação acalentadora de que o importante é aproveitar o intervalo, sendo que o presente é a única certeza que temos, do hoje. Desta forma, tentei da melhor maneira possível, estar presente junto a eles no hoje e, deste fazer-se especial, ouvi-los, acolhê-los. Às vezes, somente um aperto de mão era possível, mas com a certeza de estarmos juntos nesta tarefa tão única e necessária do cuidado.

No início de 2006, procurei o programa de pós-graduação da FFCLRP-USP e pude participar da disciplina “O câncer, a morte e o morrer” como aluna especial; pude me aproximar do Professor Manoel e começamos a dialogar sobre a possibilidade da pesquisa. Este momento foi decisivo para mim, pois ao refletir durante a disciplina, mais precisamente sobre questões referentes ao sofrimento vivido pelos pacientes terminais, pude perceber que minha inquietação com relação à morte acentuou-se e, assim, procurei levar esta reflexão para o meu trabalho e para o próprio sentido da vida.

Minha inquietação, foi se configurando, gerando minha questão de pesquisa: eu encontrei um caminho para lidar com a dimensão existencial, particularmente dos pacientes oncológicos, mas e os outros profissionais, como lidam, em especial, o médico? Vejo, na maioria dos discursos dos pacientes, a figura de confiança centrada no médico e a carga emocional que acompanha esse vínculo. Como será que o médico lida com o momento da comunicação do diagnóstico? Como lida com os possíveis aspectos religiosos que possam surgir nesse momento decisivo para ambos: médico e paciente? Quando os pacientes estão fora de possibilidades de cura, em que solo o profissional se apóia? E nas outras etapas do tratamento? Enfim, como a religiosidade é vivenciada pelo médico no cuidado com o paciente oncológico?

Todos estes questionamentos me levaram, naturalmente, à reflexão acerca da morte e finitude, temas que surgiam juntamente com as experiências religiosas. Vejo que não era

somente uma forma de conforto e suporte que os pacientes buscavam, mas tratava-se primordialmente de uma angústia profunda para ressignificar a vida, nem que essa fosse sua última tarefa. Na seqüência, apresento o desenvolvimento de minha incursão teórica na exploração qualitativa da temática investigada. No primeiro capítulo apresento o cenário da **Religiosidade pós-moderna** com os novos modos de ser religioso, a presença diversificada de uma grande sede de espiritualidade, a qual pode surgir mesmo fora de uma religiosidade instituída. Descrevo o papel no enfrentamento do desconhecido, que traz a busca que a pessoa faz diante da ameaça inminente de morte, frente ao incógnito, o mistério. Mostro algumas finalidades e estudos da religião em pesquisas correlatas e, por fim, algumas definições necessárias acerca dos conceitos empregados pela literatura: fé, espiritualidade e religiosidade. No capítulo também abordo o desenvolvimento religioso, apresentando as posições religiosas que as pessoas assumem ao longo da vida e suas atitudes e finalizo com as questões religiosas que emergem na prática clínica. No capítulo **2 Questões religiosas na prática clínica – O sagrado e o profano** apresento os modos de ser do homem religioso. No capítulo **3** discorro acerca **do histórico do cuidado médico e a relação com a Psico-oncologia**, discorrendo acerca das posturas e formação profissional, uma breve explanação acerca do foco no cuidado: o paciente oncológico. A seguir, no capítulo também abordei o Ser médico e as vicissitudes do cuidar, abordando algumas pesquisas que se ocuparam da relação médico-paciente-cuidado, as dificuldades encontradas e possibilidades, juntamente com as características necessárias para um bom cuidado. No tópico seguinte, capítulo **4 Medicina, Religiosidade e Cuidados paliativos trilhando um caminho comum**, traço um panorama da necessidade de uma educação para a morte: re-humanização de um processo, buscando ilustrar a singularidade no processo de cuidar e a necessidade de desenvolvimento de um novo olhar sobre o ser que adoece. Início o capítulo **5** circulando o **caminho teórico-**

metodológico da pesquisa, a opção pelo **método de investigação de cunho fenomenológico**, o percurso, a estratégia de acesso aos colaboradores, composição e caracterização dos colaboradores. No capítulo **6** abordo a **Perspectiva ontológica hermenêutica de Martin Heidegger**, filósofo existencialista, os modos de existir e possibilidades de cuidado do outro, que serviu de embasamento para a reflexão dos resultados, juntamente com outros autores existencialistas citados no corpo do trabalho. Segue no capítulo **7**, o **Horizonte compreensivo das vivências de religiosidade dos médicos**, trazendo as categorias que emergiram dos discursos e as compreensões da análise filosófica à luz de Martin Heidegger. Em seqüência, no capítulo **8 O desvelar dos sentidos da religiosidade no cuidado na relação médico-paciente**, realizei uma síntese reflexiva das vivências. No capítulo **9-Caminhos possíveis** foi realizada uma discussão geral acerca dos temas tratados ao longo de toda pesquisa e suas implicações para o cuidado na assistência ao paciente. Conclui, nas **considerações finais**, expondo algumas breves reflexões e inquietações advindas ao longo do processo da pesquisa.

O presente estudo teve como finalidade investigar a presença de religiosidade nos médicos que cuidam de pacientes com câncer, indagando-se de que maneira ela aparece no contexto da sua relação com o paciente e como lidam com essa vivência?

A proposta se insere em uma linha de pesquisa Psicologia da saúde, desenvolvida pelo Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos, junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Esta focaliza o processo saúde-doença em sua complexidade e, para tanto, entende ser necessário desenvolver estudos relacionados a vários fatores e processos envolvidos nesse campo, dentre os quais podemos destacar as condições em que se apóia o cuidador, em especial o médico, foco de atenções na Psico-oncologia, sendo o tema que me

interessa, visando compreender a religiosidade como um aspecto subjetivo do cuidado, quando emerge na relação médico-paciente.

Frente à realidade exposta, cabe refletir acerca de outras possibilidades de compreensão do cuidado, como a presença da religiosidade, pouco discutida nos meios da saúde ou acadêmicos. Acredita-se que este estudo possa ampliar a visão do cuidado ao paciente oncológico, mostrando ser possível valorizar suas crenças e individualidade, sem abdicar do caráter científico do atendimento. Como contribuição potencial, espera-se que a proposta possa suscitar novas reflexões acerca da interface da religiosidade na prática clínica de médicos oncologistas e outros profissionais da equipe.

1. Percorrendo a religiosidade na pós-modernidade

Este início do século XXI caracteriza-se por um desafio essencial, ou seja, um movimento de retomada de uma dinâmica espiritual, a qual vem sendo abafada ou delegada à modernidade. A época atual é individualizada por um grande paradoxo: de um lado, fatos que incendeiam a vida religiosa e, de outro, presenciamos, na mesma sociedade, a proliferação das mais variadas manifestações do sagrado, testemunhando que a discussão religiosa, que parecia ter desaparecido, continua mais viva do que nunca (GIOVANETTI, 2004; TEIXEIRA, 2005).

Para Winck (2006), a pós-modernidade é testemunha do esfacelamento das instituições, entre as quais as grandes religiões, ao passo que uma religiosidade híbrida, mutante e provisória, instala-se em seu lugar. Esta nova religiosidade aponta o surpreendente crescimento do fundamentalismo, em todas as religiões, não só nas monoteístas. Com a perda de todas as referências, as celestes e as terrestres, o homem e a mulher contemporâneos se percebem sem um norteamento, sem solo, perplexos, prontos para aderir ao primeiro pregador de certezas, que possa lhes restituir, ao menos, uma direção de vida. Neste contexto, aparecem tanto as versões fundamentalistas das religiões milenares, quanto a miscelânea dos novos movimentos religiosos, provendo verdades e explicações para todos. Giovanetti (2004) ressalta que a perda de referências espirituais, na civilização, tem despertado uma crise profunda no homem com a perda de sentido, uma vez que a Igreja sempre se posicionou como uma guardiã do eixo da civilização.

Bauman (1998), em sua obra “O mal-estar da pós-modernidade”, menciona que a pós-modernidade é marcada por um surto de aconselhamento em função da insegurança existencial centrada na identidade individual. Ele afirma que homens e mulheres pós-modernos realmente precisam de um alquimista que possa, transformar a incerteza da vida em preciosa auto-segurança, com a autoridade aprovadora. Os homens não precisam mais de pregadores que lhes apontem suas fraquezas e insuficiências humanas. Segundo o autor, eles precisam da reafirmação de que podem fazê-lo por si e de um norteamento a respeito de como fazê-lo em suas condutas.

Uma possível explicação para este fenômeno esclarece que a pós-modernidade caracteriza a época da liquidação de todos os valores e crenças. Se, na modernidade, em que Marx, Nietzsche e Freud já haviam anunciado a morte de Deus, a pós-modernidade apregoa a morte do homem; de tudo aquilo que apóia após o fim da transcendência. Nesta perspectiva, observa-se, no século XX, uma necessidade de cancelar Deus, como se o homem pudesse se bastar sozinho. Paralelamente, há um retorno da espiritualidade e do desenvolvimento de novas religiões. Nas pesquisas da psicologia e outras áreas da saúde poucas são as pesquisas acerca das intervenções. No entanto, apesar de poucas elaborações teóricas sobre o campo religioso da experiência humana, nota-se a ampliação dos pesquisadores sobre religião e espiritualidade (BREITBART, 2003; GIOVANETTI, 2004; WINCK, 2006; KÓVACS, 2007; AMATUZZI, 2007).

Zilles (1991), em sua obra, “Filosofia da Religião”, faz alusão ao filósofo ateu Nietzsche, que já dizia, no começo do século, que “*Deus está morto*”. Na reflexão acerca do ateísmo de Nietzsche, a morte de Deus representa o fim da opressão e da ameaça que limitava o homem, propiciando, assim, o surgimento de uma nova aurora da liberdade. Esse autor complementa com o pensamento do filósofo alemão Bernhard Welte, que defendia a idéia de

que Deus é apenas um pensamento, que leva a uma fuga do mundo e das grandes tarefas humanas. Desse modo, o niilismo, corrente filosófica liderada por Nietzsche, aparece como a raiz dos males do homem contemporâneo, caracterizando a negação dos princípios que antes organizavam a existência humana em sociedade (GIOVANETTI, 2004).

Eliade (1992), ao relatar, historicamente, a experiência religiosa da vida, explica que “o afastamento divino” expressa, na realidade, o interesse do homem, cada vez maior, por suas próprias descobertas religiosas, culturais e econômicas. Voltado para as hierofanias (símbolos religiosos) da vida, em descobrir o sagrado da fecundidade terrestre, buscando experiências religiosas mais concretas, o homem se afasta do Deus celeste e transcendente. A descoberta da agricultura transforma a economia do homem primitivo e a do sagrado. Outras formas religiosas entram no cenário: a sexualidade, a fecundidade e a mitologia da mulher e da terra. Desse modo, a experiência religiosa torna-se mais concreta e íntima da vida humana.

Teixeira (2005) menciona que, a despeito da força que tem marcado os rumos da modernidade secularizadora e desencantada, podemos vislumbrar a presença diversificada de uma grande sede de espiritualidade, a qual pode surgir mesmo fora de uma religiosidade instituída. Na nova era, a pós-modernidade coloca, ao alcance de cada pessoa, uma perspectiva de auto-aprendizado dessa experiência religiosa. Em lugar de celebrar a fraqueza humana, a concepção pós-moderna pressupõe a capacidade infinita de sua realização. O aprofundamento da dimensão religiosa promove o crescimento da pessoa em delicadeza e cortesia espiritual, superando o sentimento de individualismo.

É mister ressaltar, nas modificações deste contexto pós-moderno, a presente transformação de posicionamento religioso, onde o homem passa a ser referência central e única dos atos e das ações que pratica. Ele vai se afirmar, enquanto valor e princípio

organizador de toda a sociedade. Em vez da referência externa, passa a posicionar-se como ser responsável pelas suas ações. Todo o ideário passa a ser relativo, no mundo atual; as antigas certezas são pareadas com as novas descobertas e ambas são imediatamente questionadas. Este cenário de relativismo atinge o cotidiano e até questiona a identidade do homem atual (GIOVANETTI, 2004).

Em outra perspectiva, Pessini (2004) incita o renascimento da religião. Para surpresa de muitos, fundamentalmente na academia e nas ciências, presenciamos o renascimento das religiões, em diversos âmbitos da vida humana. A época moderna levou o homem a desejar uma realidade totalmente iluminada pelo conceito, a qual expressasse o poder da razão, a inclinação para o pensamento. Agora, na pós-modernidade, o homem busca o além da totalidade luminosa. No pensamento atual, a crise de sentido perpassa o panorama emergente. Neste novo horizonte, existem alguns sinais de esperança, explicitados por uma busca de sentido perdido, evidenciada em uma redescoberta do outro.

A última questão que aparece, é a conceituação do momento do despertar da “nova era”, denominada a *New Age*. A nova temporada cria uma atmosfera religiosa, respeitando uma dupla busca espiritual: a primeira, segue em direção à própria interioridade e, a outra, visa entrar em comunhão com a natureza, no sentido de preservar o espaço habitado pelo ser humano. O movimento da “nova era” situa-se distante da agitação da sociedade contemporânea, buscando espaços de paz e serenidade (PESSINI, 2004).

1.1 Algumas definições necessárias: a fé, a espiritualidade e a religiosidade

A fé, nas variadas crenças, versa sobre algo misterioso e não palpável, como a morte, mas que traz, em seu bojo, o conforto àqueles que procuram, de alguma forma, entender algo

além do conhecido, pelas vias da razão. Assim, a aproximação da ciência à religião torna-se compreensível, sendo que a maioria das pessoas teoriza, de alguma maneira, sobre a vida após a morte, o que costuma trazer alento àqueles que compartilham da fé: pacientes, familiares e profissionais.

Giovanetti (2004) discorre acerca da fundamentação antropológica do religioso, mostrando que a espiritualidade quer elucidar toda a dinâmica da vida espiritual do ser humano, isto é, abranger todas as articulações da dimensão espiritual, enquanto o termo “religiosidade” implica uma relação com algo transcendente ao homem, como um ser superior a ele.

Assim, ter contato com a espiritualidade é fazer um mergulho dentro de si mesmo; é interiorização, reflexão, viver um momento consigo próprio. A busca pela transcendência pode se dar de algumas maneiras, como a meditação, yoga, psicoterapia. Já a religiosidade implica crer na existência de um ser superior a si, chamado por alguns de “Deus”, um ser que governaria suas ações e que lhe forneceria orientações de como agir, por meio de dogmas, mandamentos e crenças.

Herrera (2004) afirma que a espiritualidade agrupa idéias filosóficas acerca da vida e seus propósitos, possuindo um poder de significação para o ser, saber fazer, que se pode reconhecer como um impulso unificador, servindo como um sistema de guia básico para o bem-estar humano, motivador das escolhas e buscas necessárias. O autor complementa que a espiritualidade não é prerrogativa dos crentes, podendo estar desvinculada da religião e não se expressar como prática religiosa, ou seja, é um componente da saúde que se relaciona com a essência da vida.

A espiritualidade perpassa por um sentimento oceânico; não tem limites, contornos, causas ou lógica. Ela abre um leque infinito de possibilidades e interpretações. A religião

carrega uma estrutura, uma organização com conceitos e linguagem definidos; estabelece pressupostos, atribui sentidos, valores e define marcos de espaço e tempo inseridos na história (ANCONA-LOPEZ, 2004).

Para Teixeira (2005), a espiritualidade é algo que surge para além da esfera do humano; ocorre na profundidade de sua vida. Traduz a força de uma presença que escapa à percepção do humano e, simultaneamente, desperta, na pessoa, a necessidade de percorrer e captar esse sentido onipresente.

Valle (2004) elucida reflexões acerca dos conceitos de religião e religiosidade. Afirma que as religiões acenam para uma realidade culturalmente construída, perante a qual seres dotados de consciência reagem. Nela, entra em jogo interativo e pró-ativo o homem todo, incluindo seu inconsciente e demais constitutivos do seu ser como: o biológico, o afetivo, o cognitivo e o interpessoal. Desta composição emerge o *homo religiosus*, cuja experiência espiritual põe-no ante o Absoluto, seja qual a definição nomeada para este. A religiosidade põe em questão todos os níveis da consciência humana, em particular uma intenção de referência a uma realidade maior, invisível e numinosa, da qual depende a opção fundante do ser e do viver. Portanto, a religiosidade é simultaneamente produto de um processo de socialização com valores de uma cultura; uma experiência única: mística, apofágica e poética.

Ao abordar o conceito de religiosidade, Valle (2004) refere utilizar-se de uma linguagem fenomenológica, sendo a primeira algo inerente à experiência subjetiva do transcendente, caracterizando a experiência individualizada do transcendente, devendo ser distinguida de religião, que é sua matriz instituída. Na religiosidade ocorre uma explicitação, uma culminação e uma síntese, só possíveis porque o ser humano possui uma consciência e um self em condições de dar sentido ao que percebe em si, nos outros e no mundo.

Giovanetti (2004) menciona que a religiosidade implica, fundamentalmente, uma relação com alguém que reverencia e reconhece como maior do que a si próprio; a vivência de religião é oriunda do latim *re-ligare*, ou seja, religar-se com Deus. Viver no dia-a-dia essa consequência da ligação com Deus, e colocando em prática os seus ensinamentos, é desenvolver a religiosidade.

A fé é algo individual, uma crença, uma verdade para si, independente de espiritualidade ou religiosidade, mas podendo estar presente em ambas. É compreendida por Lazarus e Folkman (1986) como um tipo de crença existencial, sendo importante aliada no processo de enfrentamento de situações limite da existência, podendo auxiliar a pessoa a obter ou conservar a esperança. Além de ajudá-lo, a encontrar um sentido para a vida e a doença, facilita a emergência de recursos psicológicos relevantes para combater a enfermidade (NEME, 1999).

A religião declarada ou praticada pode estar mais ou menos separada da fé. A Fé é realmente aquilo que dá sentido à vida da pessoa, uma confiança básica, a forma de sua energia para viver, nem sempre coincidente com uma religião assumida. A fé faz parte tanto das religiões tradicionais quanto da busca pessoal pela religiosidade e pode passar por vários estágios (AMATUZZI, 1999; KÓVACS, 2007).

Para Macieira (2004), a fé é um instrumento poderoso, tem poder curativo e proporciona conforto psicológico. Caracteriza-a como uma qualidade necessária ao crescimento humano, consistindo em nossa confiança para expandir e ir além, embora seja necessário exercitá-la, na vida cotidiana, crendo na sua existência, para que ela possa ser sentida.

Kovács (2007) afirma que a espiritualidade está ligada a uma busca de compreensão do sentido de vida, relacionada a uma religiosidade intrínseca, envolvendo contemplação e

reflexão sobre as experiências de vida. Situa que religiões são crenças com tradições acumuladas, envolvendo símbolos, rituais, cerimônias, podendo trazer explicação tanto para a vida como para morte. Envolve a tentativa de compreensão de vida, a qual pode estar ligada a uma figura divina ou força superior. Atualmente a espiritualidade, isto é, a relação que o crente estabelece com o transcendente, sinaliza para a busca de satisfação dos próprios desejos, algo que é de se esperar no contexto sócio-histórico capitalista, no qual vivemos. Essa tendência é reforçada no mundo ocidental com a postura típica do sujeito na sociedade de consumo, que hipervaloriza o individualismo e separa o mundo material do mundo divino ou espiritual (GIOVANETTI, 2004).

Toda reflexão sobre o tema da religiosidade envolve, por parte do psicólogo, algum raciocínio avaliativo. Em seus exames clínicos (formais ou informais), o profissional deve considerar os aspectos sadios e patológicos, o modo de expressar esses conteúdos, o sentido que assumem os conflitos e tensões a ela relacionadas, o amadurecimento psicológico e seu reflexo nas relações do sujeito (ANCONA-LOPEZ, 1999).

Considera-se que a experiência religiosa surge no momento da mais profunda interrogação humana, presente em todo homem, independentemente de estar ligado ou não a um credo. Ela é constitutiva do ser humano, embora não possa ser vivenciada, devido ao estilo da pessoa, isto é, mais articulada na superficialidade, sem dimensionar os sentidos existenciais (GIOVANETTI, 1999).

A fé, a religiosidade e, principalmente, a espiritualidade são aspectos que merecem destaque, pois é muito comum o paciente apegar-se à sua crença no momento de sofrimento, com o câncer em desenvolvimento. Valle (2004) complementa que a fé e a religiosidade podem vir a preencher esse vazio explicativo para a doença que se instala ou para a morte que se avizinha ou já aconteceu.

1. 2 Papel atualmente assumido pela religiosidade: o enfrentamento do desconhecido, da morte.

Podemos dizer que, quando o corpo adoece, não é apenas uma parcela biológica da pessoa que se perde, mas a vida que se altera em suas dimensões conhecidas: individual, social, familiar e espiritual. Modificam-se os papéis que a pessoa desempenha na sua relação com o mundo, profissão, imagem corporal, sexualidade; os projetos são vividos a curto prazo.

Faria e Seidl (2005) destacam o papel da religiosidade no enfrentamento do processo saúde-doença. Denominaram de “enfrentamento religioso” o uso de estratégias cognitivas e comportamentais que as pessoas fazem uso para lidar com os estressores, gerados pelo adoecimento. Essas autoras ressaltam a importância dos médicos conhecerem as diferentes manifestações religiosas das diversas crenças, não rotulando-as como “enfermidades mentais”, como outrora nos manuais de psiquiatria. As autoras compreendem ainda a religiosidade como parte do sistema de crenças, ou seja, de crenças da pessoa, dado que pode afetar a saúde por intermédio da psiconeuroimunologia. Esta se caracteriza como uma possível hipótese, nessa abordagem, das influências positivas das crenças religiosas sobre os estados de saúde, especialmente em enfermidades relacionadas ao sistema imunológico, como o câncer.

Yalom (1984), psiquiatra, escreveu sobre o enfrentamento da morte e a mudança que a pessoa faz ao se aproximar do perigo iminente de morte. Em entrevistas realizadas com seis de dez suicidas que sobreviveram, após terem se jogado da ponte Golden Gate. O autor revela que essas seis pessoas mudaram seu ponto de vista, acerca da vida, impregnados de religiosidade. Segundo os relatos como: “Somos todos filhos de Deus; da grande

humanidade de Deus”; “Agora sinto amor por Deus e quero fazer algo pelos demais”; “Minha vida tem novas esperanças e propósitos, aprecio o milagre da vida”.

Frequentemente encontram-se relatos de pacientes de diversas religiões, mencionando as causalidades religiosas de suas doenças, assim como a cura dos seus males, ilustradas por falas: “Deus quis assim” e “ Se Deus quiser, ficarei bem” (FARIA; SEIDL , 2005).

Faz-se necessário identificar os componentes significativos, presentes na configuração religiosa de cada ser, as representações de Deus, as crenças que norteiam a organização interna, as convicções que estruturam as posturas e comportamentos diante das dificuldades. Essas dimensões estão relacionadas às crenças presentes na tradição religiosa da família, mesmo que, no momento, não sejam mais professadas pelo sujeito (PARGAMENT, 1997; ANCONA-LOPEZ, 1999; FARIA & SEIDL, 2005).

Pargament et al (1988) abordaram o estudo sobre a religião e as diferentes posturas que as pessoas assumem no enfrentamento dos problemas. Dentre elas, os autores referem que a primeira trata da postura auto-dirigida (*self-directing*), na qual a pessoa assume a responsabilidade e participa ativamente da solução do problema. Deus permite o livre-arbítrio à pessoa, ou seja, aceita liberdade de decisão. A segunda postura é caracterizada pelo pólo oposto da primeira, é o delegar (*deferring*), quando a pessoa transfere a responsabilidade a Deus para resolução de seus problemas, ou seja, a pessoa comporta-se de maneira totalmente passiva diante da vida. A terceira postura assumida encontra-se intermediária às duas primeiras, configurando o estilo colaborativo (*collaborative*), na qual a responsabilidade é conferida a ambos, tanto a Deus quanto a pessoa solicitante. Participam, efetivamente, na solução dos problemas.

No que se refere ao enfrentamento dos problemas envolvendo as dimensões religiosas, Pargament *et al* (1988) classificaram os padrões positivos e negativos que as pessoas podem assumir diante das adversidades e suas implicações à saúde. Como padrão positivo de enfrentamento religioso exemplificam: a busca por apoio espiritual, perdão religioso, enfrentamento religioso colaborativo, ligação espiritual, purificação religiosa e redefinição afável do evento estressor. O padrão negativo se caracteriza por uma insatisfação religiosa, redefinição punitiva do evento estressor por Deus, presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso, atribuição das causas do problema ao adversário de Deus e surgimento de dúvidas quanto ao poder de Deus, que possam interferir na situação estressora.

Segundo os autores, os padrões assumidos pelas pessoas não são estanques, podendo fazer uso deles conjuntamente, envolvendo variados sentimentos e comportamentos alusivos à religiosidade. Desse modo, a religiosidade pode representar tanto uma estratégia de enfrentamento positiva, promotora de adaptação, quanto um componente estressor, podendo agravar o problema em questão.

Panzini e Bandeira (2005), em importante estudo, na perspectiva quali-quantitativa, validaram a Escala CRE (Cope, Religious e Spiritual), configurando o primeiro instrumento de avaliação de CRE- Enfrentamento religioso espiritual no Brasil, com base na escala norte-americana RCOPE (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000). O estudo desenvolveu-se em duas fases: a primeira, de tradução, adaptação e teste piloto com cinquenta pessoas e teste de campo com seiscentos e dezesseis pessoas, seguida de validação do construto. As análises conferiram fidedignidade à escala, avaliando aspectos positivos e negativos do uso da religião/espiritualidade para o manejo do estresse e constituindo-se em instrumento compreensivo, teórico e empiricamente embasado, clinicamente significativo, sendo útil a diversas áreas de pesquisa. Os resultados demonstraram que a Escala CRE vem ao encontro

da necessidade internacional de instrumentos mais compreensivos e abrangentes que possam servir de utilidade tanto nas pesquisas como na prática clínica, fato que se aplica ao Brasil.

Whetsell *et al* (2005), em recente estudo desenvolvido no México, relacionaram os níveis de bem-estar espiritual diretamente pautados nos níveis de fortaleza que uma pessoa possui. Fortaleza entendida como uma característica da personalidade da pessoa, a qual possui a capacidade de resistir frente aos estímulos estressantes da vida. Os pesquisadores referem que quanto maior o bem estar, maior se configura a fortaleza; tal fator é importante para a adaptação à fase de envelhecimento, que implica em perdas, somadas ao estresse acarretado pelas diversas modificações pelo adoecimento, o que inclui pacientes que vivenciam o adoecer de câncer.

Kovács (2007), citando Parkers (1999), explica que os seres humanos criam deuses e demônios para projetar o que há de ruim dentro de nós. Como forma de elaborar nossos medos, de lidar com estas imagens, transformando-as em tentativa de manter o controle sobre situações ameaçadoras, como a doença e morte. Eliade (1992) complementa dizendo que o Deus onipotente, onisciente, eterno e criador isolou-se dos homens atuais; não tem imagens, nem sacerdotes e, somente em caso de doença, preces lhe são dirigidas.

É notado ainda que o tema da morte e o morrer somente é lembrado quando ocorre uma perda significativa na família ou a de um ente muito próximo do nosso convívio. Neste contexto, historicamente encontramos o homem recorrendo aos mitos, às religiões, aos ritos e às cerimônias, enquanto tentativas de elaborar aquilo que, do vivido, extrapola as capacidades de compreensão racional.

Segundo Franco (2005), os mitos são histórias sobre a sabedoria de vida e servem para nos conduzir a um tipo de consciência espiritual. Eles ajudam a colocar nossas mentes em contato com a experiência de estarmos vivos; são pistas para as potencialidades

espirituais da vida humana, aquilo que somos capazes de conhecer e experimentar interiormente. São histórias de nossa busca de verdade, sentido e significação, ao longo dos tempos.

A religião historicamente teria algumas finalidades, enquanto experiência e instituição, de acordo com Chauí (1998); ela protegeria os homens da natureza destruidora; daria aos humanos o acesso à verdade, com explicações para as origens, a forma, a vida e a morte; ofereceria esperança de vida, após a morte; consolo aos aflitos, ao oferecer uma explicação para a dor física ou psíquica e garantiria o respeito às normas da sociedade vigente.

A maioria dos pacientes com câncer acredita em Deus. Um estudo realizado por Torbjorsen (2000, *apud* HORTA et al, 2003) mostrou que 23% acreditavam em Deus como força suprema; 38% mudaram sua crença religiosa após a doença e, destes, aproximadamente 31% tornaram-se mais religiosos; 58% oravam e pediam a Deus ou Força Suprema para se curarem. Os autores concluíram que a religiosidade e a atividade religiosa podem ajudar os pacientes a enfrentar a doença.

Norun (2000) *apud* Horta et al (2003), em estudos realizados, verificou que a espiritualidade é importante no tratamento, mostrando que “85% dos pacientes disseram acreditar em Deus, e 75% rezavam, enquanto a maioria relatou ter fé”.

Feher e Maly (1999) verificaram que a fé ou a religiosidade de todos os pacientes analisados em suas pesquisas aumentou durante situações críticas, sendo que 91% relataram usar a fé como suporte emocional necessário para enfrentar o câncer (HORTA *et al*, 2003).

Pinezi (2003) abordou em seu estudo, sob a ótica pela esperança, realizando uma comparação das vivências de fé de duas Igrejas: Presbiteriana do Brasil e Internacional da Graça de Deus. Percebeu que os fiéis que disseram estar doentes foram chamados à

intervenção característica do culto pelo pastor, o qual ora não somente em direção a Deus, mas também se dirige aos demônios responsáveis pelas doenças. Parece que o paciente divide a carga de responsabilidade e autoria da doença. Após a delegação, o pastor oferece algo mágico que possibilita a cura de doenças, que eventualmente ocorram, são saquinhos com sabão em pó e outros símbolos como óleo, água e pasta de figo abençoados; são oferecidos como remédios divinos para os fiéis.

Diante de tais características de cura relatadas pelos fiéis, parecendo um modo resgatar os antigos tratamentos realizados pela medicina oriental. Um estudo envolvendo quatrocentos casos de remissão espontânea de câncer, relatado por Deepak Chopra, nascido na Índia e formado em medicina convencional, verificou que os tratamentos utilizados eram de diversas naturezas: grandes doses de vitamina C, ervas e acompanhamento religioso (BRANDÃO, 2000).

Sobre a preemência do homem em refletir sobre a vida e a morte, Valle (2004) menciona que os sentimentos suscitados por essas reflexões mesclam-se a um estado incontrolável, mais forte que o da conservação da vida, na procura por algo reconfortante, que estaria mais além de si próprio e da ajuda recebida dos outros. Uma busca transcendental, portanto, inerente à existência mesma. Essa busca pode ser traduzida como “necessidade espiritual”.

Epelboim (2006), em seu trabalho acerca da identidade judaica, ressalta a importância dos papéis desempenhados pela identidade religiosa. Relata que, na esfera espiritual, a identidade parece fornecer suporte emocional, capaz de minimizar o mal-estar psicológico quando nos deparamos com questões sem respostas, tais como: a origem da vida, seu sentido, o que há após a morte e qual a dimensão do livre-arbítrio do sujeito.

Ancona-Lopez (1999) assinala para a incidência do fenômeno religioso na clínica psicológica. Seus dados de pesquisas revelam que: a maioria dos clientes é religiosa; aproximadamente 90% dos clientes se identificam com uma religião; sendo que 86% acredita em Deus, 70% considera que há um Deus que responde às suas orações, 79% frequenta alguma igreja, 47% considera a fé importante em sua vida. Essas pessoas pertencem a filiações religiosas cada vez mais diversificadas, o que torna importante notar a afiliação e significado particular de cada um.

Barbosa (1999), em seu trabalho intitulado “A Família da Fé em Tempos Modernos”, menciona a importância da religião como meio de orientação para que a pessoa se reconcilie com Deus por meio da conversão, sendo também um espaço em que, coletivamente, são construídas regras de conduta e padrões de vida compatíveis com preceitos divinos, reproduzidos de geração em geração. Complementa que, se a modernidade capitalista ameaça a ordem familiar, a religião torna-se a defensora da moral familiar, associada a valores convencionais. Família e religião relacionam-se a diferentes dimensões da sociedade; influenciando-se contínua e intensamente.

Coutinho e Trindade (2006) pesquisaram sobre as representações sociais de saúde, no tratamento da leucemia e do linfoma. No estudo, entrevistaram oito pacientes, sendo quatro homens e quatro mulheres, por meio de uma entrevista semi-estruturada, compondo, posteriormente, as unidades de significado para a discussão, em três momentos: diagnóstico, tratamento e pós-tratamento. Como resultado, os sujeitos do estudo relataram que, ao enfrentar o diagnóstico de câncer, atribuíram importância à cura por meio da religião, relacionada não apenas à fé em Deus, mas também ao reconhecimento da própria impotência diante da dor, sofrimento, doença e a iminência de morte. O apoio e o conforto oferecidos pela religião, nesse momento, pode ser uma das explicações para o fortalecimento do vínculo

religioso apontado. Ainda que todos os entrevistados tenham buscado o tratamento médico como um meio de curar a doença, para alguns, a cura passou a depender menos da eficácia do tratamento mas, sobretudo, da “vontade de Deus”, especialmente para aqueles com maior vínculo religioso; outros, se fortaleceram no diagnóstico.

Em recente estudo envolvendo pacientes com câncer e enfermeiras, Teixeira e Lefèvre (2007) entrevistaram dez enfermeiras sobre o significado da religiosidade no seu trabalho com pacientes idosos acometidos pelo câncer. Nos relatos produzidos pelos pacientes, as enfermeiras relatam ouvir aspectos como: a religião como fonte de energia, sendo uma força que impulsiona, no dia a dia; a importância de crer em alguma coisa; respeito pelo outro; aproximação de Deus, no momento mais crítico; se não tiver Deus, fica difícil a cura e, quando ciente do diagnóstico, manifesta aceitação; quando oculto, a revolta. Na ótica das enfermeiras, a religião se manifesta como a energia que impulsiona para o trabalho diário, devendo haver uma ação sinérgica entre a fé religiosa e a terapêutica aplicada para o benefício do paciente. Segundo as profissionais, a fé pode contribuir para que o paciente idoso enfrente o tratamento médico de forma mais serena.

Dessa forma, as religiões atraem inúmeros adeptos. Qualquer que ela seja, propõe uma filosofia de vida, um sistema de regras, ritos, crenças que levam a pessoa a se identificar com a leitura do sagrado ali apresentada e optar por fazer ou não parte da religião. Fazer parte de um grupo que compartilha das mesmas idéias e dúvidas fomenta o sentimento de pertencer ao grupo e conseqüente segurança emocional de não se ver sozinho nesta tarefa.

No entanto, devemos lembrar do dialético movimento, segundo o qual a religiosidade traz alento, mas não resolve as angústias da pessoa, caso não seja possível pensar sobre ela e seus significados. Dessa maneira, o essencial é que o médico possa, inicialmente, compreender, empaticamente, o paciente, para, então, capacitá-lo a compreender-se.

1.3 Desenvolvimento religioso: construção da dimensão transcendental

Amatuzzi (2000) caracteriza o desenvolvimento religioso como uma hipótese psicológica, destacando algumas idéias centrais, a saber: o religioso surge na linha do próprio desenvolvimento pessoal, sendo uma exigência quase natural; a religião pode ser promotora ou bloqueadora de desenvolvimento; após a juventude, não é mais possível aderir a uma religião que não seja fundamentada na experiência e refletida; nas etapas mais avançadas do desenvolvimento pessoal, os lados humano e religioso coincidem e, por fim, há a possibilidade de uma experiência religiosa que não seja elaborada com conceitos religiosos.

O referido autor afirma que a pessoa assume posições religiosas ao longo do seu desenvolvimento pessoal, existindo um sentido subjetivo, interior, de religião. O termo não tem um sentido teísta, mas, sim, abrangente, ou seja, algo transcendente. Resultam, de sua investigação, a variação e desenvolvimento da pessoa com diversas possibilidades de ligação ao religioso.

Neste contexto de desenvolvimento, é importante ressaltar as diferentes posições religiosas que a pessoa assume, ao longo da vida, referidas pelo mesmo autor. Nos primeiros anos de vida, a criança assume a posição religiosa dos pais; dos dois aos seis anos, inicia alguma forma de simbolização, por meio de objetos concretos; dos sete aos treze anos, inicia-se a apropriação dos significados religiosos, por meio de histórias portadoras de sentido; na adolescência, dos treze aos vinte anos, é comum sua afiliação a um grupo, no qual o desafio básico é a conquista da identidade – podendo, neste ponto, haver oposição aos pais; quando adultos, dos vinte aos trinta anos, surge a necessidade de assumir uma posição pessoal, fundamentada na razão e experiência; nos adultos, entre trinta e quarenta anos, o

posicionamento está ligado à fecundidade - pode haver a expansão ou esterilidade da religião; adultos maduros, entre quarenta e sessenta anos, têm a busca de um sentido pessoal; no adulto idoso, perto dos oitenta anos, procura-se um sentido amplo, a libertação dos apegos, a liberdade plena e, por fim, na proximidade da morte, a pessoa vivencia um momento de entrega com aceitação para autodissolução; o contrário pode ocorrer na revolta, com a tentativa de fixar-se na dimensão material (AMATUZZI, 2004).

Na discussão do sagrado que emerge no encontro em psicoterapia, Giovanetti (1999) oferece clara reflexão acerca de algumas delimitações das questões religiosas. Afirma ser necessária certa sensibilidade para com a questão religiosa, uma vez que esta dimensão é constitutiva do ser humano. Assim, cedo ou tarde, surgirá um questionamento, que pode aparecer com intensidade no momento da morte ou em qualquer etapa da vida. A postura de ignorá-lo ou reduzi-lo é deixar a oportunidade de ajudar o cliente a se compreender melhor.

Outro aspecto discutido pelo autor é que a questão da experiência religiosa não precisa surgir, necessariamente, de pessoas que possuem um credo definido. Ela brota do mais profundo do ser humano, questionando-o sobre a diretividade e sentido de sua existência. A religião instituída pode consistir-se em uma barreira para a abertura do Ser na busca de sua compreensão. E, como consequência, esta abertura ao sagrado, não precisa, necessariamente, estar engajada na dimensão da fé, sendo essa experiência de outra ordem.

Ancona-Lopez (1999) define, em seu estudo sobre a religião, quatro atitudes básicas de Wulff (1997) que representam diferentes posições a partir das quais a pessoa se relaciona com a religiosidade e com os conteúdos religiosos, a saber:

- negação literal: sendo a forma literal da linguagem religiosa que as pessoas assumem, mas rejeitam tudo que nela é apresentado, desconsideram o milagroso, bem como as singularidades das experiências religiosas. O racionalismo é absoluto, valorizando os

princípios formais do conhecimento. Os profissionais que apresentam esta postura reduzem a religião a um conjunto de afirmações irracionais, a serem esclarecidas racionalmente, e apropriadas pelas ciências. Geralmente ignoram a religiosidade do sujeito, considerando-a um sintoma a ser tratado.

- afirmação literal: afirma a existência literal do objeto religioso, caracterizando uma atitude fundamentalista e ortodoxa. Aceitam os conhecimentos das ciências somente quando em consonância com suas crenças, tendendo a minimizar as condições históricas e psicológicas que condicionam as doutrinas. É uma conduta que colide com a aceitação total do outro, pois as pessoas refutam quando esta difere de posicionamento religioso.

- interpretação redutiva: aproxima-se da negação literal, excluindo a transcendência da linguagem e práticas religiosas. Percebe a religião como um fenômeno social ingênuo e ultrapassado, buscando visões científicas e competentes para interpretar os conteúdos religiosos. Os trabalhos desenvolvidos pelos cientistas nesta posição apresentam cunho explicativo. Procuram identificar as causas das experiências religiosas no domínio de aspectos psicológicos, biológicos, históricos e ambientais, sendo seu representante clássico, a Psicanálise Freudiana.

- interpretação restauradora: apresenta duas tarefas dialéticas e complementares: de um lado, a desmistificação em tirar dos símbolos religiosos, a idolatria e a ilusão e, por outro lado, a restauração e retomada do símbolo, de modo que ele possa se tornar, novamente, uma fonte de significados e de fé. Essa postura circunscreve a realidade da transcendência, mas evita julgar as idéias ou objetos religiosos. Possui a função de reorganizar os objetos da fé religiosa com o intuito de restaurar a ligação com a realidade transcendente. Essa postura corresponde ao estágio no qual as pessoas examinam criticamente crenças e envoltórios,

revêem objetivos e valores introjetados e reinterpretam histórias e símbolos evocativos, permitindo a emergência de novos conteúdos.

Esta posição exige que o cientista tenha clareza de sua posição religiosa e esteja livre para afirmá-la e incluí-la em seu trabalho. Seria a mais adequada, podendo proporcionar uma abertura entre terapeuta e paciente, possibilitando que surja, no encontro, uma abertura para discussão dos mitos, rituais e pensamentos metafóricos, abordando a religião por seus referenciais experienciais, possibilitando sentimentos profundos e estados internos que variam de vivências cotidianas a estados transcendentais, sutis ou claramente reconhecidos como místicos (ANCONA-LOPEZ, 1999).

Existe um pictograma chinês que significa “*crisis*”, caracterizando uma combinação dos símbolos de “perigo e oportunidade”. Yalom (1984) observou, em seu trabalho com pacientes oncológicos, que muitos deles aproveitam a crise e o perigo para mudar, com importante desenvolvimento pessoal. Em aspectos como reestruturação das prioridades de vida, um maior sentido de liberdade, com a capacidade de escolher somente o que se deseja fazer, sentido de vida realizado, no presente imediato, profundo desejo pelos feitos elementares da existência, como o vento, caída das folhas, as estações do ano, comunicação com pessoas amadas de maneira mais profunda e diminuição dos medos interpessoais anteriormente à crise.

2. Questões religiosas na prática clínica – o sagrado e o profano

Nota-se, que desde seu nascimento, a psicologia tenha se voltado para o comportamento contemplativo, ou seja, dirigido ao objeto místico, procurando entender a experiência religiosa. A Psicologia da religião começou, no entanto, a pensar primeiramente sobre o ateísmo ontológico, antes de falar de espiritualidade, estudando-o como

comportamento de recusa do objeto religioso. Acredita-se que a primeira inserção deu-se na Escola de Nijmegen, na Holanda, a qual definia o objeto da Psicologia da religião como parte do comportamento humano sobre a busca do sentido último (PAIVA, 2005).

Historicamente, na assimilação cultural, as famílias, no exercício das religiões, submetem seus valores e atitudes à filosofia do sagrado e do profano, igualmente com atitudes compensatórias ou punitivas. Chauí (1998) discute a experiência do sagrado e a instituição da religião, afirmando que o sagrado é a experiência simbólica da diferença entre os seres, da superioridade de alguns sobre os outros, do poderio de alguns sobre os outros, sentidos como espantosos, misteriosos, desejados e temidos. Outra característica é a divisão entre o tempo sagrado da ordem, que corresponde a um tempo primitivo, divino, quando tudo foi criado, e o tempo do agora, profano, no qual vivem os seres naturais e os homens.

Frente à necessidade de compreender as questões religiosas na prática clínica, é pertinente distinguir alguns conteúdos referentes ao sagrado e o profano. Para Giovanetti (1999), o sagrado define-se como uma oposição ao profano, sendo uma disposição religiosa do homem contemporâneo ante a algo que o transcende. O homem vai nomear de sagrado algo que o acolhe como diferente dele, como resposta à sua questão de finitude. Surge como a valorização de algo absoluto, misterioso e intocável, que o transcende, permanece e merece veneração.

Amatuzzi (2007) acrescenta ser necessário diferenciar, na prática clínica, os conceitos de “inquietação religiosa” de “experiência religiosa”. O primeiro refere-se à experiência de um vazio que reside na pessoa, elucida um conhecimento de si, das dimensões de suas aspirações e desejos, enquanto o segundo caracteriza-se com um preenchimento deste vazio, por via do encontro com algo, outro percebido como real e externo à pessoa, mas não é nosso vazio.

Estas vivências são complementares; uma sem a outra se esvazia. A inquietação é vivida como carência e depois interpretada como carência radical, insuficiência de qualquer objeto de satisfação. A experiência religiosa é vivida, inicialmente, como um preenchimento, expresso na metáfora “chegar a casa”, mas uma casa inesperada, que posteriormente, se prolonga em buscas de outra ordem. São caracterizadas por um movimento dialético, pois, inicialmente, a experiência do vazio não se apresenta como religiosa. Ela se compreende balizada por algo do qual nada sabemos, um mistério, mas que nos move como um desejo infinito, designado como religiosa (AMATUZZI, 2007).

Existe uma dimensão esquecida pelos profissionais que recebem os pacientes em seus cuidados. O homem que busca auxílio profissional para aliviar seu sofrimento é um homem total, ou seja, ao falar de seus problemas, ele traz também sua crença em um Ser superior. Desse modo, deve-se buscar compreender que, ao viver essa outra dimensão religiosa, o homem o faz plenamente, como um ser total e, assim, engaja elementos psicológicos em sua vivência (GIOVANETTI, 1999).

Nas grandes tradições terapêuticas da humanidade, sempre houve a percepção de que a cura é um processo sistêmico, envolvendo a totalidade do ser humano e não apenas a parte doente. Boff (2000), em sua obra “*Saber cuidar*”, reporta-se à nossa tradição ocidental ligada à figura de Asclépio (dos gregos) ou de Esculápio (dos latinos). Asclépio era, historicamente, um herói curador que possuía seu centro em Epidauro, no coração da Grécia. Por mais de mil anos, acorriam, ao seu templo, enfermos de todas as partes do mundo antigo. Asclépio acabou sendo divinizado. Afirmava que a cura seria completa se resultasse da intervenção humana e divina, ou seja, se fosse corporal e espiritual. Seu lema básico era: “Puro deve ser aquele que entra no templo perfumado. Pureza é ter pensamentos sadios”. Preconizava, como método de cura, a nooterapia (terapia da mente), que implica um processo de redefinição de atitudes e

valores. Em Epidauro, as curas eram processadas de forma holística, por meio de métodos diferenciados como dança, música, ginástica, poesia, ritos e sons sagrados. Isso nos faz pensar na diversidade de modos de apreender a subjetividade e o cuidado com a dimensão humana.

Forghieri (2007), profissional pioneira do aconselhamento terapêutico no Brasil, explicita que, no ano 400 a.C., o filósofo Empédocles propunha uma terapia denominada “cura pela palavra”, recomendada para as pessoas doentes em geral, pois, naquela época, não havia sido feita a separação entre doenças físicas e psíquicas ou mentais. As terapias pelo caminho da conversação foram utilizadas também por outros filósofos como Sócrates, Platão e Aristóteles e por diversos médicos, quando estes surgiram a partir de Hipócrates, considerado pai da medicina.

Vale aduzir que a medicina nasceu com o sacerdócio, envolvida na magia, religião e poder. O feiticeiro das sociedades tribais era quem fazia o intermédio entre deuses e mortais. Na realidade, seu poder era maior que o do próprio chefe, reforçando a fantasia arcaica da ambição do ser humano pela divindade. Neste contexto de reforço do heroísmo, todo cuidado é pouco, para que não se comportem como deuses (MELLO FILHO, 1992).

Mello Filho (2002) aprofunda, com propriedade, reflexões acerca da função terapêutica que o médico pode exercer com seu paciente, baseado no grupo Balint. Revela que uma atitude pautada na interação atribui grande ênfase à percepção do momento adequado (*timing*) de iniciar a abertura psicológica, bem como ao momento de encerrá-la, voltando aos padrões habituais. O autor atribui a esse fenômeno o nome de “função apostólica” do profissional, ou seja, seu desejo de ser útil, usando o bom senso e esclarecendo situações para o paciente. Não é raro observar a associação do termo designado a esta função terapêutica do médico com o sentido derivado da Igreja Católica.

Pode-se salientar que, nos Estados Unidos, inúmeras faculdades de medicina vêm alterando o currículo de formação de seus futuros médicos para estudarem a questão da religiosidade e ensinarem os estudantes como cuidar de pacientes que apresentem demandas às questões relacionadas com o adoecimento, a saúde, a fé e a cura, além do crescente número de pacientes que solicitam orações aos seus médicos. Neste sentido, Deus, que fôra banido outrora da prática clínica, passa a ser valorizado. Tal fato é, em grande parte, devido ao aumento das crenças dos médicos na valorização dos processos da mente humana, os quais interferem na saúde integral, de forma tão importante quanto a que ocorre no plano celular (PESSINI, 2004).

Herrera (2004), investigando acerca da dimensão espiritual do cuidado, encontrou a valorização da dimensão espiritual pelos meios acadêmicos, onde a Faculdade de Enfermagem da Universidade Nacional da Colômbia, acatou-a como uma necessidade para o cuidado integral preconizado. Desse modo, a espiritualidade passa a fazer parte dos currículos da saúde, vista como elemento de crescimento em tempos difíceis, configurando um caminho para a totalidade do cuidado do ser humano.

Souza e Moraes (2006) esclarecem a importância da ética médica em sua interface com o respeito às crenças religiosas. Relacionam que o respeito à autonomia do paciente estende-se aos seus valores religiosos, os quais não podem ser desconsiderados ou minimizados por outrem, em especial pelos profissionais da saúde e completam que os valores religiosos podem ser uma força positiva, viabilizando conforto e melhor recuperação do paciente, caso este esteja seguro de que seus valores estão sendo considerados no tratamento. Desse modo, é oferecida ao paciente a possibilidade de consentir ou não com o do tratamento proposto para sua enfermidade.

As informações partilhadas entre médico-paciente devem ser claras quanto aos riscos que envolvem os procedimentos e não somente limitarem-se a objetivos e diagnósticos terapêuticos. É preciso evidenciar as alternativas existentes de tratamento e possibilidades de êxito do mesmo. Embora haja trâmites do código de ética médica apoiando o fato que o médico pode desrespeitar as decisões do paciente, no que tange à segurança do tratamento quando paciente se encontra em iminente risco de vida, esta é uma discussão que apresenta controvérsias e segue em constante reformulação pelos profissionais (SOUZA; MORAES, 2006).

2. 1 Modos de ser do homem religioso

Amatuzzi (2007), ao fazer uma aproximação fenomenológica à experiência religiosa, afirma que o objeto de busca da experiência religiosa pelo ser humano é o divino, o transcendente, o absolutamente outro, o incondicionado. A percepção desse objeto ocorre proporcionalmente à sua extensão ou seu caráter misterioso. Quando esta percepção ocorre em propósito de algo ou evento do mundo, exerce uma função simbólica, que se denomina experiência do sagrado ou religiosa. Pode também ocorrer uma tomada de consciência do divino, que sempre esteve lá e se manifesta, é acolhido em seu mistério como algo não-controlável e que nem pode ser exaustivamente compreendido ou esclarecido por reflexão.

O autor completa que o encontro com o divino pode trazer mudanças mais ou menos profundas na vida da pessoa, sendo algumas interiores como alegria ou leveza na vida, abertura efetiva para outras pessoas, descoberta de si próprio, aprofundada em significados; tais mudanças podem ser externas, também como um compromisso comunitário, um engajamento social, cumprindo o desejo de expansão desta experiência (AMATUZZI, 2007).

Bello (2004), ao tratar da fenomenologia da religião, explica a sua função: é a ampliação da vida até o extremo limite. A autora afirma que o homem religioso procura uma vida mais rica, profunda e extensa. É um homem que deseja, espera para si a potência, ou seja, procura, na vida, uma superioridade, podendo servir-se dela ou invocá-la.

Eliade (1992), em sua obra “O sagrado e o profano: a essência das religiões” explicita dois modos de ser no mundo: a experiência do sagrado torna possível a “fundação do mundo”, em que o sagrado se manifesta e o real se revela, o mundo vem à existência. A quebra do sagrado projeta um ponto fixo na fluidez amorfa, um caos que produz uma ruptura de nível cósmico (entre a terra e o céu) e possibilita a passagem de um modo de ser para o outro. É preciso acrescentar que a existência profana não é pura, seja qual for o grau de dessacralização do mundo. O homem que optou por uma vida profana não consegue abolir completamente o comportamento religioso.

O homem religioso é sedento de ser. Para ele, toda decisão existencial de se situar no espaço constitui uma decisão religiosa. Assim, o medo que o abala diante do “caos”, que envolve seu mundo habitado, corresponde ao terror diante do nada. Este espaço desconhecido, não consagrado, sem nenhuma orientação, ou seja, este espaço profano, representa, para o homem religioso, o não-ser absoluto (ELIADE, 1992).

Outro ponto é a diferença de temporalidade entre os modos de ser sagrado e profano. O homem sagrado, religioso, conhece intervalos de tempo que são “sagrados”, que não participam da duração temporal, habitam uma estrutura diferente, pois trata-se de um tempo primordial, santificado pelos deuses e suscetível a tornar-se presente. Para um homem profano, não-religioso, o tempo não pode apresentar nem ruptura, nem mistério, estando ligado à sua própria existência, portanto, tem um começo e um fim que é a morte, o aniquilamento da existência (ELIADE, 1992).

Para Kierkegaard (1813-1855), filósofo, o homem está em um constante devir em seu desenvolvimento, ele não é perfeito nem inacabado. Configurou, em sua obra, três estádios da existência, descritos por Erthal (1989); Feijoo (2004):

- *Estado Estético*: característico do indivíduo que não tem compromissos nem finalidade; a busca do hedonismo. O esteta é o homem que, por um lado, tem um modo de vida carregado de poeticidade, de imaginação e sensibilidade e, por outro, um gosto de ter pelas coisas. Este estilo de vida deixa de ser interessante quando o homem percebe-se vivenciando o aborrecimento e o tédio dando-se conta que o instante só se eterniza na fé. Ele acaba por ser melancólico e desesperado, chegando um momento em que passa a almejar mudança de vida. O desespero é um indicativo que leva o homem a aproximar-se do estado seguinte, o ético.

- *Estado Ético*: consiste em um momento de passagem, em que somente ao entregar-se ao desespero o homem consegue dar um salto para a eticidade. Caracteriza-se como um período de sofrimento intenso e sentimento de estar instalado no nada. Assim, a escolha o faz lançar-se para um mergulho dentro de si mesmo. Acontece à volta, à sua interioridade e, reconhecendo-se, re-escolhe-se. É a fonte de encontro consigo mesmo, da reafirmação pessoal. A pessoa ética vive a responsabilidade, os compromissos, o matrimônio e a constituição de sua família. Neste movimento, vive a ilusão de que pode alcançar a verdade absoluta, o perfeito, para, então, não ter do que se arrepender.

O estado ético faz o homem reconhecer a sua própria culpabilidade sobre aquilo do que se sente herdeiro. A pessoa tende a arrepender-se e colocar-se novamente diante de um momento decisivo, o caminho de Deus, o único que pode levá-lo ao encontro de si mesmo, sendo um estado supremo de vida.

- *Estado Religioso*: é o estado da fé, do risco e da incerteza. Exige que o homem tenha se colocado totalmente face a si mesmo. O ser lança-se sem certezas e determinações em

direção à vida eterna e descobre sua temporalidade. Esta escolha não se dá em função de nenhuma conceitualização, nem especulações intelectuais, pois, a existência de Deus e da vida eterna não é algo sobre o qual se possa ter comprovações racionais, já que a infinitude de Deus é incompreensível.

Assim, o homem, ao reconhecer-se na sua condição de mortal e aceitá-la, torna-se síntese do infinito, atemporal e do eterno. O paradoxo e o absurdo, assim como o desespero e a angústia, o risco e o drama da pessoa, a subjetividade em oposição à sua incerteza absoluta são o delineamento da filosofia de Kierkegaard.

Pela perspectiva de Kierkegaard, o homem parece acompanhar um fio evolutivo no desenvolvimento diante dos estágios pelos quais caminha em sua existência. No entanto, suscita uma dúvida no que tange à passagem pelos estágios. Se o ser está num constante devir, ele constrói suas possibilidades e entende que toda possibilidade possui metade de chance de progredir ou regredir, acelerar ou diminuir, conforme a escolha.

Toda escolha implica em uma perda de outra escolha e não temos garantia alguma de certeza, sucesso ou fracasso. Desse modo, nota-se que os acontecimentos da vida se mostram num devir, um processo construído ao longo do tempo, é gradual e não linear, vinculado a diversas possibilidades e inúmeras variáveis, sem controle. Pode o homem sofrer tanto avanços ou retrocessos, na mesma proporção, em consonância ou dissonância com seu estágio. Acredita-se que os estágios não são estanques e os modos de cuidar e as intervenções para com o paciente aparecem permeadas pelo posicionamento do profissional frente à religiosidade e, conseqüentemente, das suas posturas frente à terminalidade e o morrer.

3. Histórico do cuidado médico e a relação com a Psico-oncologia

Atualmente, os profissionais da saúde não vêm sendo preparados para lidar com as dificuldades inerentes à morte e o morrer, no entanto, observa-se que, dentre eles, é o médico que vivencia mais negativamente essa realidade, pois na medicina curativa, as ações priorizam os cuidados médico-biológicos em detrimento das intervenções psicossociais. Na medicina paliativa, tão comum na prática oncológica, cresce a importância atribuída ao trabalho psicológico, familiar e espiritual.

Brandão (2000) afirma que o enfoque da responsabilidade do médico na cura se inicia a partir de sua formação profissional, quando nele é inculcada a idéia de que a doença é um inimigo a ser vencido, sendo a morte concebida como um fracasso profissional.

Somado à postura médica, é pertinente considerar que, em nossa realidade, ocorre cada vez mais o distanciamento do contato médico-paciente, quando, muitas vezes, o médico e a própria família têm dificuldade em contar claramente sobre a enfermidade que o paciente vai tratar, acabando por selarem o pacto de silêncio.

No Brasil, diferentemente do que ocorre nos países desenvolvidos, como os Estados Unidos e países da Europa, há muita dificuldade em se comunicar para o paciente que ele tem câncer, mas é desejável que participe do processo de tratamento. Não é “o fato” de contar que é importante, mas o “como” contar. O profissional deve transmitir ao paciente a certeza de que este receberá o melhor tratamento, salientando que a cura é uma meta em conjunto (YAMAGUCHI, 2003).

Paralelamente ao avanço tecnológico da medicina e ao aumento da eficácia dos tratamentos, tornou-se cada vez mais relevante considerar a qualidade de vida do paciente oncológico, incluindo uma assistência integral no processo saúde-doença, partindo também

dos vários olhares e possibilidades de escuta dos profissionais que compõem a equipe de saúde. Esse novo enfoque que os cuidados com o paciente oncológico exigem contribuiu para o nascimento da Psico-oncologia.

A Psico-oncologia surgiu, então, como uma nova área de estudo e atuação junto às pessoas com câncer, visando à abordagem dos aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento e no tratamento, lidando, também, com o contexto sócio-histórico da pessoa envolvida, além de oferecer suporte a outras áreas da saúde (CARVALHO, 1994).

Gimenes (2003) descreve a Psico-oncologia como uma área de interface entre a Psicologia e a Oncologia, com suas raízes históricas na inserção do psicólogo na área de Saúde, acompanhando a transformação do paradigma de assistência ao paciente com câncer. Utilizam-se conhecimentos educacional, profissional e metodológico, provenientes da psicologia da saúde para aplicá-los à assistência ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença; na pesquisa e no estudo de variáveis psicossociais importantes para compreensão da incidência, recuperação e tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer e para organização de serviços de saúde que visem o atendimento integral do paciente, ponto preconizado pela política SUS (Sistema único de saúde), buscando, de modo eficiente, a formação e o aprimoramento dos profissionais da saúde envolvidos em todo o ciclo de tratamento.

O eixo das atuais intervenções e pesquisas em saúde tem sido ampliado, de forma que o cuidar prestado ao cuidador, seja ele formal (profissional de saúde) ou informal (familiar) seja efetivo, visando a qualidade de vida no trabalho. Desse modo, busca-se identificar e compreender os fatores psicossociais, existenciais e éticos que estão em jogo nas tarefas

assistenciais. Para Epstein (1989), o câncer é uma doença multifatorial, podendo envolver fatores emocionais, ambientais, sociais e questões morais e éticas.

Notam-se, na atualidade, entraves para um no cuidado integral, pois o acesso à assistência médica e sua qualidade ainda é um problema grave no tratamento do câncer no país. Isto porque, muitas vezes, os pacientes chegam aos hospitais em estágio avançado da doença, por vezes, intratável (NUCCI, 2003).

Na mesma perspectiva, Boff (1999) reflete que cuidar de nossa saúde significa manter nossa visão integral, buscando um equilíbrio, sempre por construir, entre o corpo, a mente e o espírito, o que significa, em termos práticos, convocar o médico (corpo), o terapeuta (mente) e o sacerdote (o espírito) para trabalharem juntos, visando abarcar a totalidade do ser humano.

Neste sentido, ir ao encontro das idéias de Ayres, médico sanitaria, sobre o cuidado, quando afirma que, para cuidar, há que se construir projetos (do grego *projectum*: lançar-se para adiante). Há que se sustentar, ao longo do tempo, certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. Visto dessa perspectiva, o cuidar é uma atividade humana por excelência, configurando uma prática que valoriza o ser humano em sua singularidade (AYRES, 2004). Este é o nosso desafio enquanto profissionais e pesquisadores da área da saúde.

Nesta trajetória, vale pensar na escolha que fizemos, por focalizar, neste estudo, o profissional de saúde, em especial o médico, figura central e referência do paciente, da equipe de saúde, dos familiares e da própria instituição hospitalar.

É evidente o quanto o trabalho em saúde é desgastante, dadas as condições de trabalho insalubres e o contato cotidiano e constante com a dor, sofrimento, perdas, morte, ansiedade,

cansaço, jornadas exaustivas, baixos salários, os quais podem gerar uma síndrome de sobrecarga do trabalho e estresse profissional, contribuindo para a queda da qualidade de vida no trabalho.

Nota-se, desta forma, o paradoxo existente entre a formação médica e seu foco no cuidado: o paciente, com demandas complexas, e a singularidade de cada pessoa envolvida no processo de cuidado. A seguir, uma breve explanação das características do artefato de cuidado.

3. 1 Foco do cuidado: o paciente oncológico

O diagnóstico do câncer pode gerar reações emocionais como depressão, ansiedade, angústia e medo. Para lidar com essa situação, os pacientes podem utilizar-se de mecanismos de defesa, como, negação e racionalização. Nesse momento, devem ser considerados desde fatores orgânicos, como o estadió da doença, o tratamento e o prognóstico até os fatores relacionados à questão emocional, como o momento de vida em que o paciente está, assim como suas expectativas e o suporte emocional recebido (MORAES, 2003; YAMAGUCHI, 2003).

De acordo com Moraes (2003), o paciente oncológico, angustiado pelo medo da morte, fica voltado para si mesmo ou utiliza mecanismos psicológicos de defesa. Neste caso, estes mecanismos têm duas finalidades, a primeira, de lutar contra a angústia desencadeada diante da ameaça da doença e, a segunda, de estabelecer uma nova maneira de relacionamento da pessoa doente com o meio e consigo mesma.

Na situação de adoecimento pelo câncer e conseqüente perda da saúde, o paciente apresenta manifestações psíquicas e comportamentais no decorrer deste processo (doença,

tratamento e hospitalização), assim como a utilização de mecanismos de defesa e recursos de enfrentamento para a doença e, às vezes, para a terminalidade.

Kubler-Ross (1998), médica psiquiatra, foi uma das pioneiras a tratar com consistência do tema morte em seu livro “Sobre a morte e o morrer”. Em sua obra, descreve o alívio e conforto dos pacientes que estão morrendo quando eles podem compartilhar suas angústias, medos e ansiedade. A autora argumenta que esses diálogos podem facilitar a jornada e trazer alento à morte. Divide as passagens dos pacientes em cinco etapas ou fases:

a) negação (e isolamento): A negação consiste em um mecanismo de defesa que surge contra a dor psíquica diante da morte. Frente a um diagnóstico de adoecimento grave e possibilidade da morte, geralmente a pessoa se mostra pasma, num primeiro momento e, após esse choque e torpor, ela se recusa a acreditar no diagnóstico ou nega que algo esteja errado. Procura por outras opiniões, não acreditando que isto possa estar acontecendo consigo. Kubler-Ross (1998) assinala: *“Como somos todos imortais, em nosso inconsciente, é quase inconcebível reconhecermos que também temos de enfrentar a morte”* .

b) raiva: O estágio da negação não consegue ser mantido por muito tempo. Os dolorosos tratamentos, as constantes visitas ao médico e aos hospitais, o não restabelecimento da saúde, vão enfraquecendo o mecanismo da negação e este será substituído por sentimentos de raiva, revolta e ressentimento. A raiva e o ressentimento são lançados em todas as direções: aos médicos, à família, aos enfermeiros. A raiva pode estar muito ligada a uma vida por viver, dinheiro economizado que não será usufruído, um trabalho que pede uma conclusão, os filhos que não verá crescer.

c) barganha: A negação e o isolamento foram substituídos inicialmente pela raiva. Mas esta também não solucionou suas questões com a morte. Temos, então, o terceiro estágio, denominado barganha. O paciente tenta negociar com Deus, médicos, parentes e amigos, no

sentido de que, em troca da cura, venha a cumprir promessas. É uma tentativa de adiamento e negociação da morte.

d) depressão: Ocorre quando o paciente toma consciência de sua frágil condição de saúde, de sua debilidade física, quando não é mais possível esconder sua condição de adoecimento. O paciente é tomado por um sentimento de grande perda e experimenta sintomas clínicos de depressão. O desinteresse, a apatia, sentimentos de grande tristeza e choro são muito comuns neste estágio.

e) aceitação: Surge quando o paciente tem tempo e recebe ajuda para se preparar e superar os estágios anteriores, após ter podido externar seus sentimentos de frustração, raiva, inveja, ter tentado “negociar com Deus” mais algum tempo de vida; depois de experimentar grande sensação de perda e tristeza, buscará contemplar o fim, com certo grau de serenidade. Neste estágio, o paciente descobre que a morte é inevitável e aceita a universalidade da experiência. Geralmente, encontra-se bastante debilitado fisicamente e cansado, podendo haver diminuição de interesse pela vida e relacionamentos afetivos.

Concluindo, estes estágios são maneiras que as pessoas encontram para enfrentar situações difíceis. Foram divididos em etapas para facilitar a compreensão das características peculiares dos estágios; no entanto, não são fixos, podendo mesclar-se um ao outro, em determinada necessidade.

A única característica comum a todos é a esperança. Todos os pacientes, independentemente do estágio de adoecimento, abrem as possibilidades para a esperança: a espera da cura, na descoberta de um novo medicamento ou nos avanços dos projetos de pesquisa. É o sentimento de esperança que os auxilia a suportarem o sofrimento vivenciado, às vezes imbuído de defesas diante da morte.

Bromberg (1998) atenta para a necessidade de uma atenção especial, por parte dos profissionais que cuidam, devendo ser considerada a noção de consciência que o paciente tem sobre o prognóstico e, desta forma, o esforço que faz para dar sentido ao que lhe resta de vida. Vale lembrar que a ansiedade diante da morte é uma revivência de ansiedades anteriores, relacionadas às perdas e quebras de vínculos, as quais devem ser consideradas, pois aproximam o paciente de encarar situações de imprevisibilidade, propiciando, assim, recursos de enfrentamento.

Nesses momentos finais, o foco não é mais a cura e sim o alívio dos sintomas, a busca por conforto e por uma qualidade de vida até a morte, o que implica em satisfação, integridade pessoal e o máximo de autonomia (KOVÁCS, 2003). Vale aduzir os princípios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (1990) sobre cuidados paliativos: afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; não apressar ou adiar-la; oferecer alívio da dor e outros sintomas que causem sofrimento; integrar os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados ao paciente e oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu próprio luto (BROMBERG, 1998).

Tal perspectiva visa o atual modelo assistencial de cuidado à saúde. Este deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, para que sejam garantidos o cuidado integralizado e a acessibilidade dos serviços. As pessoas devem ser vistas na singularidade de suas histórias de vida, condições sócio-culturais, anseios e expectativas. O cuidado com o paciente oncológico deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico-espiritual e psicossocial), buscando o controle do câncer com preservação da qualidade de vida (INCA, 2006).

Diante desta realidade, é pertinente tratar da dinâmica de trabalho que os médicos enfrentam, no cotidiano, incluindo situações limites e inesperadas.

3. 2 Ser médico e as vicissitudes do cuidar

Estudos recentes ocuparam-se da complexa relação médico-paciente, onde é possível identificar que a formação médica não alcança a gama de subjetividade que acompanha o paciente. Lopes (2003) refere-se à questão da formação e das práticas de profissionais da saúde em interação com pacientes oncológicos. Desenvolveu um estudo abrangendo pacientes portadoras de câncer de mama, seus familiares e a equipe de saúde, no qual pôde identificar, nas categorias de análise, que os especialistas recorrem a valores morais e religiosos visando minimizar o fracasso da cura, a escassez de recursos humanos e as condições financeiras dos serviços de saúde.

Em outro estudo, Grosseman; Patrício (2004) afirmaram que, no cotidiano do trabalho, a interação médico-paciente tem importante papel na satisfação profissional desses médicos, gerando energia e disposição para o trabalho e contribuindo para que eles reflitam sobre a vida do outro e a própria vida. As autoras complementam que os médicos, quando se percebem em situações difíceis, como as de intenso desgaste emocional e morte iminente, sentem mais dificuldades relacionais, o que acarreta intenso sofrimento.

Blaya (1967), acerca da relação médico-paciente, afirma que a escolha de ser médico, é uma das mais estranhas; enquanto vocação, implica no desejo de estar sempre próximo do sofrimento e da morte, situações da vida tão temidas pelo ser humano. Mello Filho (1992) completa que a escolha médica é soma de curiosidade e desejo, consciente ou inconsciente, de saber e cuidar melhor daquilo que é sentido como doente em si próprio.

Esta afirmação do autor surge, em um primeiro olhar, com certo estranhamento, quando refere o desejo do médico estar próximo do sofrimento e da morte. Diante do distanciamento afetivo que notamos na prática médica, pode-se pensar que possuem uma

certa vontade de manter, sob controle, aquilo que os afligem, caracterizando uma ilusão de poder sobre aquilo que os perturba.

O cotidiano exige dos profissionais de saúde o contato constante com a dor e a doença de seus pacientes, o que pode trazer, como conseqüência, uma sobrecarga emocional diária. Desse modo, o papel do cuidador se caracteriza pelo processo contínuo de vínculo ao paciente, de forma que o ato de cuidar seja possível, mesmo que seguido de recorrentes perdas por óbitos ou por alta hospitalar do paciente (BERTOLETTI; CABRAL 2007).

Soma-se a esta realidade o fato de que o sofrimento, impotência e insegurança do profissional de saúde coexistem de forma velada, na medida em que há um tabu de que expressá-los pode levar a uma desqualificação profissional. A constante negação das dificuldades coloca a equipe em um estado de estresse permanente, sem via de expressão possível. Vale lembrar que a elaboração e a expressão das vivências afetivas fazem parte de um processo de desenvolvimento pessoal, que se reflete no desenvolvimento profissional.

Uma realidade comum é a dificuldade do médico em se defrontar com a possibilidade da própria morte, o que faz com que o profissional, muitas vezes, rejeite o paciente terminal, reduzindo o contato com ele ao mínimo indispensável, com a justificativa de que “não se pode fazer mais nada, pois ele vai morrer mesmo”. Desse modo, os cuidados se reduzem exclusivamente ao orgânico, evitando-se a abordagem da dimensão subjetiva, que emerge no contato com o paciente, uma vez que esta vivência remeteria o profissional às suas próprias emoções (BRANDÃO, 2000).

Kübler Ross (1998) nos auxilia a complementar essas reflexões, ao dizer que todo homem tende a adiar o encontro com estes problemas e estas perguntas existenciais. Afirma que o homem, enquanto não for forçado a enfrentá-los, só será capaz de mudar as coisas quando começar a refletir sobre a própria morte, o que não pode ser feito na dimensão do

coletivo, nem pela tecnologia, porque é uma tarefa existencial, a ser empreendida por todo ser humano, individualmente.

Amaral (2004) relata sua experiência com arte-terapia, envolvendo nove médicos que trabalhavam com crianças com câncer e seus familiares. Os encontros foram organizados na modalidade de grupos abertos, delineados especialmente com o objetivo de pesquisa, segundo o enfoque fenomenológico. Esse estudo teve como propósito ir ao encontro do fenômeno *ser médico que cuida de criança com câncer*. A autora constatou que, para os médicos, o cuidar de crianças com câncer tem múltiplos significados, tais como: experimentar sentimentos de sucesso, alegria, prazer por reverter uma situação complicada e pela própria relação com a criança; buscar recursos para defender-se de um conflito interior e também para ver seu limite de responsabilidade e possibilidade de envolvimento; sentir a sobrecarga do trabalho, valorizando a possibilidade de afastamento, que oportuniza momentos de calma; perceber que o contato com a criança leva ao apego e à dificuldade de aceitar o seu processo de adoecer; precisar compreender e lidar com diferentes atitudes do paciente e da família diante do adoecer e do morrer; ter que lidar com a iminência da morte e com a solidão, por ter que decidir, aqui e agora; ter maturidade para lidar com sofrimento; precisar contar com uma crença pessoal, atitude positiva diante da vida e da morte e ter fé, esperança e intuição, como forças motrizes, em seu cuidar.

Caparelli (2004) entrevistou sete médicos especializados em oncologia ou pediatria, oriundos de uma cidade do interior de Minas Gerais, com experiência profissional na área do câncer infantil, buscando apreender o que significa, para esses profissionais, dar um diagnóstico de câncer à criança e à família. Os significados desvelados para o médico, no momento do diagnóstico do câncer infantil, foram: ser cuidadoso ao conduzir esse momento, revelando atenção, desvelo e dedicação; manifestar sentimentos em diferentes momentos da

comunicação do diagnóstico (antes, durante e depois); utilizar subterfúgios ao falar sobre a hipótese diagnóstica com a família; ter um movimento de aproximação em direção à criança, tentando comunicar-se de acordo com sua capacidade de compreensão; vivenciar dor e impotência diante da possibilidade de um fracasso no tratamento. A autora conclui que o médico, freqüentemente, evita a própria dor emocional, refugiando-se em seu papel profissional e na organização de seu modo de trabalho.

Vale aduzir o quanto o universo médico é permeado pela luta contra a doença, desde sua formação, e que o medo do fracasso, da perda e da morte não é sequer verbalizado no horizonte da graduação. A alimentação desta postura segue padrões culturais da atualidade, onde é velado, a todo custo, o falar da dor, do fracasso e da tristeza. Como se a sociedade fosse garantia de retorno da nossa felicidade; as pessoas, com medo de aproximarem-se da dor do outro, somente iludem o paciente de que tudo vai se resolver bem; ora as divindades vão ajudar, ora novos tratamentos estão chegando.

Em recentes estudos acerca das posturas que os profissionais de saúde assumem no cuidado, invariavelmente aparece uma posição de isolamento afetivo, camuflado no tecnicismo e na denegação sistemática como mecanismos de defesa utilizados para enfrentar a árdua rotina de conviver com o sofrimento e a dor de pacientes portadores de enfermidades crônicas, trazidos para o cotidiano assistencial.

Bertoletti e Cabral (2007) exemplificam que aspectos do trabalho em saúde contribuíram no processo do adoecer desses profissionais, como a natureza das atividades do cuidador, sobrecarga de tarefas e dificuldade do relacionamento interpessoal, evidenciado pelo isolamento afetivo. Complementam que aspectos da organização e do ambiente estariam contribuindo para o adoecimento e conseqüente afastamento do trabalhador.

Valle e Françoso (1997) lembram que, muitas vezes, os profissionais se refugiam na dimensão técnica de sua especialidade, por não terem condições de depararem-se com o seu próprio sofrimento vivido na relação com o outro – a pessoa que adoecce.

Uma enfermidade crnica, como o câncer, implica em contato contínuo do paciente e da família com os membros da equipe de saúde, o que passa a criar condições de vinculação, entre as partes, bastante especiais. Esse vínculo  de grande valia para todos, dado que família e equipe possuem um objetivo em comum: dar,  pessoa enferma, as melhores condições possíveis de vida (SANTOS; SEBASTIANI, 2003).

Angerami (2002), em sua reflexão acerca do profissional da saúde diante da doença e do doente, aponta as posturas mais comumente observadas no cuidado:

- a calosidade profissional: após anos de prática, o profissional apresenta uma indiferença total para com a dor do paciente ou familiar. Existe a necessidade de se criar um invólucro que o proteja do sofrimento emocional;
- o distanciamento crítico: caracteriza a necessidade de certo afastamento para que a dor do paciente não seja apreendida, embora muitos profissionais adotem-na como postura ideal para um bom desempenho profissional;
- a empatia genuína: o profissional se envolve de modo natural, sem qualquer barreira; no entanto, podem perder os limites e a doença e o doente passarem a fazer parte do imaginário do profissional, perdendo sua privacidade;
- o profissionalismo afetivo: pareada por um certo distanciamento, traz respeito pela dor do paciente. Os sentimentos estão presentes, no entanto não interferem na consulta.

Waldow (1992), citando Mayeroff (1971), expande a noção de cuidado no sentido de crescimento. Neste processo, a relação existente entre cuidar e ser cuidado compreende o

estar com a pessoa, no mundo da outra pessoa, a que é merecedora de cuidado. Desse modo, ambas são participantes num processo de descoberta e aprendizagem mútua.

Nesta relação, a autora identificou e descreveu os principais ingredientes da relação cuidar-cuidado, a saber: conhecimento (saber quem é o outro, seus poderes e limitações, bem como as necessidades); ritmos alternados (constitui a dinâmica de diferentes experiências passadas, que podem servir como aprendizagem e ajudam na manutenção ou modificação de comportamentos conforme a demanda); paciência (possibilita a participação perceptiva com o outro, percebendo seu ritmo e estilo, valorizando a alteridade) e honestidade (é estar aberto para si e para o outro, respeitando-o, percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento. Agir de forma franca, sem enganar o outro deliberadamente); confiança (reconhecer a existência do outro como ser independente, acreditando que crescerá em seu próprio ritmo e época apropriada); humildade (envolve contínua abertura para a aprendizagem e percepção da singularidade do outro e de cada nova situação, incluindo aceitação das limitações pessoais) e a esperança (acreditar na possibilidade genuína de o outro vir a crescer através da relação de cuidado) e coragem (na atitude de assumir riscos e desafiar possíveis fontes de segurança).

Frente ao exposto, conclui-se que a aproximação aos significados da vivência de religiosidade, como instrumento da prática clínica dos médicos que lidam com pacientes oncológicos, é fundamental à perspectiva de construir um cuidado humano e integral, uma vez que este encontro envolve sempre pessoas que, em relação umas com as outras, constituem sentidos sobre o vivido.

4. Medicina, Religiosidade e Cuidados Paliativos trilhando um caminho comum

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), os “cuidados paliativos” constituem medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, ao enfrentarem uma doença terminal, com a da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Os subsídios essenciais dos Cuidados Paliativos tratam de algumas condutas como: o controle dos sintomas, o apoio psicossocial e espiritual e o trabalho conjunto entre a equipe de saúde, o paciente e seus cuidadores. São princípios básicos do tratamento, a partir das definições da OMS: afirmar a vida e aceitar a morte como um processo normal; sem antecipar, nem retardar, com respeito à autonomia e dignidade do paciente; oferecer um sistema de suporte para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até sua morte e para ajudar a família durante a doença do paciente e no período de luto; prover o controle e alívio para a dor e outros sintomas físicos, integrando os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, no cuidado do paciente, considerado parte integrante do atendimento; agregar o paciente, quando possível, nas decisões terapêuticas e oferecer-lhe reabilitação, sempre que necessário, em um ambiente adequado, com respeito, conforto, dignidade e comunicação efetiva necessários à todos envolvidos no cuidado, incluindo os familiares .

Para Herrera (2004), o cuidado aos pacientes que convivem com a enfermidade crônica e sofrem suas conseqüências devem ser priorizados os aspectos espirituais, onde haja espaços de reconciliação do Deus, um ser com força superior, na companhia dos outros, podendo refletir sobre a própria vida, como parte fundamental da experiência da saúde.

O modelo de assistência paliativa surgiu em contraposição ao crescente poder do médico e de suas instituições. Contudo, o projeto da “boa morte” é edificado às custas da dependência de uma rede de profissionais e políticas de saúde. Não se trata, como afirmam os militantes da causa do “morrer bem”, de uma libertação do aparato médico, mas sim de um refinamento de suas formas de exercício de controle. A finitude precisa de um novo sentido e os Cuidados Paliativos tomam para si a responsabilidade de produzi-lo em um projeto que busque um impacto social de grande amplitude. Os Cuidados Paliativos representam, no ambiente contemporâneo, uma medicina da solidariedade. Assim, a pessoa denominada “fora de possibilidades terapêuticas” não é mais vítima do abandono e descaso da instituição médica. Por força da mobilização de alguns profissionais sensibilizados para atendê-la, escutá-la, compreendê-la, ela não é mais desapropriada de sua própria morte, participa de todo o processo, em sua singularidade (MENEZES, 2006).

Breitbart (2003) aprofunda a importância da ação da crença do paciente no tratamento, contextualizando sobre a espiritualidade e o sentido nos cuidados paliativos; adverte os médicos para que não apenas compreendam mais plenamente seus pacientes, como comecem a atender algumas das necessidades espirituais, tão importantes no cuidado, destinadas a apoiar os pacientes com câncer.

Para o autor, as necessidades espirituais, em especial as relacionadas com à manutenção da percepção de sentido, de paz e de esperança na vida diante do câncer que avança, são prioritárias, seja para os pacientes, seja para os profissionais de saúde. Ele acrescenta a necessidade de desenvolver intervenções psicoterapêuticas inovadoras para auxiliar os pacientes com câncer em estado avançado a enfrentarem o sofrimento espiritual, a desmoralização e a perda de sentido existencial (BREITBART, 2003).

4.1 Educação para morte: re-humanização de um processo

Os primeiros indícios de consciência da própria morte surgem da antropologia com os homo sapiens. Datam desta época as primeiras sepulturas, onde os homens eram colocados sentados, tornozelos e pulsos atados, como fetos, aguardando uma nova vida. Segundo Morin, a consciência da morte compunha-se, já nesta época, de uma perspectiva objetiva, que admitia a mortalidade, a finitude e de uma perspectiva subjetiva, que apontava para uma transmortalidade (BRANDÃO, 2000).

A capacidade de horrorizar-se com a morte de outro ser humano, ausente nos animais, tornou-se uma reação característica do homem primitivo. Essa experiência assustadora forçou a consciência do homem a expandir-se em duas direções: a da religião e a da ciência, como formas de compreensão e aceitação da morte.

Um grande representante do existencialismo, Martin Heidegger, filósofo, traz, em sua obra intitulada “O Ser e o Tempo”, a questão da morte alinhavada ao próprio existir, como a “filosofia do finito”. Utiliza-se das expressões: existir para o ser humano significa “*ser no mundo*”, onde o homem está lançado no mundo, em infinitas possibilidades, o Dasein, “*Ser aí*” (FEIJOO, 2000).

Desta maneira, a existência humana está diretamente ligada à sua temporalidade, não medida pelo tempo físico, decorrido em números de dias, mas pela qualidade de experiências vividas pelo sujeito. Desta maneira, deve o homem ser autor de sua história; cabe a si construir sua vida, sua existência e dar sentido à própria vida; lançar-se em um projeto de vida, que dará sentido à sua razão de viver.

A morte, como uma ruptura na sua trajetória, significa o fim de todos os projetos, de todas as possibilidades, sendo uma experiência única e intransferível, fonte de grande

angústia. Mas, essa mesma angústia, pode levar o homem ao cerne de seu ser, no modo mais profundo de conhecimento, à sua liberdade. Ao deparar-se com sua temporalidade, que inclui a transitoriedade, o homem é capaz de transcender e apropriar-se de sua existência, aceitando a própria finitude, não como um nada, mas a morte como parte do processo de existir.

Morrer faz parte da vida como o nascer, assim como renovamos nossas células, idéias, atitudes, pensamentos, direções, objetivos. Desse modo, a aceitação da morte traz um movimento autêntico, de viver plenamente o que se deseja hoje, porque a morte consegue lembrar a finitude, mas também traz em si um impulso que nos leva a viver e realizar nossos projetos.

O maior obstáculo ao desenvolvimento do cuidado integral na sociedade contemporânea é que não existe uma cultura de cuidado e compreensão das dimensões que o ser apresenta frente à morte. Kübler Ross (1998), em sua clássica obra *Sobre a morte e o morrer*, exemplifica essa lacuna, ao apontar que uma sociedade inteira, por sofrer de medo e rejeição da morte, lançou mão de defesas destrutivas, como as guerras, o aumento do índice de criminalidade. Deste modo, só podem ser sintomas da decrescente incapacidade de enfrentar a morte com resignação e dignidade.

Essa autora afirma ainda que a única saída para esse impasse seria voltar a refletir o ser humano individual e adotar a possibilidade de nossa própria morte como ponto de partida para tentarmos compreender essa rejeição sistemática da finitude operada pelo pensamento ocidental. Só assim aprenderíamos a encarar, menos irracionalmente e com menor temor, esse acontecimento trágico, porém inevitável, na medida em que é parte inalienável da condição humana.

De acordo com Sebastiani (2002), há duas vertentes a serem tratadas diante da possibilidade de morte: a primeira, a fragilidade humana, a qual acaba por desencadear

inúmeros fenômenos patológicos sobre os profissionais de saúde; a segunda, reforça essa idéia, pois existe uma grande dificuldade para resolver o problema em função das posturas onipotentes e das relações paradoxais: cuida-se do outro e descuida-se de si, como se existisse uma esfera superior de garantia, tornando os profissionais de saúde invulneráveis aos males da vida.

Para Kovács (2003) os médicos tinham um papel importante no agravamento das doenças, a partir do século XIX, fortemente imbuídos do papel de aliviar os sintomas e, muitas vezes como conselheiros, assemelhando-se a sacerdotes. No entanto, esse papel vai se transformando com o avanço da ciência médica, passando a focar nos sintomas e diagnóstico, mesmo que não comunicados ao paciente. Fala-se de sintomas, de doença, mas não de proximidade com a morte.

A realidade retrata que a formação profissional não contempla a dimensão integral do ser humano e que os profissionais não entram no campo de forma sistêmica (CECCIM, 2004). Há um desafio para a formação profissional em saúde, fazendo-se necessário repensar a sua forma de inserção e modos de participação na realidade que vem sendo moldada, construindo o futuro a partir da assimilação, reflexão, questionamento e formulação das propostas calcadas no objetivo em que se insere para fomentar estratégias na busca de transformar a realidade (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Segue a reflexão tratando de uma mudança de paradigma na educação:

O currículo centrado no cuidado preconiza a ênfase no processo de aprendizagem, onde as experiências de vida, aspectos culturais e de personalidade são valorizados. Diferentes tipos de aprendizagem exigem diferentes modalidades de ensino. Assim, este deveria ter uma abordagem curricular contextual e interacional, pois o desenvolvimento do indivíduo baseia-se na sua indagação como ser no mundo num vir a ser (Waldow, 1992).

O Ser, ao lidar com uma doença da proximidade da morte como o câncer, coloca o humano muito próximo de seu íntimo. É possível olhar dentro, perceber o que acontece no fundo da alma, tanto de quem cuida como de quem é cuidado e buscar significados para a existência. Inevitavelmente pertencemos a uma sociedade tecnológica e fixada na concretude que buscará um responsável, uma instituição, uma empresa, um médico, uma enfermeira, um psicólogo que cuidará e responderá pelas angústias do ser humano.

Com os projetos de humanização ganhando espaço nas instituições de saúde e tornando-se uma necessidade premente, nota-se o paradoxo em que a identidade médica se deforma, quando o médico impede que o moribundo pereça com dignidade, prolongando uma vida impregnada de sofrimento e humilhação. Outra distorção aparece vinculada ao papel heróico, segundo o qual alguns profissionais reagem com desprezo quando solicitados a atender casos sem gravidade, como a simuladores ou hipocondríacos (HOIRISCH, 1992). Desse modo, percebe-se que falta formação quanto ao papel e a verdadeira identidade médica, como se a relação de cuidado não estivesse interligada à postura de onipotência; a prática terá uma menor valorização. Fatos assim estão relacionados diretamente com falta de informação acerca das questões de vida e morte conjuntamente, com falta de sentido no exercer a profissão de maneira autêntica.

Hoirisch (1992) lembra que, na formação, os médicos passam por alguns estágios, como: iniciação, contradições e crises; depois, passam pelo ser adulto, onde lhes são exigidas posturas de responsabilidade, alto nível de tolerância à frustração e capacidades para suportarem a realidade adversa e, por último, chegarem ao estágio de cientistas, no qual devem se orientar pela verdade. No entanto, a verdade é provisória. Surge, então, a educação permanente, que marca o verdadeiro cientista. Esse autor completa que é direito de qualquer cientista ou professor ter religião ou defender idéias políticas, tratando o paciente em

igualdade, sendo inconcebível diferir ao sabor de religião, partido político, nível econômico e social.

No que tange à realidade no Brasil, é válido lembrar que o aumento da expectativa de vida tem permitido um maior número de pessoas expostas ao adoecimento por enfermidades crônico-degenerativas, o que implica, muitas vezes, um processo de morrer mais prolongado e diretamente vinculado à assistência médica especializada, internação hospitalar de longa duração e tecnologia de alto custo para manutenção da vida. Esse conjunto de fatores delimita uma inquestionável interação do fim da vida com a qualidade dos serviços de saúde prestados pela instituição.

Seria interessante, do ponto de vista assistencial, de ensino e pesquisa que sejam implementadas ações, no sentido de uma educação para a morte, tal como nos sugere Kovács (2003), a saber: a discussão do tema morte nas escolas, frente ao despreparo dos educadores para lidarem com o tema de forma genuína, quando da ocasião de sofrimento e perda; criação de espaços de discussão sobre a morte para o público leigo; cenários de discussão sobre perda e mortes nos hospitais, caracterizando um grupo de luto para elaboração; grupos multidisciplinares para discussão de temas, envolvendo bioética no hospital e educação para os meios de comunicação para divulgação adequada da morte.

Algumas iniciativas, que já vêm sendo consolidadas nas instituições de cuidado, podem servir de referência para que se reflita sobre estratégias mais produtivas para implementação da educação para a morte em serviços de saúde, como o desenvolvimento de um trabalho com os profissionais de saúde para o acolhimento da morte no hospital. Esse espaço pode ser organizado sob a forma de um grupo de cuidados paliativos ou da assistência individualizada com finalidade de oferecer suporte psicoterapêutico ao profissional. Tais iniciativas só poderão se consolidar, de fato, se um projeto de cuidado integral e interdisciplinar for

construído na dimensão da coletividade e desenvolvido na dimensão da “uni-diversidade”, isto é, sob a ótica de cada singularidade em que se aplica. A seguir abordo a escolha da investigação qualitativa, a origem do método fenomenológico em pesquisa e os principais autores.

5. Trajetória qualitativa e o método fenomenológico

Trata-se de um estudo exploratório, segundo um enfoque de pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico da psicologia fenomenológica. A escolha pelo referencial fenomenológico emergiu de minha concepção pessoal de mundo; do modo olhar e pensar o ser humano e da minha vivência profissional, como psicóloga, na área da saúde.

A história dos métodos qualitativos ou compreensivos é mais recente. Há pouco mais de um século, juntamente com o início das idéias de se criar as Ciências Humanas, surge um novo paradigma em contraponto às questões já organizadas pelas Ciências Naturais, ou seja, o racionalismo. Com seus métodos qualitativos, a disciplina de Antropologia desenvolveu a chamada Etnografia, cuja revolução ocorreu nos anos vinte, com as publicações de Malinowski. Este antropólogo permaneceu alguns anos convivendo com nativos da Oceania, observando, participativamente, o que lá ocorria. A partir deste fato, a história da ciência atribuiu-lhe o pioneirismo na metodologia científica qualitativa, já que ele procurou descrever, sistematicamente como havia obtido seus dados e como ocorria a experiência de campo (TURATO, 2005).

Desta maneira, desde Aristóteles, a filosofia considera que, ao lado de um método geral que todo e qualquer conhecimento deve seguir, tanto para a aquisição quanto para a

demonstração e verificação de verdades, outros métodos particulares são necessários, pois os objetos a serem conhecidos também exigem métodos que estejam em conformidade com eles, surgindo diferentes métodos conforme as especificidades dos objetos a serem conhecidos (CHAUÍ, 1998).

A investigação qualitativa é formativa, oferece técnicas especializadas para obter respostas, em profundidade, acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos. Essa modalidade permite um programa de compreender melhor as atitudes, crenças, motivos e comportamentos da população, em questão (DEBUS, 1994).

Debus (1994) afirma que para se realizar uma pesquisa qualitativa é importante seguir três recomendações: perguntar por que, saber escutar e abordar a investigação como um processo de estudo criativo.

Para Minayo (1993), é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa. A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as compõem é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob conceitos e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenariam o social.

Caracteriza a autora que a abordagem fenomenológica realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se constrói com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Em palavras semelhantes, os educadores Bogdan e Biklen (1997) tomam o *significado* como idéia-chave. Afirmam que o pesquisador qualitativista não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou

correlacionando, quantitativamente, eventos de suas vidas. Ele pretende conhecer a fundo suas vivências e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida.

Minayo (1993) elucida a importância das pesquisas qualitativas, pois são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

5. 1 Caminho teórico-metodológico

A fenomenologia surgiu no final do século XIX, com Franz Brentano (1838-1917), mas foi Husserl (1859-1938), no século XX, quem remontou as mudanças de paradigma da época, referentes a dois tipos de investigação: os fenômenos objetivos, característicos do método experimental e os fenômenos subjetivos da consciência, questionados pela filosofia. Neste ponto, Husserl retoma o conceito de intencionalidade utilizado por seu mestre Brentano (BRUNS, 2003).

Brentano, como outros pensadores da época, consegue criar, de modo sistemático, um novo método, com base na experiência interior e rigorosa descrição de seus dados. Desse modo, buscava alcançar uma psicologia que fosse rigorosamente científica, sem reduzi-la à psicologia experimental. Foi nomeada “psicologia dos atos”, por examinar atos psíquicos, de forma qualitativa; portanto, é uma psicologia filosófica (BELLO, 2004).

Husserl procura Brentano, frequenta suas aulas e logo se interessa pelos fenômenos psíquicos. Sua questão, na época, era a descoberta dos fenômenos matemáticos, buscando uma compreensão dos números. Nesta fase, Husserl escreve a obra “Filosofia da Aritmética”, caracterizada como obra filosófica; no entanto, o método é uma psicologia. A partir de então,

formula um novo método, passando a aplicá-lo aos problemas de tradição filosófica; nasce, assim, uma filosofia fenomenológica (BELLO, 2004).

Husserl (1859-1938), enquanto precursor do método fenomenológico de investigação, afirmou ser possível o alcance das ciências ideais por meio das *Ontologias regionais*. Explica que regiões contemplam a natureza, a sociedade, a moral e a religião. Compreender estas ontologias regionais significa captar e descrever as essências ou modalidades típicas com que os fenômenos sociais, morais e religiosos aparecem à consciência (MOREIRA, 2002).

Na perspectiva de Husserl, os fenômenos são as vivências, mas são também os fenômenos culturais e sociais que podem ser examinados. Desse modo, os fenômenos culturais derivam da estrutura humana: corpo, psique e espírito; sobretudo, da atividade, que ele denomina espiritual. A fenomenologia se esforça para entender qual é a origem mais profunda de um fenômeno cultural; Husserl utilizou o termo “escavar” como “ir até fundo”, no sentido de voltar para trás e ir cada vez mais ao fundo, ao encontro do fenômeno (BELLO, 2004).

O início da trajetória é sempre a interrogação do fenômeno. De acordo com Valle (1997), sendo o método fenomenológico um processo para captar o significado do fenômeno considerado como vivência do sujeito, é preciso ter clareza do campo a ser pesquisado. É preciso situar o fenômeno, que se pretende estudar, buscando-o na pessoa que o vivencia. Vivência é entendida como a percepção que o ser humano tem de suas próprias experiências, atribuindo-lhes significados (FORGHIERI, 1993).

O primeiro passo do método fenomenológico de Husserl sugere a descrição do objeto da experiência, como se tratasse de um primeiro encontro. Esse primeiro passo é conhecido como *epoché*, caracterizado por colocar em suspenso ou entre parênteses a experiência prévia do sujeito pesquisador, ou seja, uma suspensão de juízo acerca do mundo. O objeto deve ser

descrito como se o pesquisador não conhecesse, nada a seu respeito, deixando de lado suas preferências e memórias sugeridas pelo objeto, em descrição, desejos, imaginações e valores. Neste movimento, não existe uma preocupação em descobrir as causas do objeto ou as justificativas de sua existência (GOMES, 1997; BELLO, 2004).

Segundo Forghieri (1993) e Valle (1997), para desvendar a vivência de um sujeito com o intuito de compreendê-lo, o pesquisador busca informações fornecidas pelo próprio sujeito, uma vez que as situações não encerram sentidos em si mesmas, mas adquirem significados para quem as experiencia, relacionados à sua própria maneira de existir. O pesquisador deve ouvir os próprios sujeitos que experienciam a vivência que ele se propõe investigar, a partir de uma questão norteadora.

Coreth (1973) afirma que a compreensão é um acontecimento tão fundamental como universal e que, ao estar relacionada a uma palavra falada ou escrita, testemunhos e fatos históricos realizam-se no todo de nosso mundo de compreensão, permanecendo como possibilidade no horizonte de nossas relações. Valle (1997) complementa esse ponto de vista mostrando que, para que o processo de compreensão ocorra, é necessário reconstruir o mundo do sujeito, nele penetrar e ouvir sobre suas experiências, de forma a apreender algo sobre sua forma peculiar de experienciar o mundo.

Desse modo, na transposição da fenomenologia para a investigação científica em saúde, evidencia-se a sua importância pela inclusão da subjetividade, a compreensão e análise do fenômeno, do conhecimento dos conceitos embasados na filosofia, na compreensão e análise do fenômeno que se deseja pesquisar, por meio da valorização das experiências vividas pelo sujeito em sua singularidade, do significado que ele atribui ao vivido e da inter-relação e mútua construção de um processo contínuo, permeado pela subjetividade de ambos: sujeito e pesquisador.

Assim, faz-se necessária a abordagem de alguns temas fundamentais característicos do método fenomenológico, como o retorno às coisas mesmas, intencionalidade, fenômeno, redução fenomenológica, distanciamento e compreensão, explicitados a seguir.

Dartigues (1973) refere que, segundo o princípio da intencionalidade, consciência é sempre “consciência de alguma coisa”, só é consciência dirigida a um objeto, portando, o objeto é sempre objeto para uma consciência. Capalbo (2005) retoma a consciência como sempre voltada para algo: para o mundo da transcendência, para as coisas, para os outros homens, para o seu ego, a ação que executamos, os sentimentos, o querer, a imaginação, a percepção e a lembrança. Na medida em que a consciência é sempre consciência de algo, não é possível separar o sujeito do objeto de conhecimento.

A intencionalidade traz um aspecto central que é o sentido, chamado noético, que vem de *nous* (palavra grega que significa sentido e também intelecto, parte intelectual). Entretanto, a palavra *nous*, sentido, intelecto, significa também intencionalidade: que traz a forma, *morfhé*, porque é aquilo que dá forma aos dados sensíveis. Os dados sensíveis tratam do aspecto do fenômeno chamado hilético, *matéria* ou *hylé*, que revelam os estados de ânimo, referindo a sensibilidade. Husserl afirma que a experiência do ser que faz a análise, agrupa os dois aspectos, o hilético, dados de cor e de prazer, e o noético, de sentido e significação (BELLO, 2004).

“Fenômeno é aquilo que surge para uma consciência, o que se manifesta para essa consciência, como resultado de uma interrogação. Do grego “*phainomenon*”, significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador. Do verbo “*phainesthai*” como mostrar-se, desvelar-se. Fenômeno é, então, tudo o que se mostra, se manifesta, se desvela ao sujeito que o interroga” (MARTINS; BOEMER; FERRAZ, 1990).

Como modalidade de pesquisa qualitativa, a fenomenologia tem como proposta a compreensão do vivido, evidenciando os fenômenos que se mostram ou se manifestam na consciência das pessoas. É possível o acesso ao campo do vivido, por meio das descrições das falas dos sujeitos pesquisados, acreditando que, no falar, o sujeito se coloca e revela sua consciência intencional.

Segundo Boemer (1994), na pesquisa fenomenológica o pesquisador não tem um problema definido, mas parte de uma interrogação. No momento em que interroga, focaliza-se o fenômeno e não o fato. A noção de fato tem seus fundamentos na lógica racionalista (tradição cartesiana), que separa sujeito e objeto do conhecimento, e no positivismo clássico, que concebe o fato como tudo aquilo que pode ser objetivado e, como tal, tornar-se mensurável como objeto da ciência. Essa compreensão implica considerar que há aspectos objetivos da realidade, expressos em relações causais, cabendo ao pesquisador estabelecer o nexos linear entre causa e efeito.

O método fenomenológico lança mão da redução fenomenológica como recurso para chegar à essência do fenômeno. Trata-se de colocar, entre parênteses, a realidade do senso comum, para que o outro se revele à sua maneira própria. Seria um esforço de ir às coisas mesmas, ao invés de trazê-las para os nossos conceitos, ou seja, deixá-las produzirem seu próprio sentido, sem adaptá-las aos já existentes.

Para isso, Forghieri (1993) distingue dois momentos da redução fenomenológica: o envolvimento existencial e o distanciamento reflexivo, ambos utilizados na investigação da vivência. O envolvimento existencial ocorre no momento em que o pesquisador une-se intencionalmente à vivência investigada, fazendo também sua própria vivência, saindo de uma posição passiva de observador para uma ativa e intencionalmente participante, podendo “reviver” a experiência como sua própria. Já o distanciamento seria quando o pesquisador

afasta-se para refletir e compreender, racionalmente, a vivência, mas, este distanciamento não é total, sendo necessária uma troca constante com a vivência.

Assim, o “reino da fenomenologia” não é só descritivo, mas também o da significação, sendo possível a atribuição de significado por parte da subjetividade (CAPALBO, 1994); é uma mudança de postura do pesquisador, da natural à fenomenológica, onde o sujeito deixa seus pré-conhecimentos para visar algo novo, que se desconhece até então, análoga à atitude de uma criança que descobre o mundo.

Desse modo, o pesquisador não é neutro, ele é co-participante desse processo. Os seus modos de lidar com tais situações estão impressos em seus pensamentos, sentimentos e ações: são, ao mesmo tempo, singulares e compartilhados, no contexto do trabalho (BOGDAN; BIKLEN, 1997).

A fenomenologia, na busca de compreensão pela contemporaneidade humana, pretende não reduzir seu objeto de estudo, o homem, às suas características corporal-espiritual-individual-social, teórico-prático. Percebe-o envolvido num dado sistema político-econômico, objetivando compreendê-lo em sua facticidade e transcendência, considerando que todo entorno histórico da civilização que sobrepõe seus desejos, simultaneamente, o reconhece como ser de possibilidades que assume riscos e responsabilidades, sendo capaz de se perceber nesta ambigüidade (BRUNS, 2003).

O significado é de vital importância na abordagem qualitativa. O modo como cada pessoa apreende o significado de sua experiência é o mais importante, sendo algo único, o modo como dá sentido às suas vivências. Podem surgir perspectivas diversas, complexas; vários prismas a serem olhados de um mesmo fenômeno (MOREIRA, 2002).

Moreira (2002) remete-nos a cinco tendências filosóficas dominantes e sucessivas (às vezes superpostas), na Fenomenologia do século XX, segundo Lester Embree (1996), editor geral da *Encyclopaedia of Phenomenology*, importantes:

- *Fenomenologia Descritiva*: iniciada por Husserl, na obra *Investigações Lógicas*, sendo famoso, pelo ataque ao psicologismo. Esse começo é conhecido como fenomenologia descritiva pela sua abordagem reflexiva, evidencial e descritiva.

- *Fenomenologia Realista*: enfatiza a busca pelas essências universais de vários tipos de assuntos, incluindo as ações humanas e as motivações. Várias temáticas foram acrescentadas como a Filosofia da Lei, Ética, Teoria do valor, Religião, Antropologia Filosófica, Filosofia das Ciências Humanas, Estética, Arquitetura, Música. Esta tendência foi iniciada na Alemanha, durante a década de 1920, e permaneceu ativa nos dias atuais.

- *Fenomenologia Constitutiva*: caracterizada pelo texto original de Husserl (1913). Traz idéias relativas a uma Fenomenologia pura e a uma Filosofia fenomenológica, incorporando reflexões sobre o método fenomenológico, com o auxílio da redução fenomenológica e redução eidética.

- *Fenomenologia Existencial*: originou-se no trabalho do filósofo Heidegger (1927), em sua famosa obra “Ser e o tempo”. Abarca conceitos existenciais como: ação, conflito, desejo, finitude, opressão e morte.

- *Fenomenologia Hermenêutica*: deriva-se do método proposto por Heidegger, segundo o qual a existência humana é interpretativa. Segue também os conceitos existenciais citados, atribuídos de interpretação, constituindo uma corrente metodológica da pesquisa empírica (MOREIRA, 2002). Esta abordagem teórico-metodológica pode ser utilizada como uma possibilidade para alcançar a compreensão e interpretação dos fenômenos que se mostram ao

pesquisador, uma vez que se busca iluminação frente aos fenômenos velados. Sua utilização possibilita visões do homem em perspectivas (BRUNS; TRINDADE, 2003).

5.2 Entrevista Fenomenológica

Inicialmente, é preciso clarificar que existe bastante semelhança na estratégia de coleta de dados e na apresentação dos resultados da pesquisa fenomenológica. Os principais recursos de coleta, pertinentes ao método são: as entrevistas, onde os colaboradores descrevem verbalmente suas experiências; a descrição escrita das experiências, efetuada pelo próprio participante, relatos autobiográficos, em forma escrita ou oral e observação participante, quando o pesquisador é ativo no campo de estudo, realizando as anotações necessárias (MOREIRA, 2002).

Carvalho (1987) desenvolveu, com propriedade, aprofundamentos acerca de entrevista sob a ótica do serviço social, na abordagem fenomenológica. A autora aborda o direcionamento da entrevista para a linha compreensiva pelo fato de que a intenção da entrevista clássica visa o conhecimento universal, paralisando a ação do participante social. Dificultando, deste modo, o alcance dos verdadeiros objetivos como: autodeterminação, dignidade humana e os valores pessoais.

Optei pela entrevista fenomenológica como recurso para coleta de dados. A entrevista, em fenomenologia, é mais que um instrumento; caracteriza o encontro existencial de duas pessoas, de caráter intersubjetivo, que se dá na interação imprevisível, onde emergem os fenômenos, requerendo um novo posicionamento do pesquisador atento para a investigação do vivido, revelar e desvelar o desconhecido e, assim, procurar compreendê-lo em sua essência singular.

De acordo com Gomes (1997), a entrevista é um veículo de comunicação. Neste processo, a consciência do entrevistador modifica, amplia e atualiza-se na interação com o entrevistado. O entrevistador deixa-se conduzir pela expressão do entrevistado e oferece suas percepções, reduzidas na expressão, para serem especificadas pelo entrevistado. Ocorre a mediação da linguagem, criando, momentaneamente, uma mutualidade de experiência entre os dois comunicantes. O entrevistador, pela mutualidade, coloca-se no lugar do entrevistado para ver a situação do modo como ele vê.

Carvalho (1987) definiu três características pertinentes à entrevista fenomenológica: a primeira, consiste no ato de ver e observar, sem se fechar a uma perspectiva causal, de forma a deixar emergir uma perspectiva fenomenológica; a segunda, trata de interpretar compreensivamente a linguagem do cliente como veículo de significações e, por fim, a terceira, na qual se deve perceber o gesto do cliente em seu movimento e nos ocuparmos em manter a linha geral do trabalho. Assim, a ação da entrevista não consiste em uma forma de intervenção ou tratamento.

Gomes (1997) explica que existem diferentes modos de ser dos entrevistados: há pessoas sempre prontas para falar e que estão envolvidas em um processo reflexivo intenso sobre sua condição de vida. Outros, movem-se lentamente e os depoimentos reveladores surgem ao final da entrevista. Desse modo, algumas vezes, uma segunda entrevista poderá ser útil para complementar a primeira, trazendo também, elaborações ricas sobre o tema em foco. A diversidade dos entrevistados traz variações de perspectivas que permitem uma compreensão mais nítida de um mundo vivido comum.

Neste estudo, a entrevista foi realizada individualmente, conforme disponibilidade e agendamento do colaborador. A condução obedeceu ao preconizado pela literatura referente à

abordagem da entrevista, atentando-se para as particularidades da abordagem fenomenológica (MARTINS; BICUDO, 1989).

Durante o percurso do entrevistar, busquei por descrições das vivências do sujeito, estando atenta para que o mesmo não se afastasse da questão proposta: **“Como é para você a vivência de religiosidade, quando ela surge no cuidado com o paciente oncológico?”**, podendo surgir, outras questões pessoais no discurso. Por isso, a habilidade do pesquisador em conduzir a entrevista é importante para apreensão da experiência vivida, sendo características particularmente valiosas: ser responsivo e receptivo a tudo que o sujeito desejar dizer, manter uma atitude espontânea e natural, criar “um clima no qual a capacidade comum de a pessoa falar é liberada dos medos e dos constrangimentos comuns”. Ao entrevistar a pessoa, o que se busca é perceber sua posição frente ao mundo, sua historicidade, reconhecendo-a em sua singularidade e originalidade (MARTINS; BICUDO, 1989).

De acordo com Carvalho (1987), a perspectiva compreensiva abrange mais que um método psicológico, é hermenêutico, buscando a interpretação da vida psíquica. “Compreender” envolve apreender os objetos da vida do espírito para alcançar uma vivência originária na forma do gesto, linguagem ou cultura, onde se efetua a exteriorização. Trata de uma compreensão que se mostra como uma totalidade de nosso ser, transcendendo o sujeito, não sendo uma razão.

5.3 Percurso da composição dos colaboradores e coleta dos dados

O percurso iniciou-se com a minha inserção na instituição, na qual desenvolvi um estágio voluntário como psicóloga, prestando atendimento para os pacientes e respectivos

familiares, encaminhados pelos profissionais do serviço. Nos meus atendimentos como psicóloga clínica, observei de perto as relações: médico-paciente; paciente-equipe; paciente-familiar e deles todos comigo também.

Em minhas vivências com os pacientes, inquietava-me a busca de suporte religioso, no qual, os pacientes apoiavam-se nos momentos difíceis, principalmente nos pacientes em estágios finais de vida. Inquietava-me o cotidiano superficial das relações, tudo acontecendo muito rápido, muitos pacientes e pouco espaço para pensar as questões subjetivas que os pacientes demandavam, incluindo a religiosidade. Esta, como uma das dimensões humanas, e as demais, como será que acometiam o paciente, como ele lidava com todo entorno de seu adoecer: família, emprego, filhos, relações sociais, o próprio corpo. Sempre ficava a dialética relação de angústia de perceber o cuidado fragmentado e, a satisfação de poder compartilhar com alguns, um pouco de seu universo e fazer a diferença no acolhimento.

Mas, eu precisava prosseguir com a pesquisa, fiz contato com os sete médicos, algumas vezes, pelo telefone, e outras, com minha presença no ambiente. Tive mais êxito em marcar o encontro com os colaboradores com minha presença no ambiente, onde permanecia cerca de duas horas – dia, em diferentes períodos, durante seis meses, quando realizava atendimentos voluntários com os pacientes oncológicos e seus respectivos familiares.

Disponibilizaram-se, na instituição, a participar do estudo quatro médicos. É importante frisar que a pesquisa chegou a ser explicada, em sua íntegra, para seis médicos, no entanto dois deles, já de imediato, sem ao menos saber do intuito, recusaram-se a participar, alegando um não trabalhar com pesquisa e o outro evitava contato, alegando falta de tempo e viagens marcadas.

Foram realizadas três entrevistas na primeira instituição contatada e outra com um ex-colaborador que, na ocasião, mudou-se para uma instituição no interior de uma cidade

próxima no estado de Minas Gerais. Muitos aspectos interessantes configuraram-se, mas, fez-se necessária a realização de outras coletas. Houve um evento de cuidados paliativos, quando pude aproximar-me de um oncologista, com o qual já havia feito contato prévio, ele se disponibilizou, então, a colaborar com a pesquisa. No dia do evento, ao final das palestras, pude realizar a entrevista com este colaborador, oriundo de uma instituição de outra cidade.

Ressalto aqui a dialética dos modos de ser dos colaboradores; o anteriormente citado, em postura de distanciamento, com entraves na comunicação e viagens marcadas, sem disponibilidade para o encontro; posturas de disponibilidade, mesmo fora do ambiente de trabalho, com pouco contato anterior. Tal fato chama a atenção para o silêncio e a distância que o ser se utiliza, quando se percebe numa situação que requer que ele se mostre, ele se furta ao encontro. Tais posturas serão discutidas posteriormente.

Tentei contato telefônico com diversos oncologistas de Ribeirão Preto, cerca de quinze, sem sucesso, ora pelo entrave de acesso já com as secretárias que demoravam a dar-lhes o recado, ora porque o telefone ou ramal do médico, na instituição, não respondia. Realizei diversos contatos telefônicos e não obtive resposta. Apenas um entrevistado disponibilizou-se e realizou a entrevista, no primeiro horário da manhã. Outro oncologista, após quatro contatos telefônicos, disponibilizou um horário, ao qual compareci e a entrevista não se realizou, pois estava muito atarefado com os atendimentos. Pediu desculpas, por meio da secretária, sendo que esta solicitou que eu remarcasse o horário. O possível colaborador viajou nas duas semanas, seguintes em que telefonei, e não obtive retorno.

Neste ponto, em discussão com meu orientador, julgamos oportuno procurar por outras instituições, de mesma característica filantrópica. Concomitantemente, orientada por ele, visando o enriquecimento da pesquisa, passei a participar em uma delas, de um grupo de estudos sobre cuidados paliativos, configurando uma temática pertinente ao meu objetivo de

estudo. Neste grupo havia dois médicos que foram colaboradores da pesquisa. Fiz contato pessoal e consegui a participação dos pesquisados, sem muito problema, e com entusiasmo. Agendei as entrevistas nas duas semanas seguintes, as quais foram realizadas sem remarcação de horário. Consegui oito colaboradores para a pesquisa, de quatro diferentes instituições, interrompi a coleta dadas as ricas e demais descrições obtidas nos relatos, que foram convergindo, repetindo-se, ao longo do processo.

No primeiro contato pessoal, após firmada a participação, retomei o sentido da pesquisa, expliquei a importância de sua participação e entreguei a cada um, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO 1) para análise do colaborador. O termo traz, resumidamente, o tema de pesquisa, a sua aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, a instituição e o orientador vinculado, a linha de estudo, a modalidade de coleta de dados, assegura o sigilo dos colaboradores e os protege de qualquer dano que possam sofrer com a divulgação das informações. Foi permitido, por todos os participantes, que as entrevistas fossem audiogravadas no intuito de facilitar o registro das falas. Por se tratar de uma entrevista aberta, não foi seguido um roteiro estruturado pré-estabelecido.

Após a leitura com aceitação e assinatura do termo de consentimento, propunha a questão norteadora. Acredito que esta favoreceu as descrições dos fenômenos, ampliando o foco de estudo, dado que alguns dos colaboradores sentiram necessidade, à priori, de relatarem acerca da própria experiência religiosa, para, depois, então, descreverem suas experiências no cuidado com o paciente oncológico.

Os médicos colaboradores foram estimulados a falarem, à vontade, e a discorrerem, livremente, sobre suas experiências, quando possível associando-as a outras vivências, idéias ou pensamentos. Tentei não interrompê-los desnecessariamente, apenas no sentido de clarear determinada vivência. Na medida em que a entrevista foi se desenvolvendo, procurei

acompanhar suas falas, individualmente, valorizando cada subjetividade e o modo como se relacionavam comigo. A partir da questão norteadora, busquei aprofundar suas falas, por meio de intervenções verbais, tais como: “Fale-me mais sobre isso”; “Como se sentiu, quando isso aconteceu?” etc.

Poderia ser prestado, caso se fizesse necessário, um atendimento de acolhimento ao colaborador, no período pós-entrevista, se emergissem conteúdos que deixassem os colaboradores em desconforto psíquico. Não foi necessário realizar nenhum atendimento, embora alguns colaboradores tenham se mostrado dispostos e revelando que gostariam de conversar mais, em outros momentos.

De acordo com Amatuzzi (2003), cabe ao pesquisador, durante toda a coleta, permanecer ativo, presente como interlocutor que solicita e acolhe, também solicitando, ao colaborador, que retorne à sua experiência concreta quando este fugir da questão. Isto pode ocorrer durante uma única entrevista ou em encontros sucessivos, em esclarecimentos necessários da temática. O vivido mostra-se no ato da relação pela própria pessoa que comunica, facilitada pelo pesquisador.

Na escolha da questão norteadora a ser investigada, a baliza “vivência de religiosidade” pareceu-me mais apropriada e com amplitude para alcançar o fenômeno da religiosidade médica. No primeiro capítulo, circulei algumas definições necessárias para a compreensão dos termos usualmente citados, na literatura, para referir-se a experiência religiosa, como: religiosidade, fé e espiritualidade.

A coleta de dados foi realizada no decorrer de uma única entrevista para cada médico, podendo ser estendida, caso fosse necessário. As entrevistas não tiveram um tempo pré-determinado. Mesmo assim, tomei os devidos cuidados para que o tempo de coleta não se tornasse exaustivo para os colaboradores. Ao final da entrevista, foram coletadas informações

sobre a história de formação profissional de cada médico (trajetória acadêmica, instituição de ensino superior onde graduou-se, experiências posteriores à graduação que favoreceram o trabalho com pacientes de câncer - curso de residência/aprimoramento/especialização e a situação familiar dos respondentes (composição familiar). As entrevistas foram transcritas literalmente e na íntegra, logo após sua realização, e posteriormente, foram submetidas à análise compreensiva.

Foi utilizado também, como instrumento de coleta, um gravador de voz para registro na íntegra das entrevistas, sendo um recurso importante na transcrição da experiência do colaborador e um bloco de anotações, caracterizando o diário de campo, onde foram registradas minhas impressões, observações de campo e sentimentos suscitados, durante a entrevista.

Na comunicação dos resultados, de acordo com Moreira (2002), utilizam-se as palavras reais dos participantes para ajudar na descrição. O pesquisador identifica “temas” nos dados e, a partir daí, é desenvolvida uma estrutura, chamada de categorias de análise.

5. 4 Colaboradores

Foram entrevistados, para a realização deste estudo, oito médicos, de ambos os sexos, vinculados às Instituições filantrópicas de assistência à saúde, os quais em sua prática profissional, cuidam de pacientes oncológicos, atuando junto à clientela adulta e idosos.

A idéia inicial foi convidar todos os profissionais médicos atuantes no setor de Oncologia das instituições. No entanto, não foi obtida a aceitação voluntária de participação por todos, de forma, que se fez necessário contatar outros médicos, que atuam em diferentes campos como consultórios particulares e outras instituições de mesmo caráter filantrópico.

Foram realizadas oito entrevistas individuais, em situação face a face, configurando uma estratégia investigativa e compreensiva, com foco nas vivências de religiosidade que emergem no cuidar do paciente oncológico.

No enfoque de pesquisa fenomenológica, o número de participantes não é definido *à priori*. Seriam entrevistados quantos sujeitos fossem necessários, até que surgisse uma configuração acerca do fenômeno.

Para o presente estudo, inicialmente, foram definidos, previamente, os seguintes critérios de inclusão/exclusão dos participantes:

(a) ter vínculo empregatício com a instituição referida; ao longo do estudo, fez-se necessário a inclusão de outros colaboradores, estes mantinham, também vínculo em consultórios particulares;

(b) tempo de atuação profissional (mínimo de quatro anos) e atuar especificamente em oncologia. Acreditamos ser necessário, um período mínimo, de participação do colaborador no espaço de cuidado, incluindo os médicos que já passaram pelo período de residência e estejam atuantes nos serviços; embora, na fenomenologia, a temporalidade das vivências seja um aspecto particular de cada pessoa, independente do tempo cronológico;

(c) acessibilidade: foram incluídos os participantes que se mostraram disponíveis para participar do estudo e em de acordo com as exigências da pesquisa, formalizando sua anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

O quadro abaixo fornece uma caracterização geral dos 8 colaboradores da pesquisa.

Colaborador	Sexo	Estado civil	Tempo de atuação profissional	Filhos	Religião	Instituição Pertencente
CRONOS	M	solteiro	5 anos	–	não	A
APOLO	M	casado	27 anos	–	católico	B
POSEIDON	M	casado	22 anos	2	não	A
ARTEMIS	F	casada	22 anos	1	não	A
EROS	M	casado	12 anos	1	não	C
HEFESTO	M	casado	4 anos	1	não	D
PALAS	F	casada	5 anos	–	católica	B
AFRODITE	F	casada	5 anos	–	católica	B

Quadro 1: referente ao perfil do colaboradores.

O estudo compõe-se de oito colaboradores pertencentes a quatro diferentes instituições de assistência à saúde e cuidado com pacientes oncológicos, todas vinculadas ao sistema SUS (Sistema Único de Saúde). Alguns, concomitantemente, possuem consultório particular; cinco deles exercem atividades docentes, em Universidades, nos cursos de graduação, especialização, educação continuada e pós-graduação. Duas das instituições, às quais pertencem os colaboradores são da cidade de Ribeirão Preto- SP (A e B), uma de Barretos- SP (C) e uma de Passos- MG (D).

A maioria dos colaboradores é casada, à exceção de um; metade possui filhos. Apenas três verbalizam possuir religião, especificando a católica; outros relataram possuir crenças e espiritualidade, mas não possuem religião definida; um dos colaboradores denominou-se ateu.

Escolhi indicá-los nomes figurados de deuses gregos, por três motivos: primeiro, para preservar suas identidades; segundo, pelo sentido histórico da simbologia dos deuses na medicina. De acordo com Faria e Seidl (2005), os deuses, na antiguidade, tinham o poder de causar as doenças e também de curá-las, conotativamente como o foco de cura na oncologia: a medicina. Neste ponto e até hoje, a humanidade começava a divinização do desconhecido, culminando no terceiro motivo: a postura de onipotência médica na tentativa de controle da enfermidade.

5. 5 Análise compreensiva

A análise preliminar das entrevistas foi realizada por meio das falas dos participantes, registradas, transcritas e analisadas nas suas convergências e divergências. É pertinente explicitar os passos utilizados na análise compreensiva, de acordo com Martins; Bicudo (1989); Boemer (1994); Bruns e Trindade (2003):

Primeiramente realizei uma leitura ampla de cada entrevista, visando apreender o todo, no qual exige-se que o pesquisador coloque diante de si, o fenômeno investigado e, assim, inicie a descrição da experiência de mundo das pessoas, seus colaboradores da pesquisa. Para penetrar nas experiências do mundo vivido, inicialmente dado ao sujeito, começa-se pela análise do campo perceptual, onde este se encontra imerso no momento, o qual é estruturado em aspectos múltiplos e possui um núcleo temático e seus olhares externos e internos (GIORGI 1978; MARTINS; BICUDO, 1989; BOEMER, 1994; BRUNS e TRINDADE, 2003). Seguem-se, então, os momentos da análise qualitativa, do método fenomenológico, proposto pelos autores acima citados:

(1) Realizar uma leitura ampla da entrevista ou relato, sem interpretações, buscando o sentido do todo, com intuito de familiarizar-se com a descrição da experiência vivida. Em seguida, o sentido obtido pela(s) leitura(s) não deve ser interrogado; ele serve de base pelo pesquisador para o próximo passo;

(2) Releitura do material buscando por unidades de significado, com foco no fenômeno pesquisado. O pesquisador anota as unidades de significado, sempre que perceber que houve uma mudança psicologicamente sensível de significado da situação para o sujeito. Desta maneira, Boemer (1994) lembra que a interação do pesquisador com o pesquisado torna-se algo único no estudo qualitativo e o processo de categorização vai envolver não só conhecimento lógico, intelectual, objetivo, mas também pessoal, intuitivo, subjetivo e experiencial;

(3) É focado o significado nas descrições; em seguida, transformam-se as expressões cotidianas do sujeito em linguagem psicológica, incluindo os *insights* contidos. Uma unidade de significado é parte da descrição do sujeito que o pesquisador considera manter relação com os objetivos da pesquisa. O critério de frequência é implícito, mas não é único.

(4) Sintetizam-se as unidades de significado para se chegar à estrutura do fenômeno, comumente chamada “categoria”, entendida enquanto tema que emergiu do discurso. Tematizar, segundo Martins e Bicudo(1989), Boemer (1994), significa tomar seriamente e estudar, de forma sistemática, um assunto.

Holanda (2003) ressalta o último tópico, a discussão, que representa a aproximação entre teoria e prática, a ligação entre os elementos teóricos e a pesquisa empírica. Neste ponto, o pesquisador alcança uma descrição consistente do fenômeno pesquisado e a estrutura obtida pode ser comunicada a outros pesquisadores, com a finalidade de discussão, crítica ou de expor o compreendido de maneira clara.

É válido ressaltar que, em todos os momentos, os dados precisam ser examinados, questionados amplamente, de forma a manter o foco de atenção no todo, sem perder de vista a multiplicidade de sentidos que podem estar implícitos no material. No presente estudo, a busca pelo significado da vivência de religiosidade para os médicos oncologistas.

Fundamentalmente o que se procura é a compreensão do fenômeno focalizado, mas essa compreensão será sempre a de um determinado pesquisador, com seu olhar e recorte específico. Holanda (2003) alerta que o pesquisador não prescinde de sua participação no ato de pesquisar; ele é co-participante com o sujeito vivencial, dado que é com o outro, um sujeito intencional. Portanto, o resultado obtido pode gerar mais questionamentos; assim, a pesquisa é inesgotável e sempre prossegue.

5. 6 Acesso aos colaboradores: caminho percorrido e dificuldades encontradas

Foram entrevistados oito médicos oncologistas, sendo três do sexo feminino e cinco do masculino. A estratégia de coleta foi abordada anteriormente. Neste tópico, descrevo minhas percepções, sensações e sentimentos, durante todo o percurso de coleta.

É pertinente relatar que foi feita uma aproximação ao campo da entrevista, por sugestão de meu orientador, com o intuito de meu preparo existencial para a realização das entrevistas, com o desígnio de verificar a viabilidade da questão norteadora, característico de um projeto piloto. Realizei uma entrevista com um médico residente e duas entrevistas com pacientes com adaptação da questão norteadora, pois na ocasião o projeto envolvia a vivência de religiosidade dos pacientes. Não foram incluídas nesta pesquisa, podendo, posteriormente, serem direcionadas para outro estudo, pois neste ponto do projeto fizemos a opção pela

clientela dos médicos, por haver um menor número de pesquisas na área e ser de extrema importância para a relação com o paciente.

Realizei a entrevista com uma médica residente, de modo não perder um participante em potencial da instituição; a entrevista decorreu tranquilamente, houve entendimento da questão e riqueza de detalhes na vivência, mas não foi incluída nesta pesquisa considerando os critérios de inclusão já mencionados.

O contato com o **primeiro colaborador** ocorreu pessoalmente (05/03/07). Após alguns encontros prévios na instituição, comentei acerca da pesquisa e o convidei para participar. Ele me olhou atentamente com um olhar indagador, pensou, durante alguns segundos, pegou a agenda e disse que estaria ocupado por mais três semanas, mas que poderia participar. Eu disse que aguardaria e marcamos uma data oportuna (05/04/07). Fui ao seu encontro, no horário marcado (14h30min), mas não pude realizar a entrevista. Logo ao chegar à instituição, a secretária me avisou que ele pediu desculpas, mas precisou cobrir uma colega que adoecera, em uma cirurgia de urgência. Entendi, mas fiquei curiosa pensando porque não desmarcou a entrevista e refleti que imprevistos acontecem. Era minha primeira entrevista e estava ansiosa. Eu telefonei para ele, na semana seguinte, e marcamos um novo horário (10/04/07). Liguei alguns minutos antes, por precaução, para confirmar. Ele se desculpou, mais uma vez, explicou não poder parar, naquele momento, pois o ambulatório estava cheio. Marcamos um novo horário, na mesma semana (12/04/07). Cheguei à instituição, a secretária o avisou e fui atendida de imediato. Sentamos em uma sala, frente a frente e, no meio, a mesa do consultório. Ele senta do outro lado, perto da parede, parecia inquieto e logo verbalizou: “Só tenho vinte minutos, tudo bem?” Aceitei, fiquei preocupada com o tempo, mas logo pensei na possibilidade de retorno, caso necessário e iniciamos. Já havia explicado o sentido da pesquisa, entreguei o Termo de Consentimento, ambos lemos e

assinamos. Conversamos assuntos triviais nos primeiros dois minutos, referentes à rotina da instituição. Propus a questão norteadora, ele pensou um pouco, ficou inquieto, afirmando ser complicado falar do tema, pois se denomina ateu, mas iniciou a entrevista expressando a necessidade de falar de si, inicialmente. A entrevista teve duração de vinte e cinco minutos, foi rica em detalhes e ele se encontrou, mais tranqüilo, ao final, elogiando o estudo e disponibilizando-se para esclarecer mais detalhes, caso necessário. Este colaborador aproximou-se mais no contato comigo, na instituição, após a entrevista. Parece ter ele rompido a barreira inicial que se configurou quando solicitado a descrever sua experiência.

Decorrido o período de um mês desde a entrevista com o primeiro colaborador, fui tentando contato com os demais médicos da instituição, ao final do meu período de atendimento aos pacientes, o qual coincidia com suas saídas do ambulatório. Consegui falar com uma médica, a qual pediu que eu a procurasse na sexta-feira seguinte, quando faríamos a entrevista. Ela não quis marcar horário, pediu que eu chegasse às quinze horas, sendo que me encaixaria no intervalo. Foram duas sextas-feiras, sem sucesso. Era muito difícil conseguir falar com algum deles, via telefone, sempre ocupados e sem retorno das secretárias. Não desisti, continuei a caminhada em busca dos sujeitos.

Fiz contato com o terceiro médico da instituição. Sua secretária falou-lhe sobre meu telefonema e ele próprio retornou, marcando o horário. Na quarta-feira seguinte dia (16/04/07), ocorreu um imprevisto de reunião e a secretária me telefonou desmarcando, logo pela manhã. Retornei na semana seguinte e novamente marcamos para quarta-feira (23/04/07) quando consegui realizar a entrevista. O médico reservou um horário e sala na instituição, pediu à secretária que não fosse interrompido; foi muito disponível e relatou, com fluidez e entusiasmo, acerca de sua experiência. Senti-me muito à vontade e feliz pela receptividade e disponibilidade do médico, muito solícito à entrevista. Foi possível esclarecer vários pontos

importantes. **Esta segunda entrevista** teve duração de uma hora e meia, tendo o médico se disponibilizando a conversarmos outras vezes, pois referiu ter gostado muito de falar sobre o assunto. Parece ter sido muito terapêutico para ele. Perguntou sobre a previsão de término da pesquisa, pois gostaria de receber uma cópia do estudo.

Foi uma experiência que me trouxe tranquilidade para as demais; foi bem diferente da primeira, com um tempo limitado e da segunda, que não pude fazer nos encontros marcados. Neste ponto, percebi que eu iria lidar com o inesperado, a temporalidade a seu modo. Eu precisei ser flexível e entrar no movimento de trabalho dos colaboradores, que é inseguro, cheio de imprevistos e surpresas; o seu mundo foi se delineando, com suas especificidades.

Durante este tempo, tive a recusa de dois médicos da instituição, alegando não trabalharem com pesquisa. Só me restava mais um médico, o qual havia se mudado de cidade e serviço, naquele mês. Telefonei e tentei o contato, ele também é docente, em Ribeirão Preto. Aceitou de imediato, pelo telefone, a participar da pesquisa e relatou que estaria na instituição em duas semanas. Combinamos o encontro.

Todos os médicos haviam sido contatados na instituição B e o número de sujeitos não se mostrou suficiente. Optei por procurar em uma outra instituição, conseguindo os telefones de seis médicos. Era uma instituição à qual eu não tinha livre acesso, pois não havia nenhum vínculo. Fiz inúmeros contatos telefônicos nos ramais sem sucesso. Resolvi verificar quais deles tinham consultório particular. Quatro deles o possuíam e tentei o contato no telefone do consultório. Consegui **a terceira entrevista** para a semana seguinte. Foi no dia (29/04/07), às (6h:30min), manhã, no primeiro horário, sem atraso e durou trinta minutos, suficientes para a apreensão de sua vivência. O médico me recebeu com um sorriso, conduziu-me até a sala com muita educação. Durante a entrevista emocionou-se muito, lembrou a família e

mostrou-se muito afetivo no contato comigo. Fiquei emocionada também. Sai da clínica feliz e, ao mesmo tempo, em silêncio, com a sensação de sentimento compartilhado.

No que se refere aos demais médicos da instituição B, não consegui retorno de um deles, mesmo após deixar oito recados com a secretária. Tentei contato com outro, o qual marcou horário pela manhã. Perguntou todo o estudo, a finalidade, a instituição em que eu estaria vinculada e não pôde me receber na ocasião marcada. Aguardei uma hora e meia até a secretária pedir para que eu esperasse mais um pouco, pois ele entrara em reunião. Tentei novamente, mas este médico viajou nas três semanas seguintes. Acabei desistindo de sua participação. O terceiro, após tentar diversas vezes em seu celular, não obtive sucesso.

Conseguí agendar novamente com a médica da instituição A, constituindo **a quarta entrevista**, no período da tarde de sexta-feira, após seu período de cirurgias. Aguardei por ela quase uma hora, na sala de espera, tendo sido atendida em um consultório da instituição. Ela chegou agitada, sentou-se e contou um pouco de si. Respondeu à questão norteadora, sem muita dificuldade, mostrou um semblante tranquilo e se emocionou ao falar da família, do filho, da vida dos pacientes, do como é bom cuidar e viver. Parecia, também, haver um componente de estresse latente. Ela valorizou muito os aspectos de vida, no sentido de aproveitá-la. Foi muito sensível esta entrevista; ela pareceu transcender as dificuldades da profissão, gostar muito e se dedicar integralmente. Teve duração de quarenta minutos dia 03/05/07.

No dia (04/05/07), o médico da instituição D viria para Ribeirão Preto e consegui um horário com ele, que me atendeu na instituição, decorridas duas horas, após o término de atendimento dos pacientes do ambulatório, configurando meu **quinto colaborador**. A entrevista foi rápida. Ele trouxe algumas de suas vivências nas quais se surpreende com os pacientes, seu espanto com alguns e mostrou-se tranquilo. Ele é docente e pesquisador, estuda

posturas dos pacientes, parabenizou o estudo e precisou encerrar, pois tinha vôo marcado. A entrevista durou vinte e cinco minutos.

Na semana seguinte consegui contato com um médico de uma quarta instituição C, que viria para Ribeirão Preto realizar uma palestra. Fiz contato na semana anterior do evento e expliquei o sentido da pesquisa. No dia do evento, telefonei e marcamos um encontro em um intervalo do evento. Procurei saber de outros colegas quem ele era, pois eu não o conhecia pessoalmente; sua palestra seria à tarde. Eu estava um pouco apreensiva para encontrá-lo, pois não gostaria de atrapalhar seu dia. No contato, ele foi muito gentil e disponibilizou o horário para após o evento. A entrevista foi realizada em uma sala, ao fundo do local do evento; parecia um camarim, adaptada com privacidade; havia poltronas. A entrevista foi realizada dia 12/05/07, durante quarenta e cinco minutos. Foi muito emocionante perceber a maneira como ele se mostrava integrado no cuidado com o paciente em todas suas atitudes; seu discurso foi permeado por sensibilidade. Agradei e ficamos conversando por cerca de quinze minutos. Ele me convidou para conhecer a instituição na qual trabalha e ficou muito sensível com a pesquisa, pedindo para receber os resultados.

Interrompi as coletas por cerca de dois meses, para a análise das entrevistas individualmente, buscando o sentido geral de cada uma, as peculiaridades e convergências. Continuei avançando na revisão bibliográfica, pois alguns aspectos que emergiram, configuraram-se em conteúdos novos para mim.

No mês de agosto de 2007, passei a fazer parte de um grupo de cuidados paliativos e, nos decorrentes encontros, a conheci dois médicos oncologistas. Nesse contato, relatei acerca de minha pesquisa e convidei-as a participar. Ambos aceitaram e consegui agendar para as duas semanas seguintes.

Dia 16/08/2007 ocorreu a entrevista com **a sétima colaboradora**. Foi realizada em sua sala de consultório na instituição, no horário marcado, com duração de uma hora e vinte minutos. No início, ela se mostrou muito observadora e estava um pouco preocupada, atendo-se ao discurso técnico. Depois, sentiu-se à vontade e pôde lembrar várias de suas vivências de religiosidade junto aos pacientes. Pediu também um retorno da entrevista; eu a apreendi muito responsável em seu trabalho e preocupada com as questões de humanização no atendimento. Senti que ela se liberou das amarras, ao longo da entrevista, após sentir confiança para se expor.

Decorridas duas semanas, consegui a última entrevista, dia 30/08/07, **com a oitava colaboradora**. Com meia hora de atraso, a médica se mostrou muito simpática, comunicativa e carismática, ficando muito à vontade para discorrer sobre suas vivências. Mostrou-se muito integrada no cuidado, trouxe aspectos humanos da relação, sua fragilidade, revelando-se muito sensível no contato com o paciente, numa postura de humildade. Foi muito interessante!

A coleta foi cessada na oitava entrevista, considerando que já havia convergências as quais sinalizavam para a parte de essência do fenômeno. Ressalto meu enriquecimento profissional e pessoal no encontro com cada um dos colaboradores. Declaro minha surpresa no que diz respeito à exposição de suas subjetividades ao relatarem as vivências. Assumo que estive um pouco receosa, pois o encontro com eles foi muito truncado por idas e vindas, mas, ao longo do percurso, pude perceber a densidade com que abordaram o tema, transpondo o distanciamento inicial, baixando as defesas.

5.7 Local

Foi utilizada uma sala reservada da própria instituição ou no próprio consultório do médico colaborador, no caso de sua escolha, conforme a disponibilidade na ocasião da realização da entrevista, mantendo-se as condições adequadas de conforto (iluminação, ventilação) e privacidade do entrevistado.

5.8 Implicações Éticas

Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1), assegurando o sigilo das informações, tendo em vista a legislação referente à pesquisa, quando dela participam seres humanos, de acordo com a Resolução n°196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto foi encaminhado ao gestor do Instituto de Oncologia, na cidade de Ribeirão Preto, para análise e compreensão da proposta, do seu objetivo e alcances, obtendo-se sua aprovação preliminar (ANEXO 2). Anteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP e aprovado no processo CEP-FFCLRP n° 279/2006 – 2006.1.1575.59.4 (ANEXO 3).

A seguir, apresentaremos a perspectiva teórica adotada neste trabalho: Fenomenologia ontológica hermenêutica de Heidegger. Neste estudo, utilizaremos as idéias da Fenomenologia ontológica hermenêutica, encontradas tanto na obra de Heidegger, quanto nas de outros autores, já citados no corpo do texto, que realizaram estudos fundamentados na filosofia existencial.

6. Perspectiva ontológica hermenêutica de Martin Heidegger

O modo de compreender um conceito reflete a filosofia sobre a qual este estudo se apóia. A visão filosófica do ser humano, da existência, dimensiona todo o trabalho, buscando compreensão da vivência de religiosidade dos médicos, no cuidado aos pacientes oncológicos.

Dentre as inúmeras proposições ou posicionamentos filosóficos que explorei, destacam-se os conceitos de existência, de *ser-com* - um ser de relação, finitude, liberdade e transcendência, bem como a base fenomenológica, na qual recaiu a escolha pela hermenêutica de Martin Heidegger, cujas idéias básicas desenvolvo a seguir:

Segundo Larousse (2001), dicionário da língua portuguesa, hermenêutica vem do grego *hermeneutike*, correspondendo à interpretação do sentido das palavras, dos textos sagrados e da arte de interpretar leis.

A principal concepção da teoria hermenêutica é a existência de um elo entre o objeto a ser interpretado e o intérprete, havendo uma compreensão prévia deste objeto por parte de quem o busca interpretar; é neste ponto que as idéias de Heidegger (1889-1976) se encontram (BRUNS; TRINDADE, 2003).

A hermenêutica já fazia parte dos projetos de Heidegger (1889-1976), desde o início de seu curso de teologia, quando buscava a relação entre a palavra da Escritura Sagrada e o pensamento especulativo da teologia. Acreditava ser a hermenêutica a ciência que tratava dos fins, caminhos e regras da interpretação das obras literárias. Passa a estudar a Bíblia com o propósito de conhecer o discurso do outro. A linguagem é uma das principais ferramentas para a compreensão do ser em Heidegger; é na linguagem que o Ser se revela (FEIJOO, 2000).

Heidegger propôs uma ontologia fundamental que, por meio da analítica existencial, preparasse um modo de explicitar a questão do Ser. Conduzido pela análise do tempo, modificaria a ontologia da tradição, superando, assim, a Metafísica. Em um processo regressivo, o filósofo realizou por meio do pensamento fenomenológico de Husserl, radicado e transformado, um adentramento às camadas da existência e na história da filosofia, revelando a questão do Ser. A temporalidade tornar-se-ia o horizonte para sua interrogação (STEIN, 2005).

Em sua obra, Heidegger utiliza-se da estratégia do sujeito para empreender o significado, num constante “caminho de indagação”. Caminho cheio de sinuosidades, caracterizado por uma circularidade hermenêutica, que traduz uma espiral que nos guia para dentro e para fora da filosofia (STEINER, 1978). O próprio sujeito da compreensão está inserido no círculo hermenêutico, por sua condição originária de pré-compreensão (FEIJOO, 2000).

O estilo pelo qual Heidegger vai proceder sua indagação acerca do sentido do ser, denomina-se hermenêutica filosófica, busca o sentido da humanidade, perdido na modernidade, época em que o sentido era dado pela razão (FEIJOO, 2000).

É importante apresentar, no início deste caminho, os conceitos fundamentais da obra de Heidegger: ôntico, ontológico, ser, ente. O ôntico refere-se aos acontecimentos do mundo em que o campo representacional é o privilegiado. O ontológico aponta para o lugar a partir do qual a condição humana se abre para uma existência (SAFRA, 2005).

O “ente” refere a tudo o que existe e que pode vir a existir (LAROUSSE, 2001). O conceito “ente” pode ser tudo o que percebemos, o que pensamos, como vivemos, e também nós próprios, somos entes.

O existir requer carência de ser, pois o “quem eu sou” requer construção a cada momento. O ser é estático, é uma essência, algo que está pronto. O existir não é estático, requer movimento, vida e construção de sentidos a todo instante. O ser é algo ontológico, como se fosse algo pronto; dado que o humano existe, ele só estará pronto com a morte, a única certeza do fim. O existir ôntico é o estar sendo, é um fenômeno; muda de acordo com as possibilidades (DARTIGUES, 1973).

De acordo com Feijoo (2000), a filosofia hermenêutica não se propõe a interpretar a partir de referenciais externos, teóricos ou do vulgo. Versa trazer a mensagem da coisa em si mesma; desse modo, a hermenêutica possibilita emergir o ser do ente, de forma que o ser mesmo se revele. Assim, não se corre o risco de interpretar de acordo com a história e teorias, mas trata-se de é um pensar segundo o modo do diálogo. Heidegger acreditava que é a fala que dá voz à hermenêutica; no falar, o sujeito permite-se revelar. Discursar é o acontecer, o mostrar-se da entidade, da palavra do gesto e do silêncio.

O homem é denominado por Heidegger (1889-1976) pela expressão alemã *Dasein*, que significa “*Ser aí*”. Esta expressão traduzida como “pre-sença”(sein = presença; da = aí) . Ela evoca o processo de constituição ontológica do homem, ou seja, aquilo que é essencial no Ser do ser do homem e que o difere do ser de todos os outros entes (BRUNS; TRINDADE, 2003). Com esta denominação, pretende substituir a palavra sujeito, entendendo que o conceito sujeito implica um fechamento, já o ser aí implica um ser de relação, portanto, abertura (FEIJOO, 2000).

Para Heidegger (1981), *ser aí* implica o ser, estar lançado em um mundo, *ser-no-mundo*. Somos lançados sem escolha pessoal, sem conhecimento prévio, sendo esta sua facticidade; não há como escapar. Ser é *ser mundano*, estar sendo no mundo e como *ser- no-mundo* espacialmente, quer dizer, superando a distância e dirigindo-se, ou seja, *ser- aí* é

sempre absorvido em seu mundo, mas, refere-se para além de si mesmo. O *ser- aí* compreende a si mesmo, em termos de seu mundo, mas, frequentemente, é encontrado em termos dos “entes envolventes”, que implica o *ser-com-os-outros*.

Para Heidegger (1981), o modo de proceder com os entes envolventes, dentro do mundo, foi chamado de cuidar. O *ser-aí* é definido como zelar, envolvendo os entes com os quais o *ser-aí* é *ser-com*, não pertence somente ao caráter de ser do cuidar, mas da solicitude. Esses entes com os quais o *ser-aí* é *ser-com*, não são objetos de cuidado, mas de solicitude, configurando um termo existenciário.

A solicitude é orientada pela consideração e paciência; possui dois modos extremos de ser: o primeiro, refere-se a um “tomar conta” do outro ou colocar-se em sua posição de cuidar, no sentido de “saltar sobre o outro”, ou seja, assumir o encargo do outro, que é dele cuidar de si mesmo. Neste modo de solicitude, o outro pode tornar-se alguém dominado e dependente, mesmo que essa dependência seja tácita ou oculta. Em contrapartida, há um segundo modo de solicitude, o qual consiste em se “antecipar” ao outro. Um modo que não protege o outro, mas faz com ele se volte, autenticamente, para si mesmo, ou seja, promove o cuidado de maneira a torná-lo transparente e livre para si, libertando-o (HEIDEGGER, 1981).

Heidegger é considerado o filósofo do cuidado. Em sua obra “Ser e Tempo”, o cuidar surge como modo essencial, sempre presente, fazendo parte da constituição do ser humano; não temos o cuidado, somos o cuidado. Para ele, realidades fundamentais do ser humano, como o querer e o desejar se encontram na dimensão do cuidado essencial a tudo o que o homem empreende, projeta e faz (STEINER, 1978).

Heidegger (1981) explica que o *ser-com* implica um intenso conhecimento pessoal mútuo, fundado no *ser-com*, e esta relação depende, de até onde, o *ser-aí* se conhece a si

mesmo, na ocasião. Desse modo, só avançamos na compreensão do outro, na medida, em que nos aprofundamos em nós mesmos.

Em sua ontologia, Heidegger definiu três aspectos constitutivos da essência do ser humano: afetividade, compreensão e a linguagem. Denomina, esses três aspectos de existenciálias, que são modos de existir do ser (BRUNS; TRINDADE, 2003).

A compreensão é a forma de conhecimento que o homem traz do mundo por já se encontrar nele inserido. Encontrar possibilidades de projetar-se, conhecê-lo e ter realizações. O homem é o único ser dotado de linguagem, é o único ser capaz de questionar-se e, desse modo, abrem-se as possibilidades, de vir-a-ser, desde que ele também esteja aberto às possibilidades; assim, a compreensão pode ser expressa por meio da fala. Ainda, o modo de existir do homem pode assumir diferentes facetas, de acordo com sua afetividade, ou estados de ânimo e, para isso, Heidegger denominou duas categorias de se relacionar: a autenticidade e a inautenticidade, explicando modos de existir no mundo, não sendo estados estanques (BRUNS; TRINDADE, 2003).

O sentido autêntico da compreensão ocorre quando o Dasein assume seu passado e presente, de ser lançado, tem seu existir projetado no futuro. Ele pode projetar-se, se apoiando em si mesmo, no mundo, assim como pode interpretá-lo. A temporalidade também é vivenciada, de modo diferente, no estado inautêntico. O fazer presente o absorve, toma conta do seu existir; na autenticidade, validando seu estado de ânimo da angústia. O Dasein tem uma percepção ampla de sua temporalidade, volta aos primórdios do passado, integrando-o com o presente, assim resultando na consciência de sua responsabilidade para com sua existência (BRUNS; TRINDADE, 2003).

Heidegger (1981) tratou do cotidiano *ser-si-mesmo e do "A gente"* como modos do Dasein se relacionar consigo e com os outros, definindo, assim, o caráter subjetivo de cada

ser-ai. O “a gente” é indefinido; são todos, não como soma, mas prescreve o modo de ser da cotidianidade. Afastamento, na maneira de *ser-com*, publicidade e uniformidade são modos de ser do “a gente”; constituem a “massificação e a mediocridade”.

A massificação e a mediocridade controlam cada maneira pela qual o mundo e o *ser-ai* são interpretados, são insensíveis a toda diferença de nível e genuinidade, ficam no geral, como algo familiar e acessível a todos. O “a gente” está em toda parte, mas quando pressiona o *ser-ai* para uma tomada de posição, este escapa, privando cada *ser-ai* de assumir sua própria responsabilidade. Na cotidianidade, o *ser-ai* quer dizer o mesmo que “*não foi ninguém*”; deste modo, o *ser-ai* é aliviado pelo “a gente” e, concomitantemente, este todo mantém seu domínio sobre o *ser-ai*. O “a gente” caracteriza a forma de ser da inautenticidade e da incapacidade de *ser por si mesmo* do Dasein (HEIDEGGER, 1981).

Quando o *ser-ai* percebe o seu mundo, em seu modo próprio, aproxima, desvela, para si mesmo, seu modo autêntico de ser; trata de uma descoberta do “mundo”, desvelando o *ser-ai*, pelo rompimento dos disfarces, clareando suas obscuridades e ocultamentos com os quais o *ser-ai* obstrui seu próprio modo de ser. O autêntico *ser-si-mesmo* não repousa sobre uma condição única do sujeito, na qual há a exclusão do “a gente”; ele é uma modificação existencial enquanto uma existenciália (HEIDEGGER, 1981).

De acordo com Heidegger, a angústia é o sentimento que constitui a estrutura ontológica do homem, remete o ser para o seu poder-ser mais próprio, lança-o, frente à frente, com sua possibilidade de escolher a si mesmo, assumindo-se nesta escolha. A angústia, como disposição, remete à pre-sença, na busca do que é mais próprio, singulariza a presença, revelando os modos mais próprios do ser, atingindo a autenticidade (FEIJOO, 2000).

A partir da angústia, abrem-se duas alternativas, segundo Heidegger: fugir de novo para o esquecimento de sua dimensão mais profunda e retornar ao cotidiano; ou superar a

própria angústia, manifestando seu poder de transcendência sobre o mundo e sobre si mesmo. Surge o tema-chave de sua obra: transcender. Significa que o homem está capacitado a atribuir sentido ao ser, ou seja, projetando, originariamente, suas verdadeiras possibilidades (CHAUÍ, 2005).

Heidegger trata do conceito de transcendência como algo que é próprio do ser humano, como uma constituição fundamental, que ocorre antes de qualquer comportamento. A transcendência é a ultrapassagem que possibilita algo como a existência. Neste gesto constitutivo, no movimento de ir além é que se situa o registro espiritual do homem. Ele que faz o homem ser alguém que possui um si mesmo, sempre aberto, que se estende à totalidade do existente (SAFRA, 2005).

Heidegger revela outra característica da angústia, que é não justificar as causas; ela tem sua fonte no mundo, como um todo, e em estado puro. Ela mostra ao homem um mundo apontando para o nada, aniquilando todas as coisas particulares que o rodeiam. Nesse movimento, o homem percebe-se como um *ser-para-a-morte* (CHAUÍ, 2005).

A totalidade da pre-sença inclui o seu *ser-para-a-morte*. A pre-sença só se totaliza com a morte, com a qual se perde do pré. Em sua existência, a pre-sença sempre se constitui como inacabada. A morte traz algumas variações, a saber:

- pendência: mostra a falta do que ainda será, constitui-se como o que ainda não é; a pre-sença existe no modo de ser que ainda não lhe pertence;

- findar: trata do não ser mais presente, como situação de se chegar-ao-fim e que também o não lhe pertence. São possíveis de a existência ser e não ser, a pre-sença não finda, deixa de viver ao morrer;

- não totalidade: a pre-sença que só se totaliza com a morte, portanto, quando chega ao fim, deixa de viver, assim, não testemunha sua totalidade;

- totalidade: a pre-sença que se encerra quando chega ao fim; assim sendo, insubstituível e singular. Na antecipação, a pre-sença certifica-se de sua totalidade jamais alcançada;

- devir: a pre-sença no devir do que ainda não é;

- ser-para-o-fim: assumir a morte como modo de ser da pre-sença implica na singularidade, é próprio da presença ser-para-o-fim. Reconhecer-se, neste modo de ser, implica compreender propriamente sua possibilidade certa, verdadeiramente sem encobrir;

- antecipação da possibilidade da morte: manter-se na certeza e na verdade com relação à sua própria morte significa abrir-se para a antecipação. Aqui, ocorre a compreensão da morte como um inevitável; a pre-sença assume o ser-para-o-fim, em singularidade (FEIJOO, 2000).

Para Heidegger, as características fundamentais do ser da pre-sença que se mostram no fenômeno da morte são a existencialidade, a facticidade, a de-cadência e a impessoalidade. Primeiro, no *existir*, a pre-sença já se encontra lançada na possibilidade de morrer; na *facticidade*, a fala que a pre-sença sempre é um ser-no-mundo, como um ente, esta lançado à morte, um destino que lhe vem de encontro; na *decadência*, a pré-sença foge de seu poder-ser mais próprio, encobrindo-o para si mesma, o seu ser-para-a-morte, este modo de ser caracteriza-se pela alienação e tranqüilidade no seu existir, mostra-se não reconhecendo a morte e, por último, na *impessoalidade*, quando o cotidiano aparece, o ser se mostra na ambigüidade, traduzida no falatório impessoal, fala-se da morte do “a gente”, mas não se fala da própria morte (FEIJOO, 2000).

A morte é inalienável, cada ser deve morrer para si mesmo, pois a morte é a única potencialidade existencial que nenhum poder dos “outros” pode arrebatá-lo ao homem individual, constituindo-se seu verdadeiro significado. Dasein configura sempre um *ainda-*

não, é sempre incompleto, não acabado. Mas, ao mesmo tempo, todo o ser autêntico é um *ser-para-o-seu-próprio-fim*. Assim, deparar-se com a possibilidade da morte, é o caminho para ser, o Dasein assume logo que é (STEINER, 1978).

Ser-para-a-morte é, em essência, a angústia, e aqueles que nos privam dessa angústia - sejam eles sacerdotes, médicos, místicos ou charlatões racionalistas, ao transformá-la em medo ou em polida indiferença, afastam-nos da própria vida, isolam-nos de uma fonte fundamental de liberdade. A aceitação da terminalidade existencial é a condição absoluta da liberdade humana (STEINER, 1978).

Heidegger, de 1920 a 1923, foi assistente de Husserl (1859-1938), precursor do método fenomenológico, em Friburgo, compondo um estreito relacionamento de afinidade pessoal e ideológica, sucedendo-o na cátedra (STEINER, 1978).

7. Horizonte compreensivo das vivências médicas de religiosidade no cuidado com o paciente oncológico à luz da fenomenologia de Martin Heidegger

POR QUÊ ?

Por que nascemos para amar, se vamos morrer?
Por que morrer, se amamos?
Por que falta sentido
Ao sentido de viver, amar, morrer?

Carlos Drummond de Andrade

Este poema de Drummond suscitou-me profundos questionamentos pessoais, inclusive do sentido da pesquisa, o destino e a escolha pelo cuidado e acolhimento com os pacientes crônicos, que outrora surgira com minha opção profissional; hoje, vem ao encontro da busca do sentido de vida, de morte e do vazio que se mostra no intervalo, vazio que exige atribuir sentido e seguir na construção dos projetos e significação a cada investida no mundo.

A existência humana mostra-se como um borbulhar de possibilidades, desde o momento que o ser nasce até o momento de sua morte, o finalizar de seu projeto. São possibilidades permeadas por sentimentos de angústia pela ânsia em escolher seu destino, a cada possibilidade que se apresenta no mundo.

O homem é o único ente cujo ser é dotado de consciência, gerando o sentimento de insegurança frente ao desconhecido que acompanha o seu findar. Estar diante do questionamento da morte é também aproximar-se da busca de significação pelo intervalo que existe entre vida e morte.

A seguir, apresento a análise interpretativa dos relatos dos oito colaboradores, buscando desvelar a vivência de religiosidade de médicos que cuidam de pacientes oncológicos.

Embasada no método de investigação fenomenológico, elaborei categorias de análise, com suas respectivas sub-categorias. **As categorias que emergiram dos relatos estarão em negrito**, e as sub-categorias grifadas, os relatos dos colaboradores em itálico e destaque, no decorrer do texto, a fim de facilitar a identificação.

1) **Ser-aí na construção de posição religiosa ou espiritual - a trajetória da vida**

Esta categoria embasa o processo de construção e o modo como os médicos tiveram contato com o tema “religião”, envolvendo influências familiares, no período da infância, e participação efetiva, durante o desenvolvimento ao longo do percurso da vida e vivências de busca de conhecimento.

- Na aproximação com a religião, recordam a influência da família e do período da infância As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria, encontram-se nos relatos dos colaboradores: 1, 2, 3, 4, e 8.

...meu avô que realmente ele era católico, o meu irmão que segue o culto neo-pagão celta, ele realmente segue os cultos neo-pagãos ou neo-pagões eu não sei como se fala no plural, e tem uma amiga minha, ela é minha ex-namorada, ela é católica... (CRONOS).

Eu fui criado na religião católica mesmo, sinceramente, diante dessa vivência de dez, doze anos de profissão, o que acontece, eu comecei a entender que religião é praticamente é tudo igual (EROS).

Existe um olhar aproximado, um conhecimento trazido pelos colaboradores. Cronos e Eros, ao apresentaram interesse pela religião do mundo que os circunda; no entanto, têm dificuldade em assumir uma posição religiosa, a qual parece caracterizar-se por uma dificuldade velada de mostrar-se ao outro. A marca do cientificismo se faz presente. É muito forte a posição científica assumida pelos médicos, em seus primeiros anos de profissão, com medo de serem diferentes do grupo e não serem aceito. É um não-se-permitir-existir integralmente; faz-se necessário sustentar o modelo biomédico, evitando críticas.

Outra tentativa de velar-se no discurso, não assumindo uma postura é focar na generalização “*religião é tudo igual*”. Isto dificulta a ampliação do olhar para uma acuidade crítica frente às vivências; é mais aceito e bem visto, fora de julgamentos, manter-se na postura de neutralidade. Heidegger mostra que este fenômeno é característico do modo de ser humano, denominado de “a gente”.

O “a gente” está em toda parte, mas, quando pressiona o *ser-aí* para uma tomada de posição, este escapa, privando cada *ser-aí* de assumir sua própria responsabilidade. Na cotidianidade, o “a gente”, quer dizer o mesmo que “*não foi ninguém*”, deste modo, o *ser-aí* é aliviado pelo “a gente” e, concomitantemente, este todo mantém seu domínio sobre o *ser-aí*. O “a gente” caracteriza a forma de ser da inautenticidade e da incapacidade de *ser por si mesmo* do Dasein (HEIDEGGER, 1981).

A minha formação é católica, os meus pais, a minha mãe era católica fervorosa, fervorosa. Ela se deixasse, eu acho até que ela ia na missa todo dia... e cresci perto da igreja... e a minha mãe, o passe dela vamos dizer assim, o atestado dela era disputado pelos estigmatinos e pela São José. A distância era igualzinha, na época, e nós acabamos freqüentando o Estigmatinos, por conta de que meu pai não gostava de igreja, não gostava de padre, e minha mãe a loucura dela era levar meu pai na igreja, e no Estigmatinos, meu pai era apaixonado por futebol, e passou isso pros filhos todos, nós somos 3, e ele começou a freqüentar, porque tinha um padre que gostava de futebol (APOLO).

O colaborador Apolo relata facetas da afetividade. Ao falar de sua vivência religiosa, ele adota uma posição, assumida desde sua infância, com o caminhar iniciado pela família e os subseqüentes sentidos atribuídos. Para Heidegger, a afetividade é de fundamental importância para a constituição do sujeito.

Bom, minha família toda foi católica, não de ir na igreja, mas eu acho que meu pai foi um dos caras mais cristãos que eu conheci e minha mãe de uma certa forma também, de jeitos diferentes, porque ele era uma pessoa que ele fazia muito mais pros outros do que pra ele mesmo (POSEIDON).

Ser cristão, ou seja, ser possuidor de uma crença religiosa e aplicá-la, para Poseidon tem o sentido de fazer mais pelos outros do que por si próprio; é a percepção de um cuidar inautêntico, que gera dependência e aprisiona. Como já citado anteriormente, em Heidegger. É uma configuração de viver a solicitude de forma a manter a dependência do outro.

E eu vejo que isso tudo tem haver com a minha avó, que era ela que ficava, tomava hóstia, porque muito da minha infância eu ficava com ela, e me lembro assim, de quatro anos, cinco. Ela me levava na igreja e dizia para eu mandar beijo para o santo, e dizia que a santa era linda. Então eu adoro santo, adoro! (AFRODITE).

Com Afrodite, percebo que precisa contar sua história, assim como precisamos compreender o sentido da vida e, conseqüentemente da morte, da partida. Neste aspecto, relembrar a religião associada à família e infância, implica admitir que ela fez parte dos primeiros aprendizados que recebeu na vida, dos primeiros valores adquiridos, do que é certo ou errado, ou seja, daquilo que de importante, irá nortear nossas condutas e pensamentos, ao longo da caminhada.

Outro aspecto revelado pelos colaboradores é a recordação permeada por afeto pelos entre os familiares. Foram eles os responsáveis pelas primeiras sensações religiosas, dos cultos, configurando o exemplo de segurança frente ao desconhecido. Embora alguns afirmem

não exerceram ou professaram religião. No momento atual de suas vidas, há de se considerar que, nas suas vivências emergiram referências à religiosidade de alguma pessoa.

- Perceberam o desenvolvimento da religiosidade ao longo do ciclo de vida. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 1, 2, 4 e 8.

...no começo da adolescência, eu pensei que ia ser católico, comecei a me sentir culpado e não sabia pelo quê? Ai depois eu frequentei eu me interessei pelo kardecismo, mas achei aquilo tudo um pouco cômodo demais, um pouco assim, conveniente demais, agora assim de resto que eu tenha me interessado, eu li alguma coisa sobre religião, sobre o budismo que achei interessante, mas, mas achei interessante como ideologia e como filosofia, e não como uma religião a ser seguida. (CRONOS).

O termo “religião”, quando aparece como rótulo, não é bem visto pelo colaborador Cronos; nela ele busca na religião algo singular, busca dar sentido a sua experiência, semelhante à construção da identidade, característica do período da adolescência, repleta de questionamentos dos valores pré-existentes e afirmação das afinidades. Ele precisa de uma ideologia, uma filosofia para se firmar e busca no de-vir de seus sentidos.

Para Heidegger, o homem é o único ente cujo Ser é dotado do poder da linguagem, o único capaz de questionar-se e, desse modo, abrem-lhe as possibilidades de *vir-a-ser*, desde que ele também esteja aberto. Assim, a compreensão pode ocorrer por meio da fala, do discurso.

Penso que os colaboradores, a seguir: Apolo, Artemis e Afrodite frequentaram rituais característicos das religiões, provavelmente ligados a uma idade jovem, onde sofreram influências da família de origem. Posteriormente, desenvolvendo a consciência crítica acerca de suas preferências, puderam escolher seu caminho de preferência.

*... eu acabei sendo, por um tempo muito curto, até coroinha da igreja, mas por um tempo curto: aqueles meninos que acabavam ajudando as missas...
(APOLO).*

...tocava na igreja crente até os quinze anos, já fui católica, já fui espírita. Hoje eu adoro o budismo, adoro a contemplação, o silêncio e você não precisa ir em nenhum lugar para você encontrar o que quer que seja, eu não preciso, aliás quanto mais gente tiver em uma igreja pior eu me sinto e não preciso ir numa igreja (ARTEMIS).

na minha infância, fui lá no catecismo, mas eu briguei com a professora do catecismo, aí eu abandonei o catecismo. E daí eu vim seguindo, fui no catolicismo, já segui um pouco da religião espírita, as vezes eu me interessava, lá onde faço a unha tinha uma pessoa que era Mórmon, daí falei, ai deixa eu ler o livro dos Mórmon, aí você começa a se interessar...(AFRODITE).

Para Heidegger (2005), o acontecer da história abrange o acontecer do *ser-no-mundo*, em sua temporalidade; o Dasein também é constituído por sua historicidade. Lançado no mundo, ele se encontra já construído historicamente, ao mesmo tempo, em que constrói sua história, no presente e no porvir.

- Apropriam-se de conhecimentos de diferentes crenças religiosas com o sentido de compreender a experiência vivida na relação com o paciente. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria, encontram-se nos relatos dos colaboradores: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

E, no caso do candomblé, do umbanda são assim bem interessantes porque, na realidade, a origem destas crenças são africanas, você tem toda uma condição que já da época que estas crenças chegaram ao Brasil, elas já eram discriminadas por serem dos escravos... No momento, eu estou lendo a combinação dos poemas de ouro, base que deram origem ao candomblé aqui no Brasil, a Santeira em Cuba, Cudeiobá da África, e estou achando tudo muito interessante porque é uma religião assim não tão divina, assim, as entidades são muito parecidas conosco sabe, são bem humanas, então eu estou achando muito interessante (CRONOS).

...então se eu te falar que eu sou católico ou espírita ou alguma outra religião, muçulmano eu não tenho muito contato, ou alguma coisa assim, normalmente eu encontro uma certa lógica, um certo bom senso geral com todas as religiões (EROS).

...lá onde faço a unha tinha uma pessoa que era Mórmon, daí falei, aí deixa eu ler o livro dos Mórmon, aí você começa a se interessar, não hoje assim a Igreja evangélica em si, mas na época que ela era a antiga Igreja protestante, aí você olha e diz: que interessante as coisas, mas no fim assim eu acabei crescendo sem ter uma estrutura assim religiosa, montada que você tem suas obrigações a cumprir, tem que fazer aquele outro (AFRODITE).

Os colaboradores: Cronos, Eros e Afrodite parecem perder-se no discurso do coletivo; tentam falar da sua relação com o paciente, voltados para o cotidiano. Mergulhar no discurso coletivo é uma forma de proteger-se da exposição, do revelar-se ao outro; somado ao falatório, caracteriza um modo inautêntico de ser. Em contrapartida, as colaboradoras abaixo, assumem outra postura em seus discursos:

...mas leio muito, muito sobre a morte, sobre o medo, sobre as doenças, leio muito sobre o budismo, que hoje o budismo e o espiritismo são os que eu acho que mais se aproximam da minha vida, eu leio muito sobre isso...(ARTEMIS).

...os espíritas assim, eles tem grupos de estudos, tem leituras, tentam entender o que esta acontecendo, ele não acredita por acreditar, é uma religião que estimula o crescimento pessoal, acho assim muito interessante, mas eu nunca parei para prestar atenção se um encara diferente do outro. Cada um acredita em um fim completamente diferente, agora eu vejo que engraçado, eu trabalhei muito com oriental, mas eu não sei, se por serem budistas, trabalhei muito com oriental em São Paulo e eles encaram diferente (PALAS).

Quando as colaboradoras, Artemis e Palas, relatam sobre o contato com a religião, no cuidado com o paciente, assumem a referência à morte, aceitam a possibilidade de finitude. É um desvelar-se de maneira autêntica, mostrado a si próprio, considerando a existência da morte na relação com o paciente. Para Heidegger todo o ser autêntico é um *ser-para-o-seu-próprio-fim*; assim, deparar-se com a possibilidade da morte, é o caminho para ser, o Dasein assume logo que é (STEINER, 1978).

Os colaboradores abaixo Poseidon e Hefesto trazem percepções da relação com o paciente, de proximidade, de conhecer o universo que habita o outro, o que é cuidado. Eles apontam para o modo de *ser-com*, tratado por Heidegger, em sua ontologia. Trazem aspectos do mundo circundante e do modo de comportamento dos pacientes; é olhar o outro de forma inteira, holística.

É nos EUA, isso ficou um pouco mais latente, é uma relação fria, e as pessoas assim, o paciente recebia isso de uma maneira muito fria, eu o entendia na hora, eu não posso dizer, que eu não vivi lá muito tempo pra dizer minha impressão, eu não vou querer dizer com isso que lá eles não são religiosos, só que não é tão visível quanto aqui, na nossa cultura, eu acho que tem uma religiosidade talvez mais afluada, uma coisa mais cotidiana assim (POSEIDON).

É a impressão que eu tenho, que as pessoas ao terem uma má notícia, no caso uma doença como o câncer, todo o aspecto, o peso do câncer em si, as pessoas buscam isso às vezes de uma forma atrapalhada ou, às vezes, de uma forma muito serena, que acho que é a forma que dá mais resultado. É uma coisa assim de se esperar, então eu vou fazer promessa comigo, e aí começa a rezar, novena, terço se for católico, ou se for de outra religião como os espíritas vai começar a tomar cinco passes por dia, se for umbandista vai freqüentar todo dia a gira de umbanda, se for budista vai fazer meditação dez horas diárias, porque vai buscar o sagrado que é aquilo que ele tem de melhor para tentar salvar (HEFESTO).

2) Pre-sença da religiosidade nos médicos

Esta categoria refere-se à definição e conteúdos das crenças e momentos de vida, relatados pelos médicos: questionamentos, participação em rituais, atitudes e conceitos verbalizados em seus discursos, construídos ao longo da vida, acerca da vivência de religiosidade.

- Percebem o sentido da vivência religiosa como um aspecto do mundo próprio, não praticantes de religião: As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria, encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 3, 4, 5, 6 e 8.

...eu tenho uma não sei se isso chama religião, mas eu tenho uma presença de Deus muito forte em mim, e eu uso isso, essa presença, muito pra agradecer e pra pedir eventualmente uma prece, alguma coisa assim, mas não tenho isso, como um lugar que eu vá... (APOLO).

O colaborador Apolo assume um modo de *ser-si-mesmo*, aproxima a religião à uma vivência autêntica, eventualmente, fazendo uso da presença de Deus, segundo suas necessidades, sem necessariamente freqüentar rituais para aproximar-se do divino.

... porque você entende que eu sou seu irmão, você é minha irmã e nós somos iguais, a gente pode contribuir um com o outro, é uma materialização desse reino de Deus... Agora se eu me harmonizo com você, aqui, então eu to podendo contribuir de uma forma concreta, expondo esse entendimento que eu tenho do que é o Reino de Deus... Eu entendo isso num sentido mais interno, que seria o que, eu faço pra você, alguém vai fazer pra mim, e esses outros vão fazer pra terceiros, e a coisa vai num sentido de amplitude, estendendo essa rede... (POSEIDON).

O colaborador Poseidon entende a presença da religiosidade na sua relação com outro, como uma forma de troca, permeada por afetividade, no sentido de doação, de

amplitude, de fluidez, algo que vai repercutir em uma ação maior. Heidegger mostra que estamos lançados no mundo, somos construídos pelo mundo e nele também construímos. Seguindo esta lógica filosófica, se contribuímos na construção de algo no mundo, este algo faz parte de nossa construção enquanto *ser-no-mundo*.

Eu pessoalmente, a minha religiosidade, eu não vou em igreja, eu não acredito em um Deus único, como algumas pessoas acreditam, por outro lado, é a primeira vez que eu falo... eu não sou de religião, eu não vou em igreja, mas de ...certa forma eu sou extremamente espiritual, eu acho que você tem uma energia interior essa energia faz parte do mundo... se você acha que tem espiritualidade ela esta dentro de você, esta em todo lugar, pode estar no meio da rua , como pode estar dentro do seu apartamento... (ARTEMIS).

A fala de Artemis surge entrecortada por silêncios, como no relato: “*é a primeira vez que falo do assunto*”. Ela parece organizar uma posição à tomar, quanto à presença da religião em sua vida, mostrando o sentido de algo interno, muito próprio. Para Heidegger (1981), é no silêncio que o sujeito traz a sua verdade, se revela.

Não sou um ateu convicto, eu acho que existe uma força maior, mas também não sou praticante de nenhuma religião, eu sou um simpático das religiões, sem confrontá-las, questioná-las ou até negá-las, essa é a minha postura. (EROS).

O fato do colaborador declarar não ser ateu já configura um tipo de crença, ele crê em algo, embora não sinta necessidade de questioná-lo; é uma maneira de manter-se na neutralidade de modo velada, no cotidiano, ser simpático com todos, assim, não necessita assumir posição.

Eu não tenho uma religião tá, eu sou uma pessoa que acredita em Deus, mas não um Deus antropomórfico, a imagem minha, a imagem do homem, eu acredito em Deus como uma força criadora, uma força de amor extremo, de luz extrema e que dela flui toda a energia em nós, que

essa energia que é o mundo, se eu estou no mundo, eu faço parte de Deus, tem ele dentro de mim e tenho eu dentro dele, então eu sou Deus, é nesse Deus que eu acredito, um Deus não à minha imagem e semelhança, um Deus que é a força que move tudo, que tem todo mundo dentro Dele e o mundo inteiro tem Deus dentro dele, eu me considero como parte desse Deus que eu acredito (HESFESTO).

O colaborador Hefesto traz a descrição de um modo próprio de religião, explicando Deus como parte do mundo e parte de si, como algo integrado, sem uma forma humana como ligado às crenças de origem cristã. Ele traz, no sentido de amplitude de Deus, como uma força que move o mundo.

Independente de seguir o ritual da igreja, eu sempre acreditei em Deus, sempre acreditei em anjo da guarda, assim não de ficar com incenso, mas sempre gostei muito de santo, assim adoro (AFRODITE).

Afrodite exemplifica, em seu discurso, que a presença de Deus existe de maneira independente dos rituais da igreja, uma religiosidade interna, trazida com afetividade, sendo esta uma das existenciálias citadas por Heidegger, na constituição do homem no mundo.

Assim, quando uma pessoa torna-se religiosa, pode-se dizer que houve uma abertura para o desconhecido, para aquilo que ultrapassa o imediato na nossa existência. O ser humano, historicamente, de maneiras diversas, no tempo e no espaço, sempre se situou afirmativamente com relação ao Transcendente, o que não implica participar de uma religião; configura-se como algo interno.

É possível notar que os colaboradores acima, embora não praticantes de uma religião, percebem-se com sentimentos de afinidade diante das crenças. Vinculam-se ao desconhecido, buscando por proteção nas dificuldades, harmonização com o próximo; sentem-se como parte de Deus, da energia que transcende o imediato da experiência e respeitam a existência do desconhecido. Parece haver, então, uma busca de sentido religioso, presença da responsabilidade e não questionam a veracidade das crenças.

Heidegger revela que a transcendência é a ultrapassagem que possibilita algo como a existência. Neste gesto constitutivo, o movimento de ir além é que situa o registro espiritual do homem. Ele faz o homem ser alguém que possui um si mesmo, sempre aberto, que se estende à totalidade do existente (SAFRA, 2005). A capacidade de transcendência está relacionada, diretamente, à duas dimensões do *dasein*, já mencionadas: a temporalidade e a historicidade.

- Vivências em situações especiais dos rituais cristãos. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 3 e 8.

...e eu não vou a não ser em situações especiais... Missa de sétimo dia, algum amigo, tal, mas eu gosto de rezar (APOLO).

...eu tive uma experiência com um padre, que eu deveria ter matado o padre, em determinado momento, quando meu filho foi fazer o catecismo, foi a primeira vez eu acho (meu filho com nove ou dez anos) entrou numa igreja, o padre só faltou bater nele, porque ele já estava atrasado, pra fazer o catecismo, imagina que você vai vir aqui agora pra fazer, você, já teria que vir antes... imagine a receptividade que ele teve na casa (entre aspas) de Deus (POSEIDON).

E até ficou uma dúvida, vamos fazer missa de sétimo dia, ah gente falei, vamos fazer porque senão avó vai ter um treco, aonde quer que ela esteja, então você vê que tem um significado muito importante. (AFRODITE).

...teve o dia da Nossa Senhora da Lapa, então fomos daqui até Jardinópolis, a pé, ai eu lembro que eu não pedi nada e pensei, olha Nossa Senhora, eu tenho um crédito porque, eu fui até aí, a pé, quando eu precisar eu já estou com um cartão, é só eu pedir, risos (AFRODITE).

Muitas vezes, se faz necessário, para alguns colaboradores, concretizar o ritual, participar das missas ou cultos característicos na tentativa de significar a experiência religiosa. Os colaboradores buscaram vivenciar os credos das religiões, seja por si ou por um membro da família.

Seja com o sentido de elaboração de luto, como trazem Apolo e Afrodite; às vezes, como um ritual de passagem para a vida cristã, como citado por Poseidon, com certa decepção. Ainda pode haver o sentido de barganha, conforme o relato de Afrodite, na celebração de Nossa Senhora, embora não houvesse uma necessidade iminente; parece querer se prevenir, ter um “crédito” junto a Deus.

- Solicitude na vontade de rezar para os pacientes. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria, encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 6, 7 e 8.

...em termos de religiosidade é o que a gente coloca no caso deles, no meu caso eu não interfiro, rezo para os meus pacientes, não rezo pra todo mundo, rezo todos os dias, para os meus pacientes, a gente tem a confiança, tem de ter a segurança de que você esta fazendo o que tem de melhor (APOLO).

O ato de rezar, para Apolo, ocorre com o sentido de buscar segurança em suas ações de cuidado com o paciente; não é um rezar demasiado, ele tem uma direção. Nesse rezar, aparece o encontro de três *ser-com* envolvidos: o médico, o paciente e o divino.

Sempre surge a religiosidade no contato com o paciente, seja no período de ajuda, seja quando você não consegue, quando você se sente impotente de tentar sanar aquela dor física, isso seja nas suas mais diferentes formas, o que sobra é exatamente essa força maior, então não pouca vezes, eu me vi rezando numa situação de prece interna para a melhora daquela pessoa, ou outras vezes, já aconteceu de eu numa consulta, de eu tentar me concentrar, de tentar me conectar com essa força que vem de Deus, tentar sentir melhor o que a pessoa esta trazendo de problema para mim e ai diante disso poder ajudá-la da melhor maneira possível (HEFESTO).

eu fico não numa posição, mas como se eu realmente estivesse em oração, tentando me conectar com aquilo que eu tenho de mais sagrado, estando nessa conexão, eu consiga pegar e sentir aquilo que realmente causa dor para ela e na medida do possível ajudá-la desta forma, acontece isso, no dia a dia (HEFESTO).

Para Hefesto, o ato de rezar emerge no encontro de sua impotência, ato assumido como uma forma de conforto frente à dificuldade, ao perceber que não tem controle sobre a dor. O *ser-com* aparece em três dimensões, inclusive durante a consulta médica como uma força orientadora que vai ajudar na melhor decisão sobre o paciente. É uma postura médica que assume a fragilidade e o limite humanos, podendo revelar-se de maneira autêntica, evidenciando a presença da dimensão transcendental no cuidado.

...eu com freqüência rezo, pedindo para que eu faça tudo o melhor, é humano errar, mas que eu possa fazer o melhor para a pessoa(PALAS).

A colaboradora Palas refere utilizar-se da oração frequentemente e assume sua condição humana, passível de erros; este modo de ser parece facilitar a aproximação ao paciente, o *ser-com* busca fazer o melhor como se fosse para si própria.

Você olha o exame do paciente esta tudo danado, ai você olha a carinha dele tão boa, esperando que você faça alguma coisa, que consiga melhorar alguma coisa, daí você pergunta: “Ai Deus, me dá uma força do que é que eu faço: se arrisca a fazer alguma coisa se eu deixo como esta?”. Então eu acho que nas nossas decisões interferem muito (AFRODITE).

Afrodite parece buscar no transcendente, em Deus, uma orientação para seus atos, no sentido de um norteamento, advindo de uma força divina diante de uma situação de dúvida humana, face à tomada de decisões sobre a vida de outro humano. É como dividir a responsabilidade com este transcendente.

Os colaboradores despertam para a vontade de rezar durante o processo de cuidado com os pacientes, assumem, autenticamente, a fragilidade em sua atuação profissional diante do desconhecido, da insegurança e buscam por ajuda no *ser-com-o-Divino*. Surge um modo de ser que assume a impotência humana; é o início de abertura para uma mudança de postura médica, ao se despir da onipotência

- Integram a dimensão religiosa no cuidado envolvendo a participação do paciente e da família na fé. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 4, 7 e 8.

Olha, não sei qual é a crença de vocês, qual é a fé, coloco isso pra todos pacientes, 100%! Não me importa qual é a fé, nunca me importou mesmo, mas, mais do que nunca use isso, se aproxime disso, porque eu já percebi que essa é uma força não só que te ajuda no enfrentamento, na vitória, principalmente na derrota (APOLO).

Apolo incentiva a participação da crença ou fé a todos seus pacientes e relata uma percepção própria: a fé ajuda-lhes, nos diversos estágios do tratamento, seja no seu enfrentamento, no sucesso ou no seu fracasso. Evidencia uma postura muito humana na aproximação ao paciente e à família no cuidado, mostrando sua crença, ou seja, ele se mostra ao paciente. A compreensão e a linguagem favorecem *o ser-com-o-outro-que-cuido*.

...dou toda a força pro paciente procurar o que ele achar melhor, se apoiar no que for melhor pra ele, em algumas pessoas isso é um santo, isso é uma igreja, isso é uma promessa, de fazer ou não fazer determinadas coisas, você procurar determinadas coisas, ou ingerir alguns líquidos, cada pessoa vai procurar o que lhe dá mais força no fato de agüentar o baque que é você ter uma doença, e pior ainda um câncer (ARTEMIS).

Artemis, assim como Apolo, incentiva o paciente a procurar o apoio na crença por ele escolhida. A colaboradora se coloca segundo uma postura de respeito pela opção do paciente, acatando sua participação no tratamento. Postura médica, característica de um cuidado autêntico, ou seja, que permite o paciente existir e participar conjuntamente das decisões do tratamento. Cabe aqui a reflexão que o paciente deixa de ser alguém que espera, que tem paciência pelo seu destino, passando a ser focado como pessoa, sujeito do cuidado de si próprio.

...normalmente eu sinto que eles conversam mais quando eles são espíritas e querem fazer isso, ou se você perguntar, de repente até para a família mesmo, tipo se eles têm alguma religião, se eles gostariam de conversar sobre isso, tem hospitais que tem o padre, que tem outras pessoas que você pode chamar para visitar...(PALAS).

Palas relata ter vivenciado a religiosidade em sua prática clínica, revelando empatia no cuidado. Evidencia a importância de o médico aproximar-se do paciente e saber de sua crença. Caso não se sinta habilitado para essa aproximação, pode indicar que, nos hospitais existem padres que a fazem, no movimento conhecido como “capelanias”, no qual os religiosos percorrem as casas de saúde oferecendo conforto espiritual aos pacientes solicitantes ou encaminhados pelo serviço, conforme seu funcionamento.

Nessa parte eu acho que a fé é importante, assim independente da religião da paciente, é isso que eu coloco: Para Deus nada é impossível, o que eu estou falando pra a senhora, é o que podemos fazer aqui, pra gente no mundo dos homens, é o que a gente pode fazer para a senhora, que para a gente de recursos que a gente descobriu que a gente pesquisa e vê de descoberta de novos remédios, que por enquanto a gente não tem nada de concreto para oferecer além disso, mas eu sempre acho que o tratamento é um conjunto, só o remédio...(AFRODITE).

Afrodite consegue ser transparente na sua relação com a paciente; revela sua limitação no cuidado por meio dos meios possíveis e disponíveis para o tratamento, dos recursos e medicamentos existentes. Evidencia sua esperança na crença de que nada é impossível para quem acredita em Deus. Ao final de sua fala, faz um breve silêncio após referir “só o remédio” (...): é quando desvela seu questionamento na eficácia, como único, do procedimento administrado.

Os colaboradores conseguem integrar a religião, crença ou fé de seus pacientes no cuidado, segundo uma postura de respeito e aceitação. Evidenciam solicitude nesse cuidado,

de maneira autêntica, incentivando a participação da pessoa do doente e seu entorno familiar quando presente.

De acordo com Heidegger (1981), há dois modos extremos de ser: o primeiro, refere-se a um “tomar conta” do outro ou colocar-se em sua posição, de cuidar no sentido de “saltar sobre o outro”, ou seja, assumir o encargo do outro, que é dele cuidar de si mesmo. Neste modo de solícitude, o outro pode tornar-se alguém dominado e dependente, mesmo que essa dependência seja tácita ou oculta. Em contrapartida, há um segundo modo de solícitude, que consiste em se “antecipar” ao outro. Um modo que não protege o outro, mas faz com ele se volte, autenticamente, para si mesmo, ou seja, promove o cuidado de maneira a torná-lo transparente e livre para si, libertando-o.

- Questionam a dimensão espiritual na presença de angústia diante da finitude . As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 1, 3, 4, 6 e 8.

...então às vezes acontecem algumas coisas que a gente fica meio, meio balançado, mas assim, se eu for jogar para o lado espiritual da coisa, a grande pergunta que me faço, em relação ao paciente, é isso: O porquê de tanto sofrimento? Essa é a pergunta que me faço, e isso é uma coisa que eu já me peguei parando para pensar muito... (CRONOS).

Cronos evidencia sua angústia referindo-se ao sofrimento do paciente, o desamparo e falta de explicação do mundo concreto das coisas. Revela sua insegurança por não ter certeza para os fatos, “fica meio balançado”; isso o leva a mais questionamentos em busca da verdade.

E eu estou colocando o questionamento, é o seguinte, agora é uma reflexão minha, então você tá ligado a esse ser superior, e o que é que significa isso? Quais as suas vantagens de estar aqui, como estar com essa

ligação?... E eu questiono o seguinte, será que é papel da igreja, porque o princípio de igreja, é a vida lá no Reino de Deus, não é no Reino da Terra... Eles fazem o voto de pobreza, aquela coisa toda porque não é aqui o negócio, você tem que se preparar para ir pra lá... Agora, então é muito conflituoso... (POSEIDON).

Poseidon refere o sentido de ser ligado ao ser superior, o sentido da vida e da morte; a crença de que vida existe em algum outro lugar pós-morte física e o conflito entre ter vantagens aqui, na terra, e fazer “voto de pobreza”, pois a crença religiosa da igreja acredita nisso. Parece que o colaborador fica muito ambíguo entre suas crenças e as pregadas pela igreja; revela culpa ao escolher sua vontade e neste caso, a religião torna-se limitadora do ser.

...mas eu acredito que nós não somos os únicos e acredito que você desta vida, você passará para outra, se voltaremos como humanos ou não eu não sei, mas é impossível que minha carne morra e meu espírito deixe de existir, eu ainda não posso crer nisso (ARTEMIS).

Artemis, diante da angústia de finitude, tenta desenvolver um pensamento que lhe traga alguma segurança; acredita na passagem de um modo de vida para outro, mas com o espírito perpetuando-se de uma a outra vida. Para ela, é muito difícil pensar que tudo pode findar-se com a morte do corpo físico; ela aceita a morte, mas precisa crer em algo que a sustente em sua angústia.

O que é, e porque eu fiz isso hoje? Qual o sentido disso tudo, a gente tem de se checar o tempo inteiro, se perde o sentido, daí vem aquela frase do Dalai Lama: “O homem é um ser engraçado, passa a vida inteira perdendo saúde para ganhar dinheiro, e depois gasta todo o dinheiro para recuperar a saúde...Vive achando que a morte nunca vai chegar e morre sem saber porque viveu” (HEFESTO).

Hefesto reflete sobre o sentido de suas ações, de estar vivo; esta buscando o sentido de sua vida ao deparar-se com o limiar da morte. É importante que o ser construa um pro-jeto de vida que lhe dê sentido; ele o está fazendo. Entretanto, quando surge a angústia de finitude,

ele desenvolve uma metáfora de uso comum, entra no campo da coletividade para explicar o sentido de suas inquietações com a morte. De acordo com a ontologia de Heidegger (1981), o ser faz uso da coletividade para se proteger, chamado “a gente”; é uma forma de não se comprometer no discurso, poder diminuir a angústia de olhar para si mesmo e assumir-se; assim, é mais seguro usar o “ agente”. É um caminho de elaboração que o colaborador empreende na busca pelo sentido da vida e da morte. Aliás, é esperado que o ser caminhe, adotando a morte do outro, o coletivo, de forma a remetê-lo a pensar ou não na própria morte, por ser muito angustiante olhar para a própria morte.

...a gente fala, tem tanta coisa que é milagre, tem tanta coisa, não sei até aonde tudo é o Deus mesmo que existe, ou até onde a religião é um caminho para a gente tirar da gente o que a gente tem de bom mesmo, o que a gente tem de melhor, tirar essa parte da esperança, da expectativa e pode até ser que seja , não sei eu acho que é uma via fundamental porque, eu acho importante. (AFRODITE).

Afrodite parece empreender o mesmo caminho que Hefesto, do “a gente fala”, imersa na coletividade, diante da angústia da finitude. Ela realiza questionamentos da existência de Deus, no sentido de compreender a própria existência, explicando acreditar ser uma via positiva, da vontade de Deus, da pessoa ser o melhor possível. Pode ser uma forma de transcender a angústia, dando o melhor de si.

- Evidenciam crenças na continuidade da vida após a morte. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 4, 6 e 8.

...eu tenho vamos dizer, uma religiosidade em termos de força da natureza, eu acho que todos nós pertencemos a alguma coisa não é só matéria, isso não é mesmo, eu acredito que nós tenhamos outras vidas... eu acredito que

nós tenhamos outras vidas, porque muita coisa do que você faz aqui você, tem pessoas que fazem o mal e não pagam aqui, então isso não pode ficar assim (ARTEMIS).

Artemis revela sua crença na vida após a morte, acreditando no sentido de haver uma justiça, ou seja, uma forma de troca nas relações. Nesta lógica, ela explica como se as ações de uma vida implicassem conseqüências na outra vida, para outras pessoas e para si própria.

...tem de buscar explicar sua finitude, muito complicado isso porque a gente vive num mundo que não fala do finito, se acredita em vida após a morte, isso é de cada um, mas não dá para você aceitar que você vivendo num mundo infinito você seja finito não dá! (HEFESTO).

Hefesto busca sentido para entender sua finitude, apóia-se na lógica do mundo infinito, com certo inconformismo ao deparar-se com a vida finita. Pensando na formação do modelo biomédico, nosso corpo é perecível; é a lei biológica de todos os seres vivos; não há como escapar; é uma formação que não contempla a possibilidade para reflexão sob outras dimensões.

...que eu acho que de alguma forma os ancestrais da gente deve ajudar, ai eu fico lembrando de todas as pessoas muito queridas para mim que já morreram, minha avó, meu avô, eu tenho uma tia minha muito querida, o padre, ai não sei, eu falo gente vocês tem de meu ajudar, é como se eu invocasse todos eles para ver se juntos eles conseguem te ajudar (AFRODITE).

Afrodite almeja conseguir ajuda por meio de pessoas queridas e de confiança, apóia-se na dimensão da afetividade, acreditando nos laços que unem as pessoas, após a morte física. Ela compartilha a angústia com os familiares que já partiram; é uma forma de buscar sentir-se protegida diante do desconhecido.

De acordo com Heidegger (1981), somos seres finitos, um *ser-para-a-morte*. É quando todo *ser-aí* se completa e em algum momento, todos vão vivenciar esta experiência; não há

como delegar ao outro, morrer é uma experiência singular e intransferível, fonte de grande angústia.

- Revelam compreender Deus como energia de justiça, como possibilidade de compreender a angústia de finitude. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 3 e 4.

...eu acho que eu te ajudo aqui, recebo a ajuda de outro, a gente faz um negócio, que uma vez uma pessoa me falou e eu não esqueço que seria uma ética cósmica, o que é ética cósmica? É você entender que aquilo que você está fazendo pro mundo, você não está fazendo pra você, pra essa pessoa que você está ajudando, está fazendo, contribuindo que essa energia circule de uma forma pra harmonizar o planeta e talvez até fora do planeta...(POSEIDON).

...tem de ter, nós temos muita energia essa energia continuará no universo, ela não se perderá, eu acredito sim que nós temos uma outra vida e outros caminhos, se você fizer o bem, você receberá o bem, se você fizer o mal, mesmo que aqui você não pague, com certeza você vai ter de pagar em outro lugar, seja lá onde for esse lugar (ARTEMIS).

Os colaboradores Poseidon e Artemis trazem a justiça em seus discursos como possibilidade de compreender a finitude. Para Poseidon, no sentido de “ética cósmica”, caracterizando um movimento amplo de responsabilidade para com as ações que toma no mundo. Para Artemis, em termos da dualidade bem versus mal, como forma de retorno de nossas atitudes. São duas maneiras de empreender sentido, provavelmente arraigadas nas crenças de suas historicidades.

3) Modos de ser dos médicos presentes na relação de cuidado envolvendo religiosidade

Esta categoria engloba as posturas dos médicos frente à manifestação de conteúdos religiosos ou espirituais na relação de cuidado com o paciente oncológico; como se relacionam com os pacientes e os modos de ser no cuidado.

- Teorizam acerca das posturas de enfrentamento dos pacientes. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Eu percebo que costuma ser menos agressivo, menos traumático, naqueles que tem uma espiritualidade, de alguma maneira um pouco mais forte, basicamente é isso, agora eu não interfiro na religião, eu não interfiro na fé, a gente procura só colocar alguns limites quando isso pode nos atrapalhar...(APOLO).

Ela (religiosidade) estaria explícita quando o paciente do meu ponto de vista, ele verbaliza o fato da fé dele, então, ele chega e fala assim, Ai, eu confio em Deus, que eu vou curar, sou devoto do Santo tal, e ele vai me fazer o bem pra mim, ele vai conseguir fazer com que eu me cure dessa doença... Agora, tem uma outra forma que eu acho q eu chamaria de forma velada, de religiosidade, que esta muito relacionada com algumas atitudes dos próprios pacientes, do tipo assim, ele se benzer quando chega ao consultório, alguns pacientes.. (POSEIDON).

...a fase de negação sendo a primeira, que eles dizem: “imagina isso não é comigo não, eu não tenho isso não” A segunda fase é de revolta: “... o porquê foi acontecer isso comigo, o que eu fiz de ruim para que isso ocorresse comigo”. A terceira fase é uma fase de tristeza, de angustia e de depressão profunda e dizem: “eu não vou tratar, imagina que eu vou tratar isso, não vai ter jeito mesmo, eu vou morrer de qualquer jeito, eu não vou tratar”. Na quarta fase fica a fase da tristeza e por último entra a fase da aceitação. (ARTEMIS).

Hoje eu vejo o paciente como um perfil, sem querer estereotipar ou rotular ninguém, mas a gente percebe que o nível cultural associado à religiosidade dá um perfil de comportamento do paciente... (EROS).

Por exemplo um câncer de mama pequenininho, você vai retirar a mama e ter de fazer a quimioterapia de câncer de mama é pesado, vai ter de fazer a radioterapia, a rotina dela toda muda, ela repensa todos os valores dela, mas muitas vezes depois desta fase ela pode se acomodar e vai voltando para os velhos hábitos, principalmente se ela sente que o tratamento não é tão ruim quanto ela imaginava, ela acaba levando de uma forma tranqüila porque os ser humano tem essa capacidade de acomodação e de adaptação (HEFESTO).

...são mais racionais (espíritas) que os católicos eu acho, eu sou católica, mas eles estudam mais, falam mais, eu vejo com muito bons olhos os espíritas assim, eles tem grupos de estudos, tem leituras, tentam entender o que esta acontecendo, ele não acredita por acreditar, é uma religião que estimula o crescimento pessoal... Eles são muito menos passionais (orientais) que a gente, eu vejo o brasileiro tem muito medo de morrer, do desespero, a família fica muito desesperada enlouquecida, muito menos passionais, assim a gente percebe que eles encaram a doença de maneira bem diferente da gente (PALAS).

...algumas pacientes tem uma religião mais firme, que a gente vê que elas rezam, acho que isso traz para elas um conforto e não acho que para elas isso é só uma aceitação das coisas, mas traz um conforto maior para elas conseguirem se estabilizar nessas situações (AFRODITE).

Os colaboradores, em sua maioria, trazem algum aprendizado do modo de ser do paciente com câncer. Cada um tenta explicar, de alguma maneira, a forma como percebem o lidar dos pacientes com a dimensão religiosa. No entanto, a entrevista visou encontrar a vivência de religiosidade dos médicos no cuidado. Em alguns momentos, eles se perdem no falatório, teorizando as posturas dos pacientes, um modo de ser; rodeiam o discurso para evitar entrar em contato com a própria experiência subjetiva, presente na relação.

- Acolhem o valor positivo da espiritualidade/religiosidade para o tratamento, quando essa apresenta um potencial libertador. As unidades de significado correspondentes a esta subcategoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 3, 7 e 8.

...que tem uma fé, acabam encontrando alguma explicação, um conforto, palavra de vocês, alguma racionalização, no fim pra poder enfrentar posteriormente... eu percebo que costuma ser menos agressivo, menos traumático, naqueles que tem uma espiritualidade, de alguma maneira um pouco mais forte (APOLO).

Apolo valoriza a fé e o sentido de conforto que os pacientes nela encontram. Afirma que ocorre um melhor enfrentamento entre os que possuem uma espiritualidade desenvolvida.

...Então eu acho assim, essas religiões nesse sentido, todas elas são positivas, então não importa se eu sou espiritualista, espírita, ou católico ou umbandista ou budista, seja lá o que for, se eu entenda que isso é uma maneira de eu chegar a alguma coisa boa, então é eu, que se faz essa transformação interna, aí sim, então isso é válido...Agora se eu vou lá pra ser castigado, pra ser punido, pra eu ser vigiado, então aí eu acho q é mais uma forma de escravidão e não de libertação... , essa que abre, que liberta, então é uma coisa que eu acho que pode transformar o indivíduo de uma maneira geral. (POSEIDON).

Poseidon alerta para o sentido que paciente atribui à religião, o qual pode, segundo ele, ser de dois tipos: sendo uma crença que traz amplitude, transformação interna e outro tipo no sentido punitivo, que aplica castigos, persegue a pessoa, aprisionando-a.

...pra quem tem uma religião, eu acho que é a hora que a pessoa se apegar, é a hora do sofrimento do doente, quem é espírita, que acredita que vai desencarnar, na verdade ele acaba sendo uma parte importante do processo de aceitar a doença de aceitar que vai morrer, acreditar que vai pra algum lugar, muitas vezes tentar resolver, isso eu gosto de estimular também...(PALAS).

Palas percebe a religião como um auxílio no tratamento, ajudando nos momentos de sofrimento e no processo de aceitação da morte. Elucida que o fato de existir uma crença em reencarnação é positivo e percebe que pode ser estimulado para a busca de conforto.

„...a religião contribui muito nisso, quanto mais apegada a religião a pessoa é, mais ela consegue passar por tudo isso com uma certa serenidade, com uma certa calma, e acho que tudo isso vai ajudando. (AFRODITE).

Afrodite acolhe a religião no sentido de originar a serenidade, a calma, que ajuda no enfrentamento do paciente. Afirma que o apego à religião contribui para os momentos de dificuldade.

- Percebem a necessidade do paciente re-ligar-se com algo além do médico. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 3, 4, 5, e 8.

...eu entendo assim como uma demonstração de força ou talvez de... não querer cair, ali na minha frente, mas que na verdade depois eles vão ter algum tipo de re-ligação, no sentido da religião, de uma ligação aí com alguma coisa superior que vai de uma certa forma dar uma certa segurança num outro plano...(POSEIDON).

Daí teve um dia que eu falei que todos os meus argumentos médicos eu já esgotei, já pedi exame até da alma e não acha nada, aí disse: Olha temos de conversar, a senhora não é uma pessoa de fé, a senhora não acredita em Deus, cadê seu Deus? Que desespero é esse? Deus aparece todo dia para você? Deus é uma bomba relógio? Ela me responde: Claro que não é uma bomba relógio... Então, aí foi essa parte que eu comecei a pegar com ela, eu lembro que até brinquei com ela: “Tu és uma mulher de pouca fé!” Ela responde: “ Imagina!” . E continuo: “Mas é isso que esta acontecendo agora, adianta a senhora ir à Igreja”? È agora que Deus esta querendo ver cadê a sua fé, cadê o tamanho dela, de acreditar, você não acredita Nele? (AFRODITE).

Poseidon e Afrodite referem-se a um respeito contextualizado na relação com o paciente; revelam-se muito confortáveis com a participação das crenças religiosas e do divino, como parte do tratamento e da relação médico-paciente. É uma forma de deixar a onipotência de lado e acolher o que é positivo no tratamento; percebem e assumem sua limitação médica na negociação com o paciente e aceitam que, às vezes, é preciso um ser superior, *ser-com-o-divino* para que haja segurança.

Todos eles acreditam em um Deus, único, poderoso, onipresente, onisciente, onipotente, e eles não se perguntam, por exemplo, por que eles tem uma doença tão devastadora, e se aquele Deus existe, por que eles receberam uma doença assim? Não, eles não se questionam, apenas querem que um Deus os cure. Então é muito interessante, todos precisam disso (ARTEMIS).

Artemis acolhe a crença em Deus, entretanto, atribui uma definição de passividade aos pacientes, como se eles delegassem todo o tratamento ao divino e não se perguntassem da esfera religiosa. Tal afirmação reflete a percepção da colaboradora, de que pode haver nuances entre os pacientes: não questionar, questionar pouco, às vezes, barganhar e outras posturas como negar a participação de Deus.

...um diferencial que eu encontro no dia a dia, que normalmente esses pacientes que tem poucos esclarecimentos estão muito ligados à religião, eles normalmente fecham os olhos para a questão científica como se fosse uma coisa a parte, é preciso saber, eles trazem: “o que eu quero ver é o meu lado religioso, se eu estou bem comigo enquanto religião eu vou esperar o meu futuro”, então é um certo conformismo (EROS).

Eros atenta para o valor científico do cuidado que pode ficar “à parte”, quando relacionado à religiosidade do paciente, afirmando perceber conformismo por parte das pessoas. Revelando certo desconforto quando a ciência médica fica em segundo plano,

caracterizando um cuidado delegado a Deus. É como se todo seu esforço, para a assistência, não fosse valorizado. Ele atribui isso ao pouco esclarecimento das pessoas.

- Percebem a necessidade de respeitar as crenças religiosas dos pacientes. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 4, 5, 6 e 8. Os colaboradores sentem é que preciso respeitar as crenças e vivências de religiosidade dos pacientes, não se contrapondo a elas, nesse sentido, precisam que o paciente se vincule ao médico, facilitando a relação e, em especial o tratamento.

...se essa pessoa quer fazer reza, ou tomar passe, fazer cirurgia espiritual, eu não me contraponho...(APOLO).

Agora em relação ao paciente eu acho que todos nós temos o direito de acreditar em alguma coisa, que nós apóie que nos dê força e os pacientes mais ainda... (ARTEMIS).

Eu tento manter a isenção, mas ao mesmo tempo eu não posso deixar o paciente desassistido do ponto de vista religioso, então a minha postura, a minha vivência é a de que para que eu consiga um bom relacionamento com o paciente eu não posso afrontá-lo, e como a minha postura é de isenção, eu acolho ele em qualquer religião que ele se mostre simpático. (EROS).

...a espiritualidade, a religiosidade das pessoas é a única coisa que elas não perdem, daí você tira um monte de coisas da vida das pessoas, modifica outras tantas, mas aquilo que para ele é sagrado, a luz sagrada de cada um, isso é só dele, é isso que faz dele uma pessoa única, é isso que faz dele uma pessoa que esta acima da doença...(HEFESTO).

E a gente vê, tenho outros pacientes que era daquela religião que você não pode receber sangue, os testemunhas de Jeová, e que assim tem hora que a gente fica até bravo, esses pacientes dão uma canseira na gente, não quer operar, mas acho que a gente não sabe dimensionar a importância que tudo isso tem para eles, que as vezes, assim, a pessoa esta viva e tem assim tem energia para continuar fazendo as coisas, exatamente por acreditar nisso tudo, e se você por algum motivo acha uma bobagem desrespeitar uma coisa que para ela é importante, as vezes é pior do que ficar doente, entendeu? (AFRODITE).

4) Valorização da subjetividade buscando ressignificar as experiências vividas expressando o desenvolvimento da humanização do cuidado

Esta categoria expõe a presença da subjetividade integrada ao cuidado, mostrando que alguns médicos já despertaram para a necessidade de uma compreensão integral do paciente, valorizando posturas subjetivas dos pacientes no adoecimento, seja no cotidiano do trabalho ou na vida pessoal. Ressignificam a experiência junto aos pacientes e familiares, buscando novos sentidos de vida pessoal e na prática profissional do cuidar.

Relembrem perdas de familiares. As unidades de significado correspondentes a esta subcategoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2 e 8.

...nós perdemos os pais muito cedo, então eu perdi meu pai em 1970 quando eu tinha 13 anos, e minha mãe logo quatro anos depois, em 74 quando eu tinha 17 anos e a minha mãe nos últimos 12 meses, um pouco mais, um ano, um ano e pouquinho ela ficou metade hospital, metade casa, e ela falava: tem que ir na missa, tem que ir na missa (APOLO).

E também na parte da terminalidade quando o paciente esta morrendo, acho que é importante para o paciente. Eu vejo em minha família, a minha avó morreu faz bem pouco tempo não morreu de câncer, morreu de velhinha com noventa e poucos anos, nossa, mas ela mesmo, ruinzinha ela, só de tomar a comunhão ela já melhorava, nossa porque a pessoa tem a crença naquilo, a pessoa melhora, traz o bem (AFRODITE).

O tema da morte e morrer somente são lembrados quando ocorre uma perda significativa na família, ou de alguém muito próximo do seu convívio. Este momento também nos remete à possibilidade de vivenciar a própria morte e o findar. Neste contexto, historicamente encontramos o homem recorrendo aos mitos, às religiões, aos ritos e

cerimônias enquanto tentativas de elaborar aquilo que, do vivido, extrapola as capacidades de compreensão racional.

Percebe-se que o vivenciar a proximidade com a dimensão da morte eleva a pessoa e seus familiares ao desconhecido; assim, os colaboradores buscam nos diversos sistemas de crenças que configuram as religiões, uma possibilidade de compreensão que lança o homem na direção do transcendente, muitas vezes desconhecido.

O fato da pessoa estar em comunhão com o sagrado, sendo este uma esfera singular característico, de cada pessoa, de re-ligar-se com os ritos próprios como a missa, a hóstia, o passe, traz-lhe alento e conforto nos momentos em que a falta e o vazio configuram-se diante da fragilidade.

- Sentem as perdas dos pacientes. As unidades de significado correspondentes a esta subcategoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 4, 5, 6, 7 e 8.

O profissional que lida cotidianamente com a morte, mesmo com todo o preparo técnico- científico possível, não está isento de sofrimento. É necessário que esta morte possa ser significada pelo profissional, em seu trabalho. Alguns, como Apolo, precisam participar dos rituais:

...quando ele falece, eu me sinto assim, pessoa que eu não espero ou pessoa que eu gosto muito, porque você tem uma afinidade maior e você acaba, sofre muito...eu vou em velório, vou paciente meu de Ribeirão que não dá tempo de eu encontrar no hospital (APOLO).

A perda é amenizada pelo suporte religioso em Afrodite, originando a compreensão de tantas perdas na vida:

È bem importante isso, na vida como um todo, no paciente oncológico mais ainda, porque ele é forçado a viver mais ainda e ninguém vai desejar viver, mas ele é obrigado a viver uma situação de estresse. De repente você esta indo tudo bem, você tinha uns planos, estava subindo na sua carreira, você ia viajar, trocar de emprego, fazer uma série de coisas, e aí todos os seus planos são interrompidos sem pedir a menor licença, por uma situação completamente desagradável, então eu acho assim que ter esse suporte religioso, eu acho que é muito importante (AFRODITE).

É relevante a busca por um grupo no trabalho que ajude a significar as perdas, conforme relata Palas:

E dificilmente você lida com esse aspecto, nem da sua religiosidade, nesse grupo a gente falava muito sobre isso, da nossa religiosidade, de como a gente se sentia em relação a isso. Era um trabalho em grupo e podia ser individual se quisesse, o psicólogo do hospital fazia um horário uma vez por semana com os residentes do primeiro ano e se quisesse podia seguir individualmente. Falava sobre isso, de como ele estava encarando a morte dos doentes dele, no grupo podia falar sobre qualquer coisa como sempre (PALAS).

O discurso de Eros vai no sentido de pedir ajuda diretamente a Deus :

Eu estava terminando minha residência e estava começando a ser preceptor do serviço aqui mesmo e a paciente morreu na enfermaria, me chamaram pra ver o óbito, constatei e eu perguntei: “alguém já conversou com a família?” E responderam: Não, ela estava sozinha, não acionamos a família nada, nós só o chamamos e aí eu falei: “Ai meu deus do céu, o que é que eu vou fazer? (EROS).

Artemis parece sentir o “peso emocional” que as perdas acarretam, procurando significá-las por recursos próprios, buscando, na qualidade de vida, no otimismo e nas atitudes positivas consigo e com seus pacientes, a melhor maneira de praticar o cuidado. Vejamos seu relato:

Eu acho assim, eu fazendo Onco, nós temos que ser de bem com a vida, você tem que ter o otimismo na vida, morrer não é o fim de tudo, é apenas mais um passo, quando eu pego um paciente, eu tento passar isso pra ele, eu acho que eu consigo, porque eu tenho uma boa relação médico/paciente, meus pacientes não têm medo da morte, quer dizer, medo todo mundo tem, é assim, não tem pavor de ver a morte, muitos estão aqui já sabendo que provavelmente não sobreviverão muito tempo, mesmo assim eles aproveitam cada dia que passa, eu falo inclusive pros meus pacientes: Aproveitem o dia-a-dia (ARTEMIS).

Hefesto parece ser o mais próximo da dor da perda. Ele coloca-se, empaticamente, no lugar do paciente, como se estivesse enfrentando por ele; busca, na simplicidade, significar seus valores e valorizar o que há de mais importante:

Então você acaba mexendo com seus valores, com aquilo que você acredita, e imagina como você enfrentaria essa mesma situação, então não tem como quando você trata de algum doente com câncer, que é uma doença que devasta a vida da pessoa, ela para de trabalhar e perde autonomia e deixa de fazer as coisas, no meu caso que tem muitas pessoas que vem de fora, esta em uma cidade que não é a dele, esta fazendo tratamento longe de casa, toda a base de vida dele esta temporariamente destruída. Como que ele encara isso? O que é que sobra para ele? Para mim só sobraria aquilo que eu acredito aquilo que me faz ter certeza de quem eu sou aquilo que me faz ter certeza de meus valores, aquilo que eu acredito aquilo que realmente faz diferença na minha vida (HEFESTO).

- Percebem que os pacientes temporalizam crenças religiosas segundo os estádios de diagnóstico e cuidados paliativos. As unidades de significado correspondentes a esta subcategoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 3, 4, 6, 7 e 8.

...acho até que a pessoa se apega mais, quando se esta no estágio final, quando não se esta indo bem, acho até que deve ter algumas blasfêmias, eu vejo isso, eles dizem: “ O porque me abandonaste?” “ Oh Deus, Oh Deus, onde estas que não me respondes?”, entendeu?, deve existir isso lá no íntimo, mas eu não acompanho isso, perto da gente não tem. Ao contrário eu vejo, a pessoa que se agarra muito, e que pede (APOLO).

Neste relato de Apolo verifica-se que não acompanha a religiosidade em sua presença no cuidado com o paciente, embora ele acredite que exista esta face no íntimo do paciente. Seria interessante rever o tipo de abertura que vem sendo dada para que o paciente possa expor sua subjetividade, durante o tratamento, desde seu início e fases de seguimento e não somente nos momentos finais.

Eu acredito que sim, eu acredito que sim, na fase do diagnostico, na fase inicial, do tratamento, as pessoas estão muito mais fragilizadas, porque elas estão diante de uma coisa nova, altamente ameaçadora, eles entendem, e de fato é!...já numa fase de acompanhamento, essas coisas já foram um pouco melhor trabalhadas, então ele tem tempo... (HEFESTO).

Então já na fase de segmento, aí, ele já teve tempo de elaborar isso, ta, então essa ligação com o ente superior, ela fica mais como que eu vou te dizer, num sei se seria solidificada, não seria bem solidificada, seria uma coisa assim mais já pronta... Eu não estou construindo essa relação, eu já sei que Deus me ajudou, que ele foi bacana comigo, olha, ta aqui, meus exames agora estão normais, então eu agradeço muito, então vem aquela atitude de agradecimento, aquela atitude de reconhecimento até do papel importante que é essa figura mágica teve na vida dele... quando vão chegando de novo numa fase terminal, numa fase avançada, acaba que isso é colocado em cheque de novo, não mas espera um pouquinho, se ele me curou porque agora ele está me deixando na mão de novo? Então aí volta a rever toda essa situação de gratidão, de coisa, alguns caem na revolta, outros, se rebelam, propriamente dito, assim, Puxa, por que de novo? E alguns até falam: Se eu fui curado na primeira vez, eu posso ser de novo... Eu sinto assim medo das pessoas em se revoltar contra essa religiosidade, nessa fase (POSEIDON).

Surgem levantamentos acerca da relação religiosidade com o enfretamento do adoecer pelo paciente, nos relatos de Hefesto e Poseidon. Será que o Deus, que ajudou na fase de segmento para poder estabilizar a doença e solidificar a relação, não será a relação médica que foi solidificada? Talvez o médico não possa atentar para este movimento se esteve em distanciamento na relação ou nela imerso demais.

No relato de Poseidon, parece que o paciente precisa da figura mágica, ilusória que o proteja e dê suporte, pois a presença real do médico, provavelmente não se fez presente o suficiente. Questiono se o medo da revolta na recidiva é contra Deus ou contra o médico?

Ah quando você está o primeiro choque, quando você dá o diagnóstico, acho que é o momento mais importante para o paciente. Se ele tem uma família, se ele tem um apoio emocional, uma espiritualidade muito grande, se ele estiver bem com ele mesmo ele conseguirá encontrar e suportar doenças... (ARTEMIS).

Nesse sentido, cabe mencionar o relato da colaboradora Ártemis, de que é necessário ter um suporte ao paciente no enfrentamento, seja a crença, a família; “ele tem um apoio”. Parece que ela não percebe sua possibilidade de apoiar o paciente; o suporte está na família, fora de seu campo. O acolhimento é uma possibilidade humana, independente de formação técnico-científica. Entretanto, fica restrito ao círculo familiar do paciente. Artemis parece não acreditar em sua possibilidade de acolhimento.

... . A outra fase é quando a doença não tem mais cura, nos cuidados paliativos, por exemplo, aí acho que é a hora da verdade, é aquilo que ele fez no diagnóstico não surtiu efeito é porque aquilo não era sagrado para ele. Agora muitas vezes ele vai em busca deste sagrado e é a hora que as coisas começam a fechar, então é aquela pessoa que mesmo com a doença avançada ele consegue ver a vida de uma forma diferente (HEFESTO).

...é no começo do tratamento quando ele tem chance de cura, quando ele vislumbra que pode se curar, ele se apega muito, mas eu acho que talvez ele não exponha tanto pra gente isso... Mas você não percebe isso tanto como no final, eu acho que às vezes no final ele fica mais fragilizado, demonstra um pouco mais...(PALAS).

...nessas situações limítrofes, limítrofe que eu falo assim, entre a vida e a morte, acho que é o primeiro momento que ele se confronta com a idéia do fim das coisas, da morte, da doença evoluindo. Aí é o momento que eu mais percebo que eles colocam essa parte da religiosidade...tem paciente que é super religioso e começa isso desde o diagnóstico (AFRODITE).

A religiosidade parece surgir, segundo os relatos dos colaboradores, em dois momentos cruciais para o paciente, os quais envolvem a comunicação e aproximação do profissional que cuida. No primeiro, o diagnóstico permeado por ansiedade, dúvidas e surpresa pelo inesperado; no segundo, nos momentos finais, quando tudo que foi “prometido” no início do tratamento dissolve-se, constituindo-se em uma segunda frustração.

Se o paciente retornar às crenças religiosas, como última instância, o acolhimento estará distante dele, seja pelos profissionais ou pelos cuidadores familiares, ele deseja um conforto, busca um alento para sua dor, é um pedido de ajuda. Será que somente Deus, os “santos”, podem ouvi-lo? Questiono. Onde se encontram os médicos, nesse momento?

Para muitos, ainda persiste a crença de que o paciente com câncer é um paciente terminal; talvez isso justifique o fato desses momentos serem revestidos por muita angústia, incerteza e fragilidade. O concreto já não mais esta trazendo conforto. Buscam explicações em um local de fé, sagrado, ainda não deteriorado, nem pelos homens e nem pela doença. O seu afastamento dos médicos, em momento tão delicado, talvez ocorra pela dificuldade do profissional em olhar e seu despreparo para se aproximar-se dos contextos densos de emoção, que emergem nos momentos últimos das pessoas em fase de doença terminal.

Por avanços advindos de movimentos de alguns grupos sensibilizados, tem-se observado mudanças importantes no que diz respeito aos pacientes, gravemente adoecidos e fora de possibilidades de cura, com o desenvolvimento da filosofia de cuidados paliativos, a qual aborda as necessidades bio-psico-sociais e espirituais dos pacientes e seus familiares.

- Percebendo mudanças em si próprios com aumento de sensibilidade emocional ocasionando amplitude profissional. As unidades de significado correspondentes a esta subcategoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 4, 5, 7 e 8.

Eu estou mudando muito a maneira de ver, a maneira de reagir, eu acho que a gente vai ficando muito mais experiente, mais mole, no meu caso não sei os outros. Hoje eu choro com o paciente, eu não fazia me lembro quando mais jovem...(APOLO).

Apolo refere-se à mudança na maneira de reagir, em sua prática profissional. Segundo sua experiência ocorreu diminuição da rigidez, no seu relato: “ficando mais mole”. Permite-lhe falar sobre suas emoções com o paciente, ele não tem medo de revelar-se ao outro, de maneira autêntica.

...eu me tornei mais tolerante mais paciente com meu paciente, eu era muito impaciente. Neste ponto é que eu acho que eu me tornei mais delicada, hoje eu tenho uma paciência de Jó com o paciente mesmo que ele esteja subindo as paredes...(ARTEMIS).

A colaboradora Artemis percebe-se mais tolerante e paciente em sua prática, com aumento da delicadeza. É um modo de tratar o outro, considerando suas fragilidades, tendo mais compreensão e afetividade.

Com certeza, há dez anos atrás eu me mostrava praticamente ateu, cético e o paciente que tentasse vir com uma postura religiosa, eu não sabia lidar com isso, pois o paciente apesar de vir com a crença, ele está vindo confiante na relação médico-paciente, basta à gente saber enfrentar isso (EROS).

Eros mostra em seu relato ter aprendido a lidar com a dimensão religiosa do paciente, embora, no passado, tivesse assumido uma postura de ceticismo. O fato de conseguir aproximação do paciente, aceitando-o como um todo, parece ter trazido confiança para a relação:

Tem caso que mexe muito, às vezes você vê um paciente jovem, com uma doença muito grave ou que já chega muito mal, então isso mexe, e ai acho que você acaba rezando, pensando...então na minha religiosidade eu me

pego um pouco nisso, porque você não pode também prolongar o sofrimento, causar coisas, porque o tratamento pode ser pior que a doença, e isso é muito importante (PALAS).

Não sei, mas se pesar as duas coisas eu acho que hoje eu acredito muito mais, porque eu solicito muito mais a ajuda assim de Deus, eu preciso muito mais da religião para continuar fazendo as minhas coisas do que antes, antes eu acho, que as minhas coisas eram muito menos emocionais, elas eram muito menos sofridas, eu ia no vestibular, pedia no sofrimento com a prova de física, rezar para ir bem na prova de tal, mas eram coisas menores. (AFRODITE).

Palas e Afrodite manifestam-se sensibilizadas no contato com o paciente e buscam por auxílio, na sua própria dimensão religiosa, para uma melhor conduta com o paciente. Elas integram a dimensão espiritual em suas práticas, postura essa não muito comum no meio científico.

Para Heidegger, o cuidado é uma característica essencialmente humana, assim, ser mais delicado e humano com o outro do qual cuida, reflete-se diretamente na minha humanidade, proporcionando amplitude pessoal e amadurecimento na prática profissional.

- Vivenciam estresse profissional na aproximação ao paciente no cotidiano de tratamento.

As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 4, 6, 8.

Eu vejo hoje meus pacientes que eu tento conversar bastante sobre você ter qualidade de vida, isso inclui você aproveitar o seu tempo. Para mim, por exemplo aproveitar o meu tempo é estar com a minha família, meu filho de sete anos, é ir nadar que eu amo nadar, ir ao clube, é você ler, que eu amo ler, viajar, comer, é uma dádiva, pois a grande maioria dos meus pacientes não podem comer, então eu falo isso para todo mundo e eles tem de aproveitar cada minuto, e eles aproveitam é uma questão de você abrir os olhos para eles...(ARTEMIS).

Artemis percebe que as privações de qualidade de vida sofridas pelos pacientes lhe invadem; ela tenta olhar para a própria vida e aproveitar seu tempo livre, como se ele,

estivesse se acabando rapidamente. É interessante notar a dimensão de temporalidade; é muito particular para cada ser:

Eu falo que às vezes eu chego em casa, em dias que a gente te tanto contato com o sofrimento, pode ter certeza que o beijo que eu dou na minha esposa , no meu filho é diferente, tem um sabor todo especial que eu consigo dar o real valor para isso (HEFESTO).

Hefesto também se sente inundado pelo sofrimento alheio e não consegue dissociar-se disso, acabando por supervalorizar o carinho que tem para com a esposa e os filhos. A afetividade faz parte da vida humana tanto quanto o sofrimento; precisa ser valorada porque, provavelmente, no cotidiano, tem a mesma medida do sofrimento, evidenciando, assim, sinais de estresse laboral.

As pessoas, às vezes, dizem: “Nossa, mas você esta sempre tão alegrinha” e respondo: “é mas de vez em quando dá uma desandada, mas você tem que ficar, até eu digo: “só Deus para ver se ajuda!” Até eu brigo um pouco com ele, nem sei se eu, mas você tem assim um lugar para extravasar, um caminho que você tira de dentro de você, ou você divide, ou pelo menos de você conseguir trabalhar e se entender, de conseguir trabalhar tudo isso, então eu acho que essa parte da religião é super presente no nosso dia-a-dia (AFRODITE).

Afrodite procura manter-se alegre no dia-a-dia como forma de afastar o sofrimento que a rodeia, é o recurso que encontrou para dar vazão às angústias, buscando apoiar-se num diálogo com Deus e poder transpor seus sentimentos, tendo assim, um espaço de continência. Se ela está sempre buscando Deus, alguém para ajudar, é porque precisa, de alguma forma, compartilhar a sobrecarga, verbalizada em seu discurso, pela expressão: “desandada”.

5) Apresentam movimentos ambivalentes e postura de onipotência médica na relação com o paciente, envolvendo a religiosidade

Um ponto fundamental da relação médico-paciente é o momento de conversar sobre morte com o paciente e seus familiares. Uma comunicação deficiente constrói uma relação prejudicada de cuidado, embasada em sentimentos de insegurança e distanciamento pessoal.

Acredito que os colaboradores que participaram desse estudo reconheceram que os pacientes sabem que vão morrer e, mesmo assim, tendem a manterem-se neutros, configurando uma postura de impessoalidade. Para o pacientes, seria ideal que pudessem falar disso com alguém, sendo papel dos cuidadores permitir que tal assunto venha à tona.

A subcategoria abaixo expressa tal conduta na desvalorização da subjetividade, desvalorizando a crença do paciente. Trata de uma postura médica que camufla a onipotência com o desejo de ser reconhecido como “senhor do cuidado”.

- Mencionam que a crença fanática desvaloriza o tratamento médico. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 3 e 7.

eu não me contraponho de jeito nenhum, mas quando você vai tomar alguma coisa, eu já passei situações muito graves, quer dizer, a pessoa tomar um negocinho e quando foi contar, tinha quimioterápico misturado, e o sangue atrapalhava, não subia, atrapalhava o tratamento, era meio complicado, então a partir daquele momento a gente não deixa passar, nem tomar, nem cheirar, agora, quer rezar, fazer, não tem problema nenhum (APOLO).

...teve um caso muito gritante a pouco tempo que foi aquela filha do Pelé, Não sei se você ficou sabendo, ela tinha um câncer, não sei, parece que era mama, e ela era evangélica, e o pastor, segundo versão dela...disse que o pastor havia dito pra ela que ela tinha se curado, e ela parou de fazer

qualquer tratamento, inclusive a médica que a estava assistindo, fez com que ela colocasse no prontuário de próprio punho, dizendo que ela estava desistindo do tratamento, que ela não queria mais fazer exame nada, e foi a grande defesa da médica do ponto de vista jurídico (POSEIDON).

...a gente se preocupa com o fato de ele querer abandonar o tratamento por conta de acreditar que vai acontecer um milagre. Eu normalmente a conduta é essa: de orientar de não deixar ele nunca, absolutamente, eu não sou do tipo que é muito claro de tirar a esperança completamente dele. Se ele perguntar se ele tem cura, digo não, essa doença nesse estágio não tem cura, o objetivo do nosso tratamento é controle (PALAS).

Os médicos se mostram num constante devir de ambivalência; ora querem ser valorizados, ora mostram maturidade para com uma postura de humildade em aprender com o paciente. Esta postura ambígua descreve o panorama atual, de desconstrução de práticas e saberes. Em um momento da entrevista eles trazem a dimensão religiosa como aliada e favorável ao tratamento e, quando algo sai fora do controle médico, eles se manifestam contrariamente a isso.

A inserção da dimensão subjetiva nos tratamentos médicos tem uma história recente, provavelmente, a aceitação da dimensão religiosa/espiritual esta conquistando seu espaço gradativamente, é uma relação a ser construída: *ser-com* na aproximação emocional, validando a experiência vivida no cuidado.

- Revelam que o paciente atribui o sucesso do tratamento do médico e da equipe à Deus.

As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 3 e 5.

Muitos chegam a dizer que esta rezando pra que eu tenha uma iluminação pra cuidar dela, entendeu, eu rezo pro senhor todo dia porque eu peço a Deus que o senhor seja sempre iluminado, pra saber o que fazer comigo...algumas falam isso, mas a questão de estar rezando, estar orando,

pedindo a Deus que a gente tenha sucesso, no tratamento, é uma coisa que esta sempre muito presente...(POSEIDON).

...são pacientes bem dependentes da religião eu quero frisar isto, são pacientes bem, como eu vou dizer, aceitam praticamente todo tratamento sem questionar, são pacientes que não questionam a parte científica e eles colocam a equipe profissional que está tratando simplesmente como um instrumento da força superior na qual ele acredita, não sei mas ela é confortante para eles...(EROS).

Segundo relatos de Eros e Poseidon, para muitos pacientes a religião é o caminho de encontro entre o divino e o médico, como um veículo que vai intervir nos cuidados, inclusive na equipe. Revela-se com boa aceitação por parte dos médicos, talvez pelo fato deles também se sentirem considerados no cuidado e não somente o conforto religioso.

- Vivenciam sentimentos de irritação, raiva e receio quando o trabalho médico é preterido à religião. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 1 , 4 e 7.

Teve uma vez que uma paciente me irritou, eu já sabia previamente que ela estava fazendo tipo, ela estava na verdade movendo uma ação judicial contra uns funcionários de uma unidade em que eu trabalhava, e eu sabia que ela estava assim criando todo um teatro, criando um esteriótipo que ela chegou pra mim: “Ah porque Deus sabe o quanto que eu sou boa para as pessoas, eu faço tudo isso por amor à Deus” e isso me irritou, entendeu, eu achei que ela estava levantando isso como uma desculpa, assim tentando me físgar por esse lado, ela pegou o pior lado possível para tentar me físgar (CRONOS).

Por exemplo, testemunha de Jeová, que não vai tomar sangue, risos, eu na minha primeira coisa, eu sei que está errado, mas eu sinto muita raiva, eu sei que não deveria, deveria controlar, mas fico com raiva, e muitas vezes eu sei que é errado, eu por na mesa todo o cuidado que ele tem que ter com ele, mas se o senhor não trata vai acontecer isso, isso e isso...(ARTEMIS).

O que, às vezes, se vê e assim às vezes, até causa um pouco mais de receio é quando o paciente começa a ter muito comportamento assim: “Ah não eu

vou me curar, e Deus vai me curar”, pois muitas vezes o paciente não sabe que tem uma doença que é incurável (PALAS).

Observa-se o quanto os colaboradores oscilam entre a sensação de poder, quando o câncer é vencido, e a sensação de impotência, quando não conseguem ser controlá-lo, advindo a morte. Expressam sentimentos de irritação, raiva e receio quando o paciente faz uso de suas crenças religiosas que impeçam ou restrinjam o tratamento.

Nota-se a extrema importância da competência e humanização dos médicos para lidarem com as diversas etapas que acompanham o paciente oncológico. Entretanto, por um sentimento improcedente de “salvador” da vida, não conseguem perceber que as escolhas dos pacientes têm o sentido de suas escolhas pessoais, ainda que contrária às dos médicos destes.

O destino do paciente vai ser decidido em cada passagem, tanto pelo paciente quanto pelo profissional e às vezes, a escolha do paciente é justamente por não se tratar. Neste ponto, entra o limite entre o médico fazer o que lhe é possível; é dialético tal movimento, pois estão em jogo o limite da atuação prática entre o curar e o respeitar a decisão tomada pelo paciente. Nenhuma das posturas é desejável, pois não se trata de uma batalha e sim de *ser-com* o paciente, auxiliando no seu processo de cuidado, respeitando suas escolhas.

6) **Formação médica limitadora de possibilidades do cuidado autêntico**

Esta categoria circunscreve alguns pontos importantes a serem discutidos no que diz respeito à mudança de paradigma que estamos vivendo, atualmente, na esfera de produção de saberes e fazeres em saúde.

- Dificuldade de integrar a visão dicotômica, corpo-mente, enfatizada na formação médica: a marca do cientificismo. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 3, 5, 6, 7 e 8.

Deus é uma coisa, médico é outra, então eu vou brigar com o médico, mas não necessariamente eu estou brigando com a entidade superior, e isso é muito confuso, a gente percebe isso nitidamente que o paciente está nesse conflito, e aí a postura seria o que? (POSEIDON).

Poseidon questiona que caminho seguir em situações que envolvem a religiosidade; sente-se confuso com o conflito do paciente, mistura-se na relação, pois ainda não há uma conduta definida; ele não significou a dimensão religiosa para saber como integrá-la na relação. Há grandes possibilidades de uma lacuna na sua formação, pois o questionamento existe. No entanto, não houve espaço para reflexão.

Esse colaborador prossegue afirmando que houve uma disciplina da área de humanidades em sua formação, a Psicologia, provavelmente de maneira geral, sem tratar dos aspectos da relação médico-paciente. A marca positivista se fez presente pela separação sujeito-objeto de estudo. Tratar o outro como pessoa, inteira; expressar-se, com gestos, era proibido, como revela o relato:

...eu tive aula de psicologia, eu tenho um professor que fala assim, Não se envolvam com o paciente, só que o desgraçado não me falou como é que fazia isso... rs... rs... A gente tinha que usar jaleco, pra dizer que nós

éramos diferentes do paciente, então nós éramos médicos, e eles os pacientes, não eram duas pessoas... Entende? Então isso ficava muito claro, o máximo que podia dar era a mão, não podia abraçar, ele disse tudo isso pra gente... (POSEIDON).

A marca da formação tecnicista-biológica, com as práticas focadas nas ciências exatas, se faz presente também no relato de Eros:

No decorrer da minha, sim, mudou porque quando a gente é novo normalmente a tendência nossa enquanto executores de uma ciência biológica pura, a tendência era negar esses padrões de religiosidade e espiritualidade. Então como um meio de nos mantermos próximos aos ensinamentos exatos da ciência, a gente tende a negar esses aspectos religiosos (EROS).

A formação cartesiana passa por questionamentos, buscando um sentido de ser, na vivência de Hefesto:

...você passa a checar um pouco a sua formação, eu tenho uma formação cartesiana, cientificista, mecanicista, foi assim que eu aprendi medicina, de repente eu vejo que aquilo tudo que eu aprendi, muitas vezes não se resolve absolutamente nada, eu vou checar sim meus conhecimentos, checar aquilo que eu acredito e por que não fazer um novo cabedal de conhecimentos para a minha vida...(HEFESTO).

Palas percebe que não foi incentivada a conhecer o paciente em sua formação, conversar com ele, aproximar-se, notando tal postura vinculada ao papel enraizado de que o médico é para medicar; conversar é para outras especialidades. Segue seu relato:

Eles conversam um pouco sobre isso, mas não são muito abertos não, acho que eles são mais abertos com a psicóloga, sobre esse aspecto religioso. Até com a assistente social que eles põem algum outro problema, menos com o médico, parece que ele não enxerga o médico como uma pessoa que ele possa tratar esse tipo de assunto, ele quer conversar de onde dói, de onde não dói, se dá um remédio, se não dá, e às vezes, a gente também só pergunta disso né, acaba fechando. (PALAS).

Afrodite, ao assumir sua religiosidade, na situação em que vivência, acaba sendo rotulada pelos próprios colegas de profissão. Isso revela que ainda existe uma resistência importante na formação médica. Segue o relato:

E teve uma época que eu andava com um terço no bolso...Agora uma situação engraçada porque eu estava junto de um paciente estava exatamente nessa situação sabe, e conversando que realmente o caso era complicado, de repente eu abaixei e deixei cair o terço, daí os meninos ficaram falando: “Imagina o coitado do paciente?”. Mas foi a visão do colega. Estava a médica falando que esta tudo danado, se a médica que esta falando precisa de um terço, é porque esta tudo perdido, risos (AFRODITE).

- Revelam a formação médica insuficiente: necessidade de uma amplitude de horizontes para a educação para a morte. As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 2, 3, 4, 6, 7 e 8.

... eu posso até falar sem ele saber como estão as situações finais, que daí não vai ter jeito, quer dizer, eu acho que não vai carregar esse peso a não ser que ele peça, isso já aconteceu também, mas ninguém pede, a família tem que estar ciente porque é óbvio que muita gente tem que se preparar, mas não é fácil, nesse momento, pra eles, né... Agora, esse é o pior momento do médico! Porque no diagnóstico, por mais duro que seja fazer um diagnóstico, ele tem alguma chance de cura, ela pode ser não grande, média, ou grande... (APOLO).

Apolo evidencia sua dificuldade para lidar com os momentos finais dos pacientes. Seria muito reducionismo afirmar que somente tal fato faz parte do sentimento de impotência médica; um olhar histórico permite saber que não houve preparo humano para lidar com situações limites.

Poseidon reafirma, no relato abaixo, a necessidade de uma educação para a morte, bem como um aprofundamento no conhecimento das questões subjetivas dos pacientes, inclusive nas situações que requerem um diagnóstico diferencial:

O câncer é uma doença bastante, que tem um significado cultural particular em relação às outras doenças eu acho, no sentido que esta muito associado à idéia de morte, a idéia de castigo, a idéia de alguma coisa terrível que esta acontecendo comigo, que eu não vou sobreviver... É, a grande falha que eu acho é o médico não tem essa formação um pouco mais aprofundada... Porque é o seguinte, se o paciente tem um “piti” na sala da frente, você tem que chamar um psicólogo... Daí o “piti” seria uma coisa mais clínica, talvez precise medicá-lo... (POSEIDON).

Artemis revela que a morte já foi algo muito temido no círculo médico, incluindo o tabu de verbalizar a palavra:

...na realidade a gente lida muito com a morte, então, este é um tema que no começo assustava demais mesmo os médicos, que também tem esse medo da morte, cada um lida com a morte de uma maneira, e nem precisa ser com a morte, com a doença em si, quando a gente fala de câncer, uma coisa que dá assim muita apreensão, muita angustia, muito medo, só de você falar a palavra. (ARTEMIS).

Hefesto sente-se mais confortável ao relatar a possibilidade de morte tendo encontrado um meio de lidar com ela; no entanto, reconhece que é preciso aprendizado:

...eu não me desespero com a dor do meu paciente, eu procuro estar ajudando, eu não vou me desesperar com a dor daqueles que mais amo, é aquela coisa amar a vida e saber se preparar para morte, é visualizar a morte e valorizar a sua vida, acho que isso a gente tem de aprender sim. (HESFESTO).

Palas acredita que a dificuldade de lidar com a morte é um comportamento cristalizado do médico, evitando, dessa forma, abertura para um diálogo aprofundado, esconde-se na pressa do atendimento:

Eu acho que tem a ver com o médico, isso é do médico, não do doente, isso é do comportamento do médico, do tipo de pergunta que a gente faz pra ele, de como a gente se comporta que não dá abertura. Porque se você perguntar ele fala. Então não é que ele não queira falar isso pra você, ele acha que não é uma coisa pra falar com você porque você nunca perguntou sobre isso, está sempre com pressa (PALAS).

A colaboradora complementa que a postura de super-herói, geralmente assumida no início da profissão, não prepara o profissional para as perdas, limites e frustrações, inerentes a qualquer prática de cuidado:

a gente tinha acompanhamento psicológico no primeiro ano para lidar com isso, porque você sai da faculdade super-herói, nossa tudo de bom vai acontecer, e daí você tem de aprender a lidar com a frustração, de ter doente grave, de seu doente morrer, de você ter tratado e não ter adiantado, pelo menos não ter adiantado porque você achava que era o tratamento, risos (PALAS).

Afrodite evidencia a dificuldade de lidar com a morte em dois extremos:

Você entra naquele estágio que a gente vê assim, a pessoa ser super fria, não está nem aí com o problema dos outros, ou a pessoa entra em depressão e desiste da especialidade, porque não dá conta, ela gruda e carrega aquilo tudo para ela (AFRODITE).

Para Heidegger, o cuidado autêntico não se configura somente a partir de experiências positivas, mas também pode colocar o ser-aí em contato com suas dificuldades e barreiras no cuidar, desde que a postura se mostre envolvente, caracterizando autenticidade.

- Vislumbram diferentes caminhos de integração entre ciência e religião, na prática médica.

As unidades de significado correspondentes a esta sub-categoria encontram-se nos relatos dos colaboradores: 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Poseidon integra a ciência e religião a partir da referência dos rituais:

...então o cara passa de uma maneira inteira, então muitas coisas vão ser tocadas lá dentro, se você vai ver aqueles índios lá que enfiam a mão no formigueiro, pra nós ele vai ficar cheio de picadas mas pro menino ele superou a dor, ele superou a infância, quer dizer...O que é a transformação...(POSEIDON).

Artemis refere a responsabilidade e respeito à postura do paciente, revelando a construção de um cuidado autêntico:

Eu também acho que o paciente também tem o direito de não tratar, antigamente eu não aceitava isso, muitas vezes ele fala: “Não, Cristo me salvará, não quero tratar, é um direito que ele tem, e eu aceito isso hoje, contanto que ele esteja a par de tudo que esta acontecendo com ele caso ele não queira tratar, pacientes idosos com cirurgias grandes, alto risco que não querem tratar eu apoio plenamente. (ARTEMIS).

Eros conseguiu encontrar uma inter-relação, por meio de sua experiência de vida. Explica a importância, através da sua historicidade, de não haver a dissociação entre ciência e religião:

E no decorrer da vida eu entendi que não adianta querer desvincular, dissociar esses dois aspectos, acho que no futuro isso será também visto, acho que ao contrário da inquisição é que religião e cientificismo podem ocorrer simultaneamente, lado a lado, então esse tempo todo que eu vivi que, confrontava as crenças com a realidade da ciência eu aprendi a enxergar um inter, uma área de interseção (EROS).

Hefesto compreende, em sua prática médica, os dois aspectos, caminhando juntos, em um *ser-com*:

Acontece quando você tem uma pessoa que esta com dificuldade para morrer, você vê que ela esta sofrendo, é um sofrimento muito grande porque ela não consegue se desvencilhar daquilo, não poucas vezes acompanhando o doente nos seus últimos meses de vida eu me peguei numa postura contemplativa de oração para facilitar essa energia que flui no mundo todo, que é o que eu acredito que é a nossa matéria-prima digamos assim, ajude ele de uma forma positiva naquilo que ele mais precisar, então

com certeza isso acontece durante todo o tempo, eu não consigo ver isso separado em toda a minha prática. (HEFESTO).

Palas escolheu, aproximar-se dos cuidados paliativos para melhor compreender a integração com o paciente, a família e a equipe. Essa busca se dá no mundo circundante:

...isso eu aprendi a lidar com isso na época que eu estava no último ano de residência, e daí eu falei que vou passar 1 mês com o pessoal dos cuidados paliativos, lá vendo como eles conversam com os doentes, nossa, os meus colegas falaram: você é louca! Pra que? Eu quero estudar... Mas pra que? Vai fazer outro estágio, vai fazer um mais legal. ! E daí eu gostava de ir muito nisso, de ver como que eles conversavam com a família e era legal que tinham três médicos, e eles dividiam o aspecto religioso com os pacientes (PALAS).

Afrodite, em dois momentos de integração, na relação com o paciente e no diálogo com outro membro da equipe profissional, elucida a importância de trabalhar a crença do paciente. Para Heidegger é preciso *ser-com* para compreender o outro. Seguem:

È agora que Deus esta querendo ver cadê a sua fé, cadê o tamanho dela, de acreditar, você não acredita Nele? Ele esta mostrando para você com todos os exames, que esta tudo bem, para você ficar tranqüila a ter fé que as coisas vão ficar bem. Não sei se resolveu, mas pelo menos eu acho assim, até comentei com a psicóloga para a gente começar a trabalhar esse lado assim (AFRODITE).

Até com a gente eu penso nessas situações, em que a gente esta muito ocupada, não dá tempo de rezar, de ir na missa, de fazer não sei o que, mas é só aparecer um problema que te acalma, é a religião. E assim problemas pequenos quando tudo esta dando errado, ai penso, calma, vamos rezar que as coisas vão dar certo (AFRODITE).

Dentre as especialidades médicas, a oncologia configura-se enquanto uma disciplina desalentadora, colocando o profissional no limite de suas possibilidades de *ser-com* o paciente, cotidianamente, até a finitude. É necessário ressaltar a maneira como os

colaboradores conseguem processar o luto diário, pelas perdas e frustrações, de forma a conseguirem transcender o inóspito e manterem-se íntegros na prática. Alguns encontraram na integração: *ciência e religião*, o caminho para elaborar o luto, como forma de permanecer na oncologia.

No momento que eles se percebem no limite de suas práticas, ao tomarem uma decisão difícil, na perda de um ente querido, eles buscam apoiar-se no místico, que ora pode ser um ente divino, ora pode ser uma crença dentro de si próprios, mas buscam por uma força divina que os acalente nas dificuldades.

8. O desvelar dos sentidos da religiosidade no cuidado na relação médico-paciente.

São muitos os aspectos a serem compreendidos nas vivências que se apresentam. Lanço um olhar amplo sobre as unidades de significado que emergiram dos relatos dos colaboradores, configurando uma breve síntese dos aspectos mais significativos para o cuidado na relação médico-paciente.

Acredito que os médicos podem ou não ter sua religiosidade desenvolvida em seu mundo próprio, mas também vale aduzir que, no cuidado, ela vai ao encontro do mundo do outro, estando interligada às posturas de cuidado, não sendo possível uma neutralidade. O *ser-ai* é sempre *ser-com-o-outro*, ou seja, um ser que, em sua relação com os outros vivencia possibilidades e facticidades do seu existir, intrinsecamente co-relacionadas, mutuamente influenciando-se.

O cuidado que vem sendo prestado atualmente, nas instituições de saúde, traz a herança técnico-científico, o cuidado focado nas práticas protocolares que, ilusoriamente, “protegem” o profissional da oncologia do desalento decorrente da proximidade com o paciente. Tal postura se mostra demasiadamente comprometedora, pois exclui a participação do paciente que é cuidado, espaça a subjetividade presente no encontro e desconsidera o acolhimento humano.

Em contrapartida, os colaboradores desta pesquisa, apesar de carregarem a marca positivista de sua formação, mostraram-se sensíveis e com o olhar aberto às novas práticas. Estão ampliando sua visão do cuidado, valorizando a subjetividade, o que inclui a dimensão da religiosidade e, concomitantemente, percebendo a necessidade de integrá-la em seu encontro com o paciente, caracterizando um cuidado humano.

Novos modos de cuidar estão surgindo, aliados a uma mudança de paradigma, incluindo a subjetividade da pessoa e o respeito pela sua religiosidade. Dimensão do *ser-aí* que, se bem manejada pelo profissional, torna-se excelente aliado na luta contra as adversidades e sofrimento, provenientes do adoecimento.

O cuidar solícito é compreendido no modo como estamos *cuidando-com*, juntamente com nossa compreensão dele; assim, o outro é, de imediato, desvelado na solicitude cuidadora (HEIDEGGER, 1981). Os colaboradores revelaram praticar a solicitude no cuidado de maneira genuína, valorizando a singularidade do existir da cada pessoa, suas crenças e verdades, possibilitando sua participação efetiva no cuidado. Postura sadia, esta, que não causa dependência para quem é cuidado, mas sim autonomia frente às decisões tanto de seu *pro-jeto* de vida, quanto de morte.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender a pessoa doente a partir de outra perspectiva, para além de simples depositário das ações de saúde, como sujeito, cidadão, que traz, para os espaços das instituições, seus desejos, medos, sofrimentos e esperanças, ou seja, seu singular modo de vida (BOEMER; CORRÊA, 2004).

O cuidado, para os médicos, vem se despidendo da roupagem de onipotência, abrindo espaço para o cuidado autêntico, que considera as fragilidades e impotências de todo *ser-aí*. A formação médica vem revelando facetas de horizontes para novos conhecimentos. Tal postura divide a responsabilidade de quem cuida com quem é cuidado, configurando uma relação: Todo *ser-aí* é, necessariamente, *ser-com*.

Requer-se do médico uma mudança de postura no sentido de empreender a autenticidade no cuidar, reconhecendo suas tarefas e limitações, incentivando a participação efetiva do paciente, transformando, desse modo, a relação com o paciente, auxiliando-o a tornar-se um sujeito de ação, responsável e autor de sua vida.

Boemer; Corrêa (2003) sugerem que a apropriação de alguns alicerces filosóficos pode ampliar as possibilidades de compreensão-interpretação da realidade vivida no cuidado, evitando que tomemos decisões muito reducionistas em relação ao nosso fazer, segundo uma postura marcada pelo cientificismo.

Na contemporaneidade, o cuidado esta acontecendo na atualidade de modo robotizado, mantendo um mínimo de contato com o doente, mostrado um modo de ser que recai na impessoalidade. Sob perspectiva Heideggeriana, o Ser tenta *ser-aí* com a maior distância possível do outro, configurando um cuidar estratificado, pelas partes. Um cuidador que não existe de maneira integral com seu objeto de cuidado, não pode tecer um olhar integral e ao menos compreender o que se passa na situação que emerge.

Nesta perspectiva, não ocorrerá a “cura” para Heidegger. O cuidado carrega o sentido de cura (*sorge*), de responsabilidade pelo que faz e comprometimento com sua existência no mundo (FEIJOO, 2000). Desta maneira, se o cuidado não ocorre, a cura não existe; conseqüentemente, o médico não exerce sua função em plenitude.

Outra faceta que se revela neste estudo são os modos de existir destes cuidadores diante da finitude com que se deparam: alguns continuam agregados aos rituais religiosos, como missas, velórios e práticas de rezas como forma de elaboração do luto que vivenciam cotidianamente. Conservam a dimensão pública do evento morte. Outros mostram-se segundo uma postura mais contemplativa diante de um Deus interno, cultivando a religiosidade em seu mundo próprio, sem freqüentarem rituais.

Outros colaboradores configuraram o olhar revelando Deus como a energia de justiça, englobando todas as ações e pessoas, o que abrange todo o mundo circundante da pessoa, incluindo o mundo próprio e o mundo de relações. Configura-se como forma de

elaborar a angústia diante da finitude, buscando um sentido de conforto na prática oncológica.

Teixeira (2005) considera que o essencial compromisso com os outros, com sua causa, ganha profundidade e enriquece a pessoa quando acompanhada do exercício espiritual. O amor pelo outro engrandece na medida em que é alimentado pela experiência de gratuidade do Mistério que nos acompanha em toda a vida. Esse autor considera ainda, que a gratuidade circunscreve toda busca e ações libertadoras, essenciais para o processo de aproximação e encontro pleno com os outros, conferindo-lhe verdadeiro significado, sendo próximo o caminho para chegar à Deus, configurando uma verdadeira comunhão com o outro.

Com relação à presença do divino no tratamento, vale salientar que os colaboradores, em sua maioria, acolheram a necessidade do paciente *ser-com-o-divino*, nos diversos momentos, ao longo do tratamento. Embora alguns médicos tenham referido não se sentirem confortáveis, questionando o valor científico das práticas religiosas, não mencionam oposição às mesmas. Tal fato suscita-me reflexões no papel de acolhimento que o aspecto religioso possibilite.

Estará faltando preparo na formação médica? Ou, dialeticamente, faltando acolhimento, por parte do profissional, considerando-se o individualismo de nossa era?

9. Caminhos possíveis

No escopo da religiosidade

Os colaboradores da pesquisa revelaram aspectos importantes de seu mundo-vida, mostrando-se espiritualizados. Apresentaram suas crenças religiosas, espirituais ou de fé; conseguiram fazer a distinção entre cada um dos conceitos, como apresentado no capítulo teórico.. Configuraram suas visões de vida e de morte, bem como os recursos dos quais fazem uso, na prática médica e na vida pessoal, seja para elaboração das perdas e frustrações ou para a compreensão das relações com os pacientes.

De maneira geral, abordaram aspectos de uma religiosidade interna, na qual descobriram um modo de ser próprio com o divino; poucos sentem necessidade de freqüentar rituais. É interessante destacar que, ao relatarem sobre suas vivências, todos os colaboradores fizeram um percurso em sua historicidade, resgatando as primeiras influências da infância, de familiares. Questionaram as experiências religiosas na adolescência e conseguiram significar a escolha na vida adulta, conforme o desenvolvimento religioso, citado por AmatuZZi (2004).

Revelaram uma nova religiosidade, preocupada com o sentido da vida e das suas adversidades, do adoecimento e da morte. Parece surgir um novo paradigma, no qual os médicos questionaram a matéria, a biologia, o limite dos medicamentos e o próprio alcance da ciência. Deus passou a ocupar um novo lugar no saber, antes hegemônico da medicina. No entanto, estão construindo esse novo paradigma, que tem consideração pela existência do outro, valorizaram sua participação no cuidado.

Falamos de um paradigma em construção, pois até a pouco tempo, a educação médica incentivou justamente o contrário, o distanciamento do paciente, oriundo tanto da divisão cartesiana quanto dos mecanismos de defesas adquiridos ao longo dos anos como recurso para lidarem com suas dificuldades no contato com os pacientes.

Para Klafke (1991), fica evidente que os mecanismos de defesa, utilizados pelos médicos, sem dúvida os protegem de entrar em contato com sentimentos desagradáveis, tais como impotência diante da vulnerabilidade, medo da morte, insegurança gerada pelo temor de fracassar, raiva, culpa, precipitando o contato com a própria mortalidade. No entanto, defender-se de seus próprios sentimentos perante a morte, os impede, muitas vezes, de reconhecer os sentimentos dos pacientes (medos, incertezas, impotência, raiva, culpa, entre outros), empobrecendo as possibilidades de uma sintonia emocional, base para uma compreensão empática.

Acrescento, neste ponto, a discussão acerca da configuração das relações na atualidade, mostrando a fragilidade dos laços afetivos e do próprio encontro com o outro ser que se afasta do contato afetivo em prol do imediatismo das relações instantâneas, líquidas. Somado à cultura consumista como a nossa, a qual favorece o produto pronto para uso imediato, o prazer passageiro, a satisfação instantânea com resultados que não exijam esforços prolongados (BAUMAN, 2004). Desse modo, percebo que não há tempo nem espaço mental para pensar e construir valores que direcionem nossa visão de mundo; tais valores chegam prontos e embalados para consumo imediato, evitando, assim a possibilidade de reflexão, própria de cada ser.

Percebo que vivemos em uma sociedade que busca o imediato, atropela a temporalidade de cada ser e para ser aceito, a pessoa faz parte da massa que, por seu lado, responde com os valores da coletividade, perdendo-se gradualmente do cerne de seu ser e sua autenticidade. Talvez esse contexto explique a dificuldade do homem moderno interessar-se pelo outro e seus sentidos.

Neste contexto individualista, a religião pode desempenhar inúmeros papéis, às vezes paradoxais: terapêutico, por natureza, pode ajudar o homem a ser lançado ao encontro com o

seu ser, buscando um significado singular da experiência. Pode levar o homem a ter uma religião de forma a ser aceito na coletividade dos valores preconizados pela sociedade e, ainda perdido no desespero, o homem busque um refúgio e mergulhe na religião, de forma fanática sem atribuir significado próprio.

Num momento marcado pela indiferença frente ao sofrimento alheio e pelo desgaste dos valores humanos, como a compaixão pelo próximo, há uma necessidade premente de retomada de uma sensibilidade espiritual, da valorização da doação, da simpatia e da cortesia para com o próximo. É preciso recuperar nossa visibilidade sensível para captar a presença convidativa do mistério como eterno descobrimento e meio de crescimento do ser humano. Este revela o outro lado das coisas, desoculta um coração capaz de alegria, cuidado e solidariedade, nos convidando ao significado de um novo sentimento (TEIXEIRA, 2005).

A religião passa a ter seu potencial vinculado à recuperação. Nesta vertente, o intuito não é evitar o sofrimento, mas saber como enfrentá-lo, visando diminuir a dor física e os sentimentos de derrota frente ao mundo. Portanto, é de suma importância compreender o significado que a dimensão religiosa tem na vida do ser humano, quando este se encontra adoecido, uma vez que a enfermidade desperta esta busca diante do sofrimento (CORREA, 2006).

Correa (2006) reflete que as ciências e as questões referentes à tecnologia da saúde moderna, como a intervenção do sagrado, tentam resolver os problemas das enfermidades das pessoas. Evidenciam a necessidade de um mundo espiritual, em que o fenômeno religioso esteja presente no cotidiano, compondo o ser humano e sua visão de mundo, proporcionando visibilidade de dois campos e universos do saber muito próximos: a medicina e a religião ao considerar a pessoa doente.

No escopo da educação e prática médica

Notou-se, nos relatos dos colaboradores, uma abertura para a compreensão da dimensão religiosa do paciente; no entanto, a fazem com muita dificuldade e ambigüidade quanto às condutas a serem tomadas. É uma nova postura médica que precisa de bases seguras para se solidificar, porém encontra-se em momento inicial, na construção de um novo paradigma, que inclua a religiosidade. O relato de Eros estampa uma situação comum, em debates éticos:

Eu tenho uma grande dificuldade com isso até hoje nisso, é real, em relação à transfusão de sangue e pacientes testemunhas de Jeová, isso talvez seja o crucial ainda, talvez no que tange entre o tratar e o deixar o paciente viver segundo a sua crença, porque agride muito o nosso cientificismo, porque é matemático, se não tem sangue não vive, mas ainda assim há o que se negociar, não dá pra você confrontar que você vai sempre perder (EROS).

Alguns currículos médicos vêm agregando a capacidade reflexiva e compreensões ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente. Entretanto, em estudo recente, desenvolvido por Quintana *et al* (2004), sobre a humanização e estresse na formação médica, encontrou os professores incentivando os alunos a reprimirem os sentimentos aflitivos, com vistas ao desenvolvimento de uma “calosidade profissional”. Postura que, de acordo com os docentes, fornecer-lhes-ia suporte para o enfretamento de situações angustiantes. Outra justificativa dada pelos docentes, para o desconforto dos alunos, apóia-se em duas causas biológicas: falta de preparo e alimentação inadequada; são elas que levam o aluno a “fazer hipoglicemia” no início das situações difíceis. Os alunos confirmaram, nos relatos, não havido espaço para a reflexão em sua formação.

Angerami (2002) esclarece as posturas, comumente adotadas pelos profissionais da saúde, diante da doença e do doente, dentre elas, a calosidade profissional: após anos de prática, o profissional apresenta uma indiferença total para com a dor do paciente ou do familiar. Existe a necessidade de se criar um invólucro que o proteja do sofrimento emocional.

Klafke (1991) afirma haver médicos que sentem dificuldade em falar sobre o trágico com os pacientes; médicos que disseram que falar ou não depende de alguns fatores e médicos cujas respostas foram ambíguas. Segundo a autora, falar ou não da morte com pacientes terminais depende das características de personalidade dos médicos. O medo inconsciente da morte pode impedir o profissional de conversar sobre ela com os pacientes e familiares.

O sofrimento, impotência e insegurança do profissional de saúde coexistem de forma velada, na medida em que há um tabu de que expressá-los pode levar a uma desqualificação profissional. A constante negação das dificuldades coloca o profissional em um estado de estresse, sem via de expressão possível. Para Bertoletti; Cabral (2007), o papel do cuidador se caracteriza pelo processo contínuo de construção de vínculo com o paciente, para que o ato de cuidar se torne possível, mesmo incluindo recorrentes perdas por mortes ou devido à alta do paciente.

Com o avanço tecnológico da medicina, a morte passou a ser vista como erro e fracasso médico, profissional este capacitado para salvar vidas. Em tempos antigos, o médico tinha, como meta, cuidar e trazer alívio para o paciente; nos tempos modernos não há tempo para isso, pois está ocupado em derrotar a morte. E na outra esfera, o paciente foi banido de sua consciência de morte pela aparelhagem que assume o controle; substituindo a presença confortadora do médico há os monitores observam esses pacientes, externa e internamente,

mas que não trocam palavras ou afeto. Configura-se a conhecida conspiração do silêncio que, ilusoriamente, protege a todos do lidar com a morte (KOVÁCS, 2003).

Amatuzzi (2007) menciona a possibilidade de um adequado manejo da experiência religiosa quando se tem o intuito de tornar presente à experiência naquilo que ela tem de significativo para a pessoa e não no sentido de desmascaramento, correndo o risco de camuflar uma fonte de dinamismo fundamental do homem, portanto no sentido de resgate das inquietações existenciais, que se mostram pelas questões trazidas pela pessoa ou pelo grupo que busca por ajuda.

Mello Filho (1992) relembra que o médico das sociedades tribais era quem fazia o intermédio entre os deuses e os mortais. Seu poder era maior que o do próprio chefe, reforçando a fantasia arcaica da ambição do ser humano pela divindade. Neste contexto de reforço do heroísmo é necessário ter cautela para que os médicos não se comportem como deuses.

O acolhimento, função terapêutica por natureza, pode ser exercido por todo e qualquer ser humano, disposto a compartilhar afetos. Para a audição atenta das dores e inquietações da pessoa da qual cuidamos, a formação pode ajudar; entretanto, se não houver disponibilidade interna de escuta, nada acontece, a não ser o encobrimento do profissional, diluindo-o em posturas inadequadas de cuidado.

Mello Filho (2002) atenta à função terapêutica que pode o médico exercer com seu paciente, baseado no Grupo Balint. Com uma atitude pautada na interação, o autor atribui a esse fenômeno o nome de “função apostólica” do profissional, ou seja, seu desejo de ser útil, usando o bom senso e esclarecendo situações para o paciente.

Kovács (2003) sugere a criação de espaços de discussão sobre morte para o público leigo; espaços de luto para os profissionais de saúde, refletirem sobre perdas e mortes nos

hospitais; grupos multidisciplinares, para discussão de temas envolvendo bioética no hospital, e educação para os meios de comunicação para divulgação adequada da morte.

Segue o relato de um colaborador, evidenciando a carência de espaços para reflexões, no início da formação:

quando você é jovem, você tem aquele espírito, não sei se você nota isso na sua área, mas creio que você vai ver também, mas eu chamo isso de pós-adolescente, que é aquele com ofuror, que trabalha como um doido, não tem cansaço, mas eu acho que naquela época você para pouco para pensar, associar, para sentir o paciente, até espiritualmente, claro que você percebe sentimentos, mas naquela época você não metaboliza muito. Aqui eu pergunto tudo, falo de tudo, sei tudo do cachorro ao papagaio, paciente meu eu conheço detalhes do que faz (APOLO).

Pessini (2004) elucida a importância da reforma do currículo, propondo aos estudantes como cuidar de pacientes que apresentem demandas às questões relacionadas com o adoecimento, a saúde, a fé e a cura, além do crescente número de pacientes que solicitam orações aos seus médicos. Neste sentido, Deus, que fora banido da prática clínica, passa a ser valorizado.

Macieira (2004) traduz o ato de fé na humanização do cuidado como uma postura de estabelecer confiança sólida entre os envolvidos; independentemente de religião, pois não basta o paciente ser cuidado pelo melhor médico ou cirurgião, além da crença na eficácia do tratamento, importa que ocorra um vínculo verdadeiro e interessado pelo paciente.

É preciso acreditar na possibilidade da transformação do currículo médico e de outros profissionais da saúde; de que novos paradigmas anunciem a promessa de genuínos rumos que estão por vir na humanização no cuidado. Atualmente, o profissional de saúde está cada vez mais consciente da necessidade de mudança e ciente de sua enorme responsabilidade à frente do processo de transformação social. Faz-se necessário um repensar das práticas de

saúde, nos moldes de *ser-com*, incluindo os usuários dos serviços na plenitude de suas potencialidades e no respeito às suas limitações, dando voz e vez às suas necessidades bio-psico-sociais e espirituais. Não existe uma melhor maneira de caminhar nessa direção. É preciso apenas sabedoria para começar de algum ponto, mais sensível às mudanças.

Na interface medicina, psicologia e religiosidade

Os participantes revelaram a compreensão da importância de Deus como facilitador para o enfrentamento da adversidade do adoecer e, paralelamente, revelaram que também buscam e confortam-se em sua relação com a espiritualidade e o transcendental.

Faria e Seidl (2005) destacaram o papel da religiosidade no enfrentamento do processo saúde-doença. Ressaltaram a importância dos médicos conhecerem as diferentes manifestações religiosas das diversas crenças, não as rotulando como “enfermidades mentais”, como outrora, nos manuais de psiquiatria. Elas compreenderam a religiosidade como parte do sistema de crenças, ou seja, de crenças da pessoa, considerando que pode afetar a saúde por intermédio da psiconeuroimunologia. Esta se caracteriza como uma possível hipótese, nessa abordagem, das influências positivas das crenças religiosas nos estados de saúde, especialmente nas enfermidades relacionadas ao sistema imunológico, como o câncer.

Para Macieira (2004), o profissional que reconhecer a energia curativa presente no outro, proporcionara a criação de um sólido vínculo terapêutico de responsabilidades compartilhadas. Desta maneira, mais que um detentor de técnicas, conhecimentos e procedimentos, o potencial de agente de cura se transforma em co-terapeuta, favorecendo a autonomia e desenvolvendo, no outro, a força e o entusiasmo pela sua própria vida. Esta

relação desperta nossas próprias capacidades auto-curativas, daquilo que há de sadio em nós, de nossa essência enquanto ser humano atento a outro ser humano.

O respeito à autonomia do paciente deve estender-se aos seus valores, incluindo as crenças religiosas, as quais não podem ser desconsideradas diante do tratamento proposto, sobretudo, pelos profissionais de saúde. Acredita-se ser possível prover um tratamento compatível com suas crenças, sem implicações para a ética médica. Os valores religiosos podem constituírem-se em força positiva para o conforto e recuperação do paciente se ele estiver seguro de que seus valores são considerados, ou seja, a sua pessoa como um todo (SOUSA; MORAES, 2006).

Na produção de conhecimento para os cursos de graduação e pós-graduação

O intuito maior do estudo reside na possibilidade de despertar e construir um novo olhar sobre a compreensão da vivência de religiosidade enquanto presença na relação com o paciente. Espera-se que esta pesquisa, além do cunho investigativo, possa levar os profissionais ao questionamento e à reflexão, fazendo-os sentirem-se capazes de gerar novas propostas de atendimento, com um potencial transformador.

Considerando que a educação permeia toda e qualquer ação humana, podemos vislumbrar filosofias educacionais que envolvam os resultados desta pesquisa e os modos de *ser-com* e suas implicações para o cuidado e o existir autênticos.

Este conhecimento poderá fornecer subsídios para o planejamento de estratégias de intervenção e/ou suporte psicológico a serem implementadas junto à equipe para uma atuação compreensiva dos profissionais de saúde, que contemple suas necessidades de elaborar questões existenciais, em particular as que se situam na esfera da religiosidade.

Considerações finais

Ao leitor que veio nos acompanhando no decorrer dos velamentos e desvelamentos das vivências de religiosidade dos médicos no cuidado com os pacientes, algumas considerações complementares fazem-se necessárias.

Inicialmente destaco a dificuldade de discutir as categorias envolvendo os sentimentos de dor, morte, do fim, da transcendência. Foram necessários alguns silêncios, suspiros, interrupções, elaborações...

Consegui perceber e surpreender-me com seus relatos, mesmo com todos os receios e dificuldades de acesso que, ocorreram ao longo do percurso. O trabalho proporcionou-me aproximação ao universo médico: angustiante, estressante, dolorido e acima de tudo, edificante. Percebi que tivemos um caminho em comum na relação com o paciente, houve abertura, mas fica um quê de marca científica: será que posso? Será que é certo?

Penso que aproximar-se da religiosidade é entrar numa proximidade subjetiva do paciente que nos desalenta, pois a nossa está ainda por ser construída, talvez com mais ceticismo e dificuldades porquê somos marcados pela ciência, em nossa formação.

No início tive muita dificuldade em conseguir os colaboradores para as entrevistas e pensei que não seria nada fácil. Entretanto, quanta surpresa! Foi gratificante, a sensação de sentimento compartilhado.

No desenvolvimento do método, segundo a ontologia de Martin Heidegger, a iluminação: eu estava fazendo um caminho compreensivo, um pensar existencial e, mais, no tocante à minha própria vida. Como uma porta de conhecimentos que se abria, atravessei com dificuldade, mas, já não era possível voltar ao mesmo ponto.

A angústia invadiu-me e precisei me distanciar um pouco do trabalho e escrever artigos a respeito. Foram capítulos para respirar e ressignificar o que os relatos me mostravam: sofrimento, angústia, insegurança e impotência; tudo que eu vivenciara na elaboração do *pro-jeto* de pesquisa, retornava. Precisei ser compreensiva comigo para, depois, ser compreensiva com os participantes.

Refleti muito sobre os sentidos da religiosidade e do transcendente. Não frequento rituais, tenho uma espiritualidade própria, denomino-a como “sétimo sentido”, que, às vezes me coça e, inevitavelmente, ilumina-me, conforta, e questiona. O “sexto sentido”, conhecido como intuição, é sentido, é intencional, às vezes racional. Não, não é este que, segundo o senso comum, traz a percepção de algo não esperado. O sétimo sentido é maior, tem energia, envolve outros e une.

Foi, compreendendo a transitoriedade da vida, que descobri conforto, estar no presente e fazer o melhor possível. Aqui, entrego a vocês leitores, um pouco daquilo que acredito ser um caminho possível: olhar, sentir, refletir e aproximar-se, com afeto à todos aqueles a quem quais cuidamos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.8, n.15, p.375-380, mar./ago. 2004.

AMARAL, M. T. C. Arte significando vivência de médicos que cuidam de crianças com câncer. In: VALLE, E. R. M.; CAPPARELLI, A. B. F.; AMARAL, M. T. C. (Orgs.). **O cuidar de crianças com câncer: visão fenomenológica: vivências dos médicos que cuidam de crianças com câncer**. Campinas-SP: Livro Pleno, 2004. p.147-228.

AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Orgs.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Editora Alínea, 2003.

_____ O desenvolvimento religioso: uma hipótese psicológica. **Estudos em Psicologia**, v.17, n.1, p.15-30, jan./abr. 2000.

_____ Posições religiosas ao longo do desenvolvimento humano. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Vanguarda em psicoterapia fenomenológico existencial**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p.113-140.

_____ Uma aproximação fenomenológica à experiência religiosa. In: ARCURI, I. G.; ANCONA-LOPEZ, M. (Orgs.). **Temas em psicologia da religião**. São Paulo: Vetor, 2007. p. 209-217.

ANCONA - LOPEZ, M. Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas. In: MASSIMI, M.; MAHAFOUD, M (Orgs.). **Diante do mistério: psicologia e senso religioso**. São Paulo: edições Loyola, 1999.

_____ A espiritualidade e os psicólogos. In: AMATUZZI, M. M. (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.147-159.

ANDRADE, C. D. **Corpo**. 18. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ANGERAMI, V. A. **Temas existenciais em psicoterapia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e construção das práticas de Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BARBOSA, A. K. P. **A família da fé em tempos modernos: uma interpretação sobre a constituição familiar, relações de gênero e sexualidade entre presbiterianos**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, 1999.

BAUMAN, Z. **Amor líquido, sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. **O mal estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BELLO, A. A. **Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião**. Bauru, SP: EDUSC, 2004.

BERTOLETTI, J.; CABRAL, P. M. F. Saúde mental do cuidador na instituição hospitalar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.23, n.1, p.103-110, 2007.

BICUDO, M. A. V.; ESPÓSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba: UNIMEP, 1994.

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

BOEMER, M. R.; CORRÊA, A. K. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: BRANCO, R. F. G. R. (Org.). **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003. p. 263-269.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Editora Porto, 1997.

BRANDÃO, L. **Psicologia hospitalar: uma abordagem holística e fenomenológico-existencial**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BREITBART, W. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.1, jan./mar. 2003.

BROMBERG, M. H. P. F. Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe, pacientes e famílias. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Psico-oncologia no Brasil: regatando o viver**. São Paulo: Summus editorial, 1998.

BRUNS, M. A. T. A Redução fenomenológica em husserl e a possibilidade de superar impasses da dicotomia subjetividade-objetividade. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Orgs.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Editora Alínea, 2003.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.192-197, out. 1994.

_____. **Método fenomenológico**. In: HEGENBERB, L. (Org.). **Métodos**. São Paulo: E.P.U., 2005.

CAPPARELLI, A. B. F. As vivências do médico diante do diagnóstico do câncer infantil. In: VALLE, E. R. M.; CAPPARELLI, A. B. F.; AMARAL, M. T. C. (Orgs.). **O cuidar de crianças com câncer: visão fenomenológica: vivências dos médicos que cuidam de crianças com câncer**. Campinas, SP: Livro Pleno, 2004. p. 83-146.

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

CARVALHO, M. M. M. L. (Org.). **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Porto Alegre, v.9, n.16, p.161-177, 2005.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1998.

CORETH, E. **Questões fundamentais da hermenêutica**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1973.

CORREA, D. A. M. A importância da religião na vida do ser humano doente. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, p.8-8, jan. 2006.

COUTINHO, B. B.; TRINDADE, Z. A. As representações sociais de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. **Psic**, v.7, n. 1, p.9-18, jun. 2006.

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

DARTIGUES, A. **O que é a fenomenologia**. Eldorado, 1973.

DEBUS, M. **Manual para a excelência em la investigacion mediante grupos focales**. Washington: Health Com Agency for International Development, 1994.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. **Handbook of qualitative researsh**. Thousand oaks: Sage Publications, 2000.

ELIADE, M. **O sagrado e o profano**: a essência das religiões. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EPELBOIM, S. Identidade judaica: considerações psicológicas acerca da dimensão religiosa. **Estudos de Psicologia**, Campinas - SP, v 23, n 1, p.47-54, jan./mar. 2006.

EPSTEIN, M. D. G. **Imagens que curam**: guia completo para a terapia pela imagem. Campinas: Livro Pleno, 1989.

ERTHAL, T. C. S. **Terapia vivencial**: uma abordagem existencial em psicoterapia. Petrópolis: Vozes, 1989.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p.381-389, 2005.

FEIJOO, A. M. L. C. **A escuta e a fala em psicoterapia**: uma proposta fenomenológico-existencial. São Paulo: Vetor, 2000.

_____. O estético, o ético e o religioso na contemporaneidade. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Vanguarda em psicoterapia fenomenológico existencial**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 81-112.

FORGHIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, método e pesquisa. São Paulo: Pioneira, 1993.

_____. Aconselhamento terapêutico e espiritualidade. In: ARCURI, I. G.; ANCONA-LOPEZ, M. (Org.). **Temas em psicologia da religião**. São Paulo: Vetor, 2007. p. 319-327.

FRANCO, M. H. P. **Nada sobre mim sem mim**: estudos sobre vida e morte. Campinas. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

GIORGI, A. **A psicologia como ciência humana**: uma abordagem de base fenomenológica. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

GIOVANETTI, J. P. O sagrado e a experiência religiosa na psicoterapia. In: MASSIMI, M.; MAHAFOUD, M. (Orgs.). **Diante do mistério**: psicologia e senso religioso. São Paulo: edições Loyola, 1999.

_____ O sagrado na psicoterapia. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Vanguarda em psicoterapia fenomenológico existencial**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p.1-25.

_____ A vivência religiosa no mundo (pós) moderno. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p.111-125.

_____ Psicologia existencial e espiritualidade. In: AMATUZZI, M. M. (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.129-146.

GOMES, W. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 305-336, 1997.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z. M. A relação médico paciente o cuidado humano: subsídios para a promoção da educação médica. **Revista Brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, maio-ago. 2004.

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

_____ **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Nova Cultural, 2005. (Coleção Os pensadores).

HERRERA, B. S. Dimensión espiritual del cuidado. **Revista Aquichan**, Bogotá, n. 4, p.6-9, out. 2004.

HOLANDA, A. F. Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. F. (Orgs.). **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Editora Alínea, 2003.

HORTA, C. R.; NEME, C. M. B. O papel da fé no enfrentamento do câncer. In: NEME, C. M. C. (Org.). **Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.

INSTITUTO NACIONAL COMBATE AO CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**, 2005. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/cancer>>. Acesso em: 22/04/2005.

KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

KOVÁCS, M. J. Morrer com dignidade. In: CARVALHO, M. M. M. L. (Org.). **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

_____. **Educação para a morte**: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.

_____. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2003.

_____. Psicologia e espiritualidade: cuidados compartilhados. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n. 2, p.246-255, 2007.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAROUSSE. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Ática, 2001.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Estres y procesos cognitivos**. Barcelona: Martinez Roca, 1986.

LOPES, A. A. **Formação e práticas de profissionais da saúde em interação com pacientes oncológicos**. 273 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003.

MACIEIRA, R. C. A fé e o sagrado no caminho da cura. In: MACIEIRA, R. de C. (Org.). **Despertando a cura**: do brincar ao sonhar. Campinas: Livro Pleno, 2004.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989.

MARTINS, J.; BOEMER, M. R.; FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.139- 47,1990.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. 9. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MENEZES, R. A. Etnografia de um hospital de cuidados paliativos. **Revista do Núcleo de estudos e pesquisa em Tanatologia e Subjetividades da UFRJ**, n.1, 2006. (Publicação Eletrônica).

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003. 285p.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

NEME, C. M. B. **Enfrentamento do câncer: ganhos terapêuticos com psicoterapia em Serviço de Psico-oncologia em hospital geral**. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

NUCCI, N. A .G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. 225p.

PAIVA, G. J. Psicologia da religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma (?) disciplina. In: AMATUZZI, M. M. (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.31-47.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (ESCALA CRE): elaboração e validação de um construto. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.10, n.3, 2005.

PARGAMENT, K. I.; KENNEL, J.; HATHAWAY, W.; GREVENGOED, N.; NEWMAN, J.; JONES, W. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal for the Scientific Study of religion**, n. 27, p.90-104, 1988.

PESSINI, L. Espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p.39-84.

PINEZI, A. K. **A vida pela ótica da esperança**: um estudo comparativo sobre a Igreja Presbiteriana do Brasil e a Igreja Internacional da Graça de Deus. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. 247p.

QUINTANA, A. M., RODRIGUES, A. T., GOI, C. M. D., BASSI, L. A. Humanização e estresse na formação médica. **Revista AMRIGS**, Porto alegre, v. 1., n.48, jan-mar,2004.

SAFRA, G. Espiritualidade e religiosidade na clínica contemporânea. In: AMATUZZI, M. M. (Org). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.205-211.

SOUZA, Z. M.; MORAES, M. I. D. M. **A Ética médica e o respeito às crenças religiosas**. Ano. Disponível em: <www.portalmédico.org.br/revista/bio1v6/eticmedica.htm>. Acesso em: 23 maio 2006.

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

TEIXEIRA, F. O potencial libertador da espiritualidade e da experiência religiosa. In: AMATUZZI, M. M. (Org). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.13-30.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÉVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

TETZNER, N. Uma vivência espiritual cristã em pessoas com câncer. In: AMATUZZI, M. M. (Org). **Psicologia e Espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.213-216.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VALLE, E. R. M. Um estudo das pesquisas psicológicas na abordagem fenomenológica sobre o câncer infantil. In: VALLE, E. R. M. (Org.). **Câncer infantil: compreender e agir**. Campinas: Editorial Psy, 1997.

_____ Psico-oncologia pediátrica: fé e esperança como recursos existenciais. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **Vanguarda em psicoterapia fenomenológico existencial**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p.27-40.

VALLE, E. M. R.; FRANÇOSO, L. P. C. Psicologia e enfermagem: a questão do adoecer. **Revista Psicologia Argumento**, v.15, n.20, p.61-70, 1997.

VALLE, J. E. R. Religião e espiritualidade: um olhar psicológico. In: AMATUZZI, M. M. (Org.). **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. p.83-107.

VALLES, M. S. **Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional**. Síntesis: Madrid, 1997.

YALOM, I. D. **Psicoterapia existencial**. Barcelona: Editorial Herder, 1984.

YAMAGUCHI, N. H O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Introdução à psico-oncologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

WALDOW, R.V. Cuidado: uma revisão teórica. **Rev.Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, Jul. 1992.

WHETSELL, M. V.; FERDERICKSON, K.; AGUILERA, P.; MAYA, J. L. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. **Revista Achichan**, Chía- Colômbia, v.5, n.1, p.72-85, 2005.

WINCK, O. L. A religião na galáxia pós-moderna. **Jornal Universidade - Instituto de Ciência e da fé**, v. 7, mar. 2006. Disponível em: <http://www.cienciaefe.org.br/jornal/ed78/mt06.htm> Acesso em: 14 maio 2008.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Lilian Cláudia Ulian Junqueira, sou psicóloga e aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP.

Sou pesquisadora-responsável de um estudo que tem por objetivo compreender o que significa para o médico a vivência de religiosidade ao lidar com pacientes com câncer.

Essa pesquisa vem sendo orientada pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, psicólogo e docente do referido Programa de Pós-graduação. A partir desse conhecimento produzido poderemos contribuir para a sistematização de informações que subsidiem a formação e qualificação profissional e fundamentem estratégias de intervenção e/ou suporte psicológico para a atuação adequada dos profissionais de saúde, em particular os médicos.

Para isto estamos solicitando sua colaboração. Você faz parte do grupo de médicos que pretendemos entrevistar e gostaríamos de poder contar com a sua participação.

Para participar desse estudo você deve estar ciente de que:

- 1) Sua participação é voluntária e uma recusa não trará qualquer prejuízo.
- 2) Você não será identificado no final do trabalho, uma vez que seu nome será omitido.
- 3) As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente em trabalhos científicos.
- 4) Para participar você deve participar de uma entrevista.
- 5) Caso aceite, você será entrevistado em uma sala reservada, e responderá questões sobre sua vida profissional, sobre a vivência de religiosidade ao cuidar dos pacientes com câncer. A entrevista será realizada em um único encontro e demorará em torno de uma hora. Será audiogravada, para que eu possa ter a certeza de que nada do que você disser será esquecido.
- 6) Não existe nenhum risco significativo em participar deste estudo. Contudo, alguns conteúdos abordados pela pesquisa podem trazer algum tipo de desconforto psicológico. Em função disso, será oferecida a possibilidade de usufruir de atendimento psicológico com o profissional psicólogo.

- 7) Você é livre para desistir da participação no trabalho a qualquer momento. Caso não se sinta à vontade com alguma questão, você pode deixar de respondê-la, sem que isso implique em qualquer prejuízo.
- 8) Eventuais despesas que você tiver para participar desta pesquisa, tais como transportes, refeições, etc., serão pagas pela pesquisadora.
- 9) Caso queira falar comigo, você pode me encontrar em horário comercial, no período da manhã, pelo telefone (16) 91753669. Se quiser entrar em contato com meu orientador, você pode encontrá-lo em sua sala de trabalho, no Bloco 5 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, Ribeirão Preto (fone 16 3602-3645).

Após ter tomado conhecimento destes fatos e de aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, _____, aceito participar deste estudo, sendo que a minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com este estudo, sem que isso me acarrete nenhum tipo de prejuízo.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

Assinatura:

Assinatura do pesquisador-responsável:

