



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

**A VIVÊNCIA HOSPITALAR NA CONCEPÇÃO DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS: SENTIDOS NOS DISCURSOS À LUZ DA ANÁLISE
EXISTENCIAL DE VIKTOR FRANKL**

MANAUS/AM
Novembro/2017

MANOEL GUEDES BRANDÃO NETO

**A VIVÊNCIA HOSPITALAR NA CONCEPÇÃO DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS: SENTIDOS NOS DISCURSOS À LUZ DA ANÁLISE
EXISTENCIAL DE VIKTOR FRANKL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Amazonas, curso de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) como requisito para obtenção do título de mestre sob a orientação do Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro.

MANAUS/AM
Novembro/2017

Autorizo a reprodução parcial total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CARTOGRÁFICA

B817v Brandao Neto, Manoel Guedes
A vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos :
sentidos nos discursos à luz da análise existencial de Viktor Frankl /
Manoel Guedes Brandao Neto. 2017
106 f.: 31 cm.

Orientador: Ewerton Hélder Bentes de Castro
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Vivência Hospitalar. 2. Pacientes Oncológicos. 3. Método Fenomenológico de Pesquisa. 4. Análise Existencial. 5. Viktor Frankl. I. Castro, Ewerton Hélder Bentes de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

Este trabalho teve apoio da FAPEAM

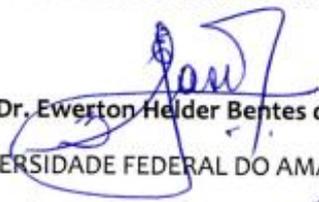
MANOEL GUEDES BRANDÃO NETO

“A vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos: sentidos nos discursos à luz da análise existencial de Victor Frankl.”

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

Aprovada em 23 de novembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA


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


Prof.ª Dr.ª Maria de Nazaré de Souza Ribeiro
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS


Prof.ª Dr.ª Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao *Ser-Superior* que tanto acredito existir. O meu *eu-noético* compreende a existência dEle e transcende a cada fase da vida a partir da conexão com Ele.

Aos meus pais Heraldo e Nádima Brandão, que desde sempre me incentivaram, dando apoio, acreditando em todas as minhas potencialidades como pessoa.

Aos meus irmãos Katarina e Heraldo Júnior pelo carinho da essência que a vida nos deu, o de apoiarmos uns aos outros quando mais precisamos. O fruto de minhas conquistas vem do carinho deles.

Ao professor doutor Ewerton Hélder Bentes de Castro por toda dedicação, zelo e maestria como orientador, possibilitando-me caminhar neste mestrado. De toda desconstrução em psicologia às possibilidades de novos olhares.

Às professoras doutoras Joelma Ana Gutierrez Espíndula e Lídia Rochedo Ferraz pelas preciosas sugestões durante exame de qualificação.

Ao Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pela possibilidade da realização deste projeto.

À Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) pela receptividade, competência e primor ao receber-me em vossa Instituição.

À psicóloga Maria Graciete Ribeiro Carneiro (setor de psicologia do FCECON) pela gentileza em receber-me durante as entrevistas e coleta de dados.

À equipe de estagiários do setor de psicologia do FCECON pelo carinho e dedicação ao receber-me durante os dois dias que lá estive para a realização das entrevistas.

Aos meus colegas de mestrado por todo o apoio dado durante os dois anos de descobertas, troca de ideias, dedicações e compartilhamento de sonhos.

Ao meu amigo Rafael Luiz de Aguiar Porto. A partir dele, em uma fase desanimada da minha vida acadêmica, pude sonhar novamente. Todo o incentivo que recebi desde a seleção do mestrado até a fase final, seu carinho por mim foi de uma magnificência sem descrições.

À Helionara Almada, por toda força e encorajamento. Suas palavras sempre me fazem lembrar-se do quando tenho potencial. Para tudo. Sonhos construíram nossa relação sobrinho-tia.

A todos que de forma direta em indireta contribuíram para que pudesse chegar até aqui. Meu eterno obrigado. A gratidão ficará gravada nos portões do tempo.

RESUMO

As vivências hospitalares para pessoas que são diagnosticadas com alguma doença crônica – neste caso específico, o câncer - são hábitos na vida destes que de forma intensa, marca-os para sempre. Há uma longa (e para muitos deles para a vida toda) a necessidade de estar nos hospitais fazendo acompanhamento médico e de saúde. A rotina de vida de pessoas com diagnóstico de câncer passa por profundas transformações, onde, em meio ao convívio na escola, trabalho, de lazer, ou com a família, também está inserida a necessidade de ir ao médico, preponderando realização de exames específicos, inúmeras consultas, avaliação e dosagem de remédios, análises diversas para verificação da progressão (regressão e/ou estabilização) da doença. Esta dissertação tem como objetivo compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos: sentidos nos discursos à luz do pensamento de Viktor Frankl. De natureza qualitativa, utilizou-se o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia, através de entrevista fenomenológica com 20 (vinte) pacientes acompanhados pela Fundação Centro de Controle em Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON). Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética da UFAM, autorização da Instituição competente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise foi desenvolvida a partir da proposta teórica de Viktor Emil Frankl. A obtenção das entrevistas permitiu a elaboração das seguintes categorias de análise: A experiência da comunicação do diagnóstico; É premente seguir adiante: os vários enfrentamentos; A vivência na instituição: entre medos, desafios e possibilidades; E no retorno à instituição, novas compreensões; O câncer e a percepção da finitude. Depreende-se que a trajetória de vida de pessoas diagnosticadas com câncer inicia sua transformação a partir da comunicação do diagnóstico, momento pleno de dor, sofrimento, uma experiência em que a angústia é imensurável. Contudo, faz-se necessário enfrentar e, nesse momento, vários são as estratégias utilizadas para que se consiga seguir adiante. A vivência institucional é plena de sentidos e significados, o estar na instituição provoca uma série de sentimentos. Além disso, é vivenciada a possibilidade da finitude, da morte. Dessa forma, os sentidos atribuídos por essas pessoas são imensuráveis, inimagináveis, haja vista que, convivem conjuntamente vida e morte, sofrimento e cura, tristezas e alegrias, permanecer ou continuar a caminhada.

Palavras-chave: vivência hospitalar, pacientes oncológicos, sentido da vida, método fenomenológico, análise existencial, Viktor Frankl.

ABSTRACT

Hospital experiences for people who are diagnosed with a chronic disease - in this specific case, cancer - are habits in their lives that in an intense way, mark them forever. There is a long (and for many of them for life) the need to be in hospitals doing medical and health monitoring. The life routine of people diagnosed with cancer undergoes profound transformations, where, in the midst of living in school, work, leisure, or with the family, there is also the need to go to the doctor, preponderating the performance of specific tests, countless consultations, evaluation and dosage of drugs, various analyzes to check the progression (regression and / or stabilization) of the disease. This dissertation aims to understand the hospital experience in the conception of cancer patients: senses in speeches in the light of Viktor Frankl's thinking. Of a qualitative nature, the phenomenological method of research in Psychology was used, through a phenomenological interview with 20 (twenty) patients accompanied by the *Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas* (FCECON). The data were collected after approval of the Ethics Committee of UFAM, authorization of the competent institution and signing of the Informed Consent Term (TCLE). The analysis was developed from the theoretical proposal of Viktor Emil Frankl. The interviews allowed the elaboration of the following categories of analysis: The experience of communicating the diagnosis; It is urgent to go ahead: the various confrontations; The experience in the institution: between fears, challenges and possibilities; And in the return to the institution, new understandings; Cancer and the perception of finitude. It is understood that the life trajectory of people diagnosed with cancer begins its transformation from the communication of the diagnosis, the full moment of pain, suffering, an experience in which the anguish is immeasurable. However, it is necessary to confront and, at that moment, several strategies are used to be able to go ahead. The institutional experience is full of meanings and meanings, being in the institution causes a series of feelings. In addition, the possibility of finitude and death is experienced. In this way, the senses attributed by these people are immeasurable, unimaginable, given that life and death, suffering and healing, sorrows and joys coexist together, to remain or to continue the journey.

Key words: hospital experience, cancer patients, meaning of life, phenomenological method, existential analysis, Viktor Frankl.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	
	PARTE I – Políticas públicas de saúde no âmbito hospitalar, etiologias do câncer e psico-oncologia	
2.1	Tratamento de câncer no âmbito do SUS.....	15
2.2	Psico-oncologia.....	17
2.3	Aspectos gerais sobre o câncer.....	18
	PARTE II – Aspectos psicossociais	
2.4	Aspectos psicossociais de pacientes convivendo com câncer.....	23
2.5	Busca de sentido de vida: pessoas vivendo com câncer.....	25
	PARTE III – A análise existencial à luz do pensamento de Viktor Frankl	
2.6	Breve resumo da vida de Viktor Frankl.....	30
2.7	Análise existencial: principais conceitos.....	32
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	41
4	RESULTADOS.....	47
4.1	A experiência da comunicação do diagnóstico.....	47
4.1.1	Um momento repleto de angústia, medo e tristeza: revelam as mulheres..	48
4.1.2	Um momento caracterizado como o seguir a vida, tristeza, finitude, choque, desespero: revelam os homens.....	48
4.2	É premente seguir adiante: os vários enfrentamentos.....	49
4.2.1	Negação.....	49
4.2.2	Enfrentando preconceito, discriminação e o estigma social da doença.....	50
4.2.3	Apoio social: a importância das relações.....	51
4.2.4	E na relação conjugal, um apoio fundamental.....	53
4.2.5	Religiosidade: base para continuar a lutar pela sobrevivência.....	54
4.3	A vivência na instituição: entre medos, desafios e possibilidades.....	56
4.4	E no retorno à instituição, novas compreensões.....	58
4.5	O câncer e a percepção da finitude.....	59
5	COMPREENSÕES A PARTIR DO PENSAMENTO DE VIKTOR FRANKL.	61
5.1	O impacto de receber o prenúncio da morte.....	61
5.2	A compreensão do <i>ser-para-enfrentamento</i>	64
5.3	Trajetórias do <i>ser-doente</i> para <i>ser-em-tratamento</i>	69
5.4	A percepção da finitude: vendo a morte passar.....	72
5.5	Tríade do sofrimento: a dor de mim.....	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
7	REFERÊNCIAS.....	82
	ANEXO I – Parecer Consubstanciado Comitê de Ética.....	89

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	98
ANEXO III – Roteiro de entrevista.....	100
ANEXO IV – Termo de Anuência/Parecer Consubstanciado FCECON.....	101

1 INTRODUÇÃO

A vivência de uma doença crônica traz profundas alterações no modo de viver do paciente. O recebimento do diagnóstico é devastador e traz consigo uma série de dores, temores, incertezas, seja pelo tumor, desfigurações, perda total da saúde, incapacidade para a vida como um todo um até mesmo a concepção de que a morte chegou (SILVA, 2008).

Sette & Gradwohl (2014, p.27) destacam que quanto aos pacientes oncológicos, *“as mudanças podem ocorrer nas mais diversas dimensões, tais como alterações físicas e nos relacionamentos interpessoais, bem como na percepção que o indivíduo tem de si mesmo”*, salientando que o medo da mutilação e morte atormenta o paciente durante todo o processo de tratamento, estando sob ameaça de um profundo desequilíbrio psicológico provocado pelas mudanças cotidianas e novas experiências quanto ao enfrentamento da doença.

Pacientes que convivem com a cronicidade da doença, o medo maior do por vir e o futuro de vida como *“enfermo sem cura”*, quais *“capítulos de vida virão”*, *“o que se sucederá durante o tratamento”* mesclado à ansiedade, medo, insegurança, e um *mix* de sensações que objetivam a vivência de cada um, corroboram as improbabilidades de vida deste paciente (que assim primariamente compreende) (SETTE & GRADVOHL, 2014).

A partir daí, os significados que cada um desenvolve para o enfrentamento destas enfermidades, quais mudanças de vida passam a serem primordiais na nova caminhada de sua existência, quais elementos serão vetores para uma reestruturação pessoal como ser humano, as relações sociais e os estabelecimentos de base com pessoas próximas como familiares e amigos, o processo de tratamento e a adesão, compromissos com a saúde, dentre outras vivências inter-relacionais determinam a melhor qualidade de vida, adesão ao tratamento e redução de sofrimento.

Alves (2012) ressalta que nas últimas décadas, o câncer tornou-se um problema de saúde pública grave em todo o mundo. *“A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer”* (p. 25).

É um dado alarmante quando se fala de câncer, ainda mais com tantos alavancos negativos do estilo de vida das populações como uso de tabaco, bebidas alcoólicas, alimentos modificados e com agrotóxicos, corantes, dentre outros predispostos da doença.

O Portal da Saúde (SUS) publicou em 2015 que 71,1% da população brasileira procurou os sistemas públicos de saúde em decorrência de alguma enfermidade, agravo da saúde ou para qualquer tipo de procedimento médico, variando entre Unidades Básicas de Saúde a Hospitais de grande complexidade.

A proporção de indivíduos que mais tiveram acesso a medicamentos nos serviços públicos sobe para 41,4% na população sem instrução ou com fundamental incompleto. Os consultórios e clínicas particulares atraem 20,6% dos brasileiros e apenas 4,9% buscam emergências privadas (BRASIL, 2016).

Também no site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), órgão do Governo Federal brasileiro, aponta que a população brasileira em agosto de 2016, conta com o total de 206.318.441 habitantes. Aqui, faz-se entender que a busca cada vez mais crescente pelos serviços de saúde no Brasil aumentaram, no mesmo contingente que o total populacional também cresce (BRASIL/IBGE, 2016).

Há um grande contingente de pessoas utilizando os hospitais públicos (Brasil, 2016): será que a demanda de escuta, acompanhamento individual, compreensão de vivências de seus pacientes está à altura dos crescentes números em saúde no Brasil ou a 'cultura do silêncio' ainda está como sutil fomentadora do 'silêncio coletivo', naturalizado pela falta de interesse de todas as partes envolvidas (hospitais, equipe multidisciplinar, sociedade, etc.)?

Volles *et. al.* (2012) corrobora que o simples fato de conversar e experienciar as informações no contexto hospitalar pode mudar um processo inteiro de tratamento. É importante para o paciente trocar experiências, sentir-se seguro no discurso do outro, assim como, amenizar ansiedade.

Há uma real necessidade de verbalizar a experiência de estar doente, ainda mais diante da cronicidade. "*O estresse gerado diante de um diagnóstico de doença grave pode criar uma comunicação muito mais plena e profunda entre seus membros e, em outras situações, ter o efeito oposto*". (VOLLES, 2012, p. 213).

Efeito este corresponde ao temor da morte, inquietação, assim como o não saber do futuro (um futuro ameaçado) deixando este indivíduo submisso ao desconhecido, então, *“quando esta comunicação se esvaece, surge o silêncio que denuncia, mascara, faz ruído e encobre”* (IBID. p. 214).

Buscando compreender tais vivências e as significações dentro dos hospitais, encontro a logoterapia (a teoria que oferece a compreensão da busca pelo sentido da vida). A proposta de Viktor Frankl mediante o sentido que cada um de nós dá às nossas vivências (independendo do que seja) tira o peso da obrigatoriedade de encontrá-la, mas sim, vivê-la, mesmo na dor ou angústia.

A psico-oncologia é um tema de grande interesse pessoal: já voluntariado em lugares que exercem apoio às pessoas acometidas de câncer como *Grupo de Apoio às Mulheres Mastectomizadas da Amazônia (GAMMA)*, Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) e o Grupo de Apoio às Crianças Com Câncer (GACC) assim como, acompanhante de pessoas soropositivas e vi de perto o quanto essas pessoas sentem a necessidade de expor, falar, conversar sobre suas vivências naquele hospital.

São de rica importância as pesquisas regionais e locais, porque assim buscamos compreender o ser amazonense e todas suas nuances comportamentais, psíquicas e pessoais, entendendo que recortes regionais ajudam a compreender cada localidade, montando um panorama nacional, mais completo, no entanto, quando se fala de Amazônia, as pesquisas ainda são escassas, incompletas ou inexistentes.

Por meio de resultados obtidos com esta pesquisa, pude alcançar a “porta de entrada” para altos e novos horizontes quanto à saúde coletiva amazonense, onde, por meio da compreensão deste sujeito inserido em seu contexto hospitalar, busquei entender outros desdobramentos de significação de vivências hospitalares para, a partir daí, desenvolver novas pesquisas em saúde coletiva, assim como, em outros processos de tratamento da saúde coletiva como em IST's.

Alguns questionamentos surgiram: *“o que sente um paciente oncológico ao chegar ao hospital?”*; *“O que está expresso na vivência hospitalar deste paciente?”*; *“Que sentidos impregnam essa vivência?”*. *“Há contribuição para a*

sociedade nas falas dos pacientes quanto suas experiências cotidianas no hospital?”.

As vivências hospitalares são muito intensas, ou, no mínimo, marcantes, ainda mais quando essas pessoas são diagnosticadas com alguma doença crônica. As *experienciações* que “flutuam” os corredores dos hospitais giram em torno de um grande misturado de sensações, sentidos, impressões e percepções.

Cada pessoa entrega uma grandeza particular a esta vivência. O mais interessante é que, além de cada pessoa dar seu único e exclusivo sentido a esta experiência, ainda compreendo a existência das histórias de vida de cada um (a), como, escolhas pessoais, preferências religiosas, estilos/filosofias de vida, constituição de família, amizades, ocupação, preferência sexual, dentre outras estruturas humanas que fazem de cada um (a), único (a).

Ligado ao sentido de vida dado por estas pessoas que atravessam um tratamento contra uma doença crônica, decidi trazer as compreensões de Viktor Frankl, criador da Logoterapia (como abordado anteriormente): proposta promissora na “*busca por sentidos de vida*”, a análise existencial espalhou-se pelo mundo todo por abordar, de forma “*cirúrgica*” as expressões humanas e a real busca de sentidos que todos nós damos às nossas vidas, constantemente.

O objetivo da pesquisa foi de compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos, buscando perceber quais sentidos são/estão atribuídos durante processo de diagnóstico, internação, uso de medicamentos, cirurgias ou qualquer outra vivência no enfrentamento da doença à luz do pensamento de Viktor Frankl.

O trabalho está dividido em três capítulos: Primeira parte aborda Políticas públicas de saúde no âmbito hospitalar, etiologias do câncer e psico-oncologia. A segunda parte apresenta aspectos psicossociais e a terceira parte traz um resumo biográfico da vida de Viktor Frankl além da logoteoria acerca da análise existencial.

Em seguida é apresentada a trajetória metodológica, os resultados elencados em categorias de análise e por fim as compreensões dos resultados a partir da análise existencial de Viktor Frankl.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

(PARTE I)

CÂNCER: TRATAMENTO, PSICO-ONCOLOGIA, ÂMBITO DO SUS.

2.1 Tratamento de câncer no âmbito do SUS

Campos (1995) explana que o hospital surgiu no ano 360 d.C. com o objetivo de restaurar a saúde e prestar assistência. “*Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como prática do cristianismo*” (p.18).

A partir do final do século XVIII, o hospital incidiu ser uma instituição que interferia na doença e na vida do doente, buscando iminentemente a cura, numa nova visão de sua concepção, pois, anteriormente, era visto como um lugar para aguardar a morte. (MOREIRA *et.al.*, 2012).

Ao longo dos séculos, mediados pelo sentimento de fim da vida, morte, dor sem algum tipo de reversão, o hospital passou a ser um lugar de caridade, proteção, acalento e esperança, dando o início do sentido que atualmente as pessoas buscam quando estão com a saúde comprometida, uma vez que na história pregressa da humanidade, já foi lugar de “busca” pela morte – hoje, pela manutenção da vida (MOREIRA *et.al.*, 2012).

Conforme o INCA (Instituto Nacional do Câncer), a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer assegura o atendimento total a qualquer doente com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (BRASIL, 2006).

Considerando o disposto no § 1º do art. 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que versa sobre o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação e a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, “*que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início*”.

O Ministério da Saúde também promulga princípios e diretrizes para relacionado à promoção de saúde, prevenção do câncer e diretrizes relacionadas à vigilância, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006).

Das diretrizes “*Dos princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer*”, o Ministério da Saúde constitui organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, facilitando acesso; formação de profissionais e promoção de educação permanente; incorporação e uso de tecnologias voltadas para a prevenção e controle do câncer (BRASIL, 2006).

Este é o grau da vigilância capacitado para definir a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica, conforme a Portaria nº 874/GM de 16 de maio de 2013. Esta portaria substitui a nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005.

Na divulgação da Portaria nº 874/GM de 16 de maio de 2013 do Diário Oficial da União, Capítulo 1, Art.1, 2 e 3, o Ministério da Saúde sanciona:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (BRASIL, seção 1, 2013)

Ainda no Art. 5, inciso I (nº 94, 2013), o Ministério da Saúde define: “*reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS*”. Este artigo ratifica a prevenção e a extensão da rede de cuidado para todos os pacientes com câncer, o que salienta a garantia de tratamento e toda assistência necessária para pacientes oncológicos no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Existem 284 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer (BRASIL, 2013). Todos os estados brasileiros têm pelo menos um

hospital habilitado em oncologia, onde o paciente de câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas.

Cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizar o atendimento dos pacientes na rede assistencial, definindo para que hospitais os pacientes, que precisam entrar no sistema público de saúde por meio da Rede de Atenção Básica, deverão ser encaminhados (BRASIL, 2013).

Tais dispostos têm como ponto fundamental a promoção de saúde, prevenção contra o câncer, tratamento adequado, acolhimento e qualidade de vida para pacientes oncológicos que recomendados pelo Ministério da Saúde, visam o melhor atendimento a esses pacientes, desde aos programas sociais de prevenção e conscientização (quanto a comportamentos e incidências sociais que podem acarretar ao câncer) como a adesão ao tratamento na rede hospitalar de serviços públicos, passando pelo acolhimento, oferta de exames, acompanhamento médico, medicações, assistência psicológica ao enfrentamento da doença e qualidade de vida (BRASIL, 2013).

2.2 Psico-oncologia

Conforme Veit & Carvalho (2010), O Brasil, desde 1994, tem sua SBPO – Sociedade Brasileira de Psico-oncologia, um incremento do primeiro grupo de profissionais que, em 1983, iniciou a se interessar por estudar o assunto.

Já em 2008, a Portaria 3.535/98 do Ministério da Saúde definiu a compleição indispensável de profissionais especialistas em Psicologia Clínica nos centros de atendimento de oncologia cadastrados no SUS. Em consequência, diversos setores de Oncologia de Centros Médicos, Clínicas e Hospitais de todo o Brasil – públicos ou privados – passaram a inserir profissionais devidamente instrumentalizados para atendimento às questões que permeiam a realidade do câncer (VEIT & CARVALHO, 2010).

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

Psico-oncologia é área de saber jovem, embora os problemas de que trata sejam universais e antigos: a desinformação e o medo que dela

decorrem; o sofrimento físico e psíquico de pacientes, familiares e cuidadores (IBID., p. 530).

Mediante necessidade identificada e distinguida, a postura multiprofissional defendida pela SBPO fez com que, a partir de 1997, venham-se aperfeiçoando turmas de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros profissionais de saúde em busca da habilitação específica, que é fornecida em cursos de formação e especialização, aprimoramento e extensão de introdução em psico-oncologia.

2.3 Aspectos gerais sobre o câncer

Segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer) (BRASIL, 2011), o câncer é o nome atribuído a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum a multiplicação e crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos que podem espalhar-se por outras partes do corpo.

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

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

Diversas são as causas do câncer, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. Causas externas estão ligadas aos hábitos ou costumes de uma sociedade; as causas internas correspondem na maioria das vezes a fatores genéticos pré-determinados e estão correlacionados à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (BRASIL., 2011).

A Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON, 2016) sintetiza que de todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão integrados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode ocasionar câncer de pele e alguns vírus podem causar leucemia. Outros estão

em estudo, como alguns elementos dos alimentos que ingerimos e muitos cânceres ainda são totalmente desconhecidos para a medicina oncológica.

Compreende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins) o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida) (BRASIL/INCA, 2011-b).

As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os 'hábitos' e o 'estilo de vida' adotados pelas pessoas, podem determinar diferentes tipos de câncer, tais como tabagismo, hábitos Alimentares, alcoolismo, hábitos sexuais, medicamentos, fatores ocupacionais e/ou radiação solar. (BRASIL/INCA, 2011-b).

Ainda no manual, o informe relata que as células que formam o tecido do corpo humano são capazes de se multiplicar naturalmente. "*A maioria das células normais cresce, multiplica-se e morre de maneira ordenada, porém, nem todas as células normais são iguais: algumas nunca se dividem, como os neurônios; outras, as células do tecido epitelial – dividem-se de forma rápida e contínua*" (BRASIL, 2011, p.17).

Com base no documento *World Cancer Report 2014* da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) da Organização Mundial da Saúde, o INCA alerta que é inquestionável salientar que a enfermidade é um problema de saúde pública de enorme preocupação mundial, especialmente entre os países emergentes e em fase de industrialização e crescimento econômico, onde é esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% do mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (BRASIL, 2016).

A estimativa mundial, realizada em 2012 pelo projeto *Globocan*/IARC, apontou que, dos 14 milhões de novos casos estimados (exceto câncer de pele não melanoma), mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento. Para a mortalidade, a situação agrava-se quando se conta que, dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram nesses mesmos países, alerta o INCA/Ministério da Saúde ao apontar dados da *Globocan* (IBID., 2016).

O INCA corrobora que os tipos de câncer com maior incidência no mundo em 2012 foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão

(16,7%), próstata (15%), intestino (10%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores incidências de câncer foram mama (25%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo de útero (7,9%) e estômago (4,8%) (IDEM, 2016).

Ainda sobre os dados da *Globocan* de 2012, estimou-se que na região da América Latina e Caribe, houvesse ocorrência de 1,1 milhão de novos casos de câncer (exceto câncer de pele não melanoma), sendo mama (152 mil) de maior incidência em mulheres e próstata (152 mil) de maior incidência em homens (BRASIL, 2016).

O INCA também faz uma minuciosa projeção de novos casos de câncer para o biênio 2016-2017 no território brasileiro e o alerta é assustador: cerca de 600 mil novos casos de câncer. Exceto o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil novos casos), ocorrerão cerca de 420 mil novos casos de câncer. Muito semelhante ao perfil epidemiológico apontado pelo projeto *Globocan* de 2012, as projeções de novos casos de câncer no Brasil também não foram diferentes, sendo 61 mil novos casos de câncer em homens (próstata) e mama (58 mil) (BRASIL, 2016).

No Brasil, conforme o INCA, os diagnósticos mais presentes nos homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, mama (28,1%), intestino (8,6%), colo de útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) serão os diagnósticos mais presente (BRASIL, 2016).

Quando se fala de projeções mundiais comparando maiores incidências com a América Latina e Brasil, as incidências para o Estado do Amazonas também são muito semelhantes quando se aponta maiores casos de diagnóstico entre homens e mulheres amazonenses.

Baseado nos dados da tabela 7 do INCA, o Governo do Amazonas e Fundação de Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) alertam que em 2016 serão 5.270 novos casos, sendo 2.500 entre os homens e 2.770 entre as mulheres. Próstata continua sendo o diagnóstico mais elevado entre os amazonenses 680 novos casos de colo de útero entre as amazonenses, uma projeção similar aos dados mundiais e latino-americanos (FCECON, 2016).

O Governo do Estado do Amazonas alerta que apesar do câncer de próstata entre os homens continuar sendo a maior neoplasia detectada, os

índices indicam que na população masculina do Estado do Amazonas está 55% abaixo do estimado para o Brasil. O Estado deverá registrar 134,5 casos de neoplasias malignas para cada 100 mil homens contra 298,13 para a mesma proporção no País, sendo que para câncer de próstata, a taxa bruta corresponde a 28,08% (FCECON, 2016).

Para as projeções da capital amazonense, o INCA aponta que 3.260 surgirão durante todo o ano de 2016, sendo 1.770 diagnósticos confirmados para homens e 2.090 novos casos entre as mulheres. Acompanhando as projeções para o Estado do Amazonas, também na capital os maiores índices de câncer entre os homens será próstata (330) e colo de útero entre as mulheres (520) (FCECON, 2016).

No tratamento do câncer, pode ser recomendada a realização de procedimento cirúrgico, radioterapia ou quimioterapia, os quais também podem ser indicados associadamente. O primeiro prediz a retirada total ou parcial da neoplasia (BRASIL/INCA, 201-a).

A radioterapia é uma forma de tratamento direcionada a atingir o tumor local, podendo ser também radical (ou curativa); remissiva, ou seja, visando redução do tumor; profilática, no tratamento de possíveis tumores que ainda não se desenvolveram; paliativa, para a diminuição dos sintomas como dor e também para prover a funcionalidade de um órgão atingido pelo tumor (NUCCI, 2003; INCA, s/d (a)).

PARTE II
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

2.4 Aspectos psicossociais de pacientes convivendo com câncer

Hacpille (2000) corrobora que os doentes de câncer apresentam alterações severas em nível psicológico sendo as mais frequentes a ansiedade e a depressão. A vivência da incerteza, comprometimento da vida e o medo de morrer mesclados aos projetos de vida, “abrupta interrupção” dos planos, causas e danos que uma doença crônica pode causar, levam os pacientes oncológicos a um profundo estado de desajuste emocional.

A enfermidade se apresenta com um decreto de morte e o paciente pensa exatamente em como a vida irá paralisar mediante os riscos que a doença traz, entre elas, a mutilação, sentimento de incapacidade e comprometimento da trajetória de vida. As limitações surgem, como separação, perda do casamento, demissão, rejeição, abandono e morte. A pessoa sente-se marginalizada do mundo social e então, reclusa em seus temores e medos internos (YUNTA, 2000).

O indivíduo com câncer precisa movimentar recursos psicossociais num esforço adaptativo para lidar com o stress provocado pela enfermidade. A esse processo de mobilização emocional, comportamental e cognitiva, apontando para adaptações a situações que mudam a cada etapa da doença, se denomina de enfrentamento (PEÇANHA, 2008).

Os trabalhos mediante ação preventiva primária com a finalidade de buscar formas de tratamento digno possibilitaram formas humanizadas de acolhimento e aspectos que beneficiem o paciente, principalmente, na adesão ao tratamento. Ao passo que compreende o indivíduo como um ser integral, social, ajuda o paciente e seus familiares a significar seu adoecimento, objetivando reparar ou melhorar a qualidade de vida deste (a), contribuindo para maiores expectativas de sobrevivência.

Os processos de enfrentamento apontam especialmente em ampliar formas mais eficientes de enfrentamento da doença, promover a demonstração de emoções com possibilidade de comunicação intra e interpessoal mais autêntica, entrar em contato ou retorno-de-si às crenças pessoais e permitir transformações às “marcas” relacionadas ao câncer, aprimorando a qualidade de vida dos pacientes e buscando significados para as ocorrências da vida (LIBERATO & CARVALHO, 2008).

É muito importante a vivência de enfrentamento da enfermidade, conduzindo o (a) paciente à melhor adesão do tratamento, ligação com suas necessidades pessoais, de crença e fé, assim como nas relações que podem ajudá-lo neste processo de “confrontação” tão significativo, até porque há a necessidade de qualidade de vida e saúde mental, mesmo com a saúde física comprometida (ou parcialmente afetada).

É necessário que alguns pontos sejam levados em consideração, uma vez que se propõe a expectativa de compreensão do enfrentamento da doença, melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida no hospital/tratamento:

1º) No auxílio ao paciente oncológico, sua família e profissionais de saúde abrangidos com a prevenção, tratamento, reabilitação e a fase terminal da doença (pacientes paliativos); 2º) Na pesquisa e no estudo de compreensões psicológicas e sociais proeminentes para a concepção da incidência, recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer; 3º) Na organização de serviços oncológicos que propendam ao atendimento integral do paciente, ressaltando de modo específico a formação e o refinamento dos profissionais da saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (CARVALHO, 2002).

Com relação a família, salienta Castro (2009, p.49), “

Assim, o câncer pode ser um aspecto mobilizador dos relacionamentos familiares com transformações de caráter destrutivo ou construtivo. Estão em jogo o que os autores denominam de continência da família, flexibilidade e criatividade na assunção de novos papéis [...].

A assistência psicológica dentro do hospital busca o conforto emocional do paciente e de sua família, sendo que muitas das vezes a ajuda a ser oferecida implica numa mobilização de forças e trabalhos multidisciplinares em que a aflição e a ansiedade estão presentes, pois este *ser-doente* encontra-se em um momento não escolhido de sua vida.

O acolhimento psicológico também objetiva auxiliar o paciente no enfrentamento de sua doença a fim de conscientizá-lo da sua situação atual e fornecer elementos para uma compreensão mais apurada da sua patologia. Para tanto, é imprescindível que o profissional da psicologia conheça as especificidades e tenha uma noção expandida deste, para que assim, ajude-o a

dar novos significados à sua doença e a vivência hospitalar causa menos impactos negativos possíveis.

Dentre os diversos aspectos psicossociais no processo de enfrentamento da doença, pesquisas têm enfatizado a importância da espiritualidade como estratégia de enfrentamento utilizada por doentes para lidarem situações difíceis, como um diagnóstico de câncer, aliando-as ao suporte emocional, instrumental e informativo (LIBERATO & MACIEIRA, 2008); (PANZINI & BANDEIRA, 2007).

Também a espiritualidade é percebida como efetiva e faz parte da essência trazida pelo paciente frente aos profissionais de saúde e da equipe que está envolvida no tratamento do indivíduo. Frente a isto, os profissionais de saúde relatam como percebem a fé, o divino e a ligação em eu Ser Superior quanto ao processo de enfrentamento de seus pacientes respeitando a historicidade de cada um (Espíndula *et. al.*, 2010).

2.5 Busca de sentido de vida: pessoas vivendo com câncer

Viver com algum tipo de doença traz intensos perturbações. Dificuldades estas que podem estar correlacionadas ao funcionamento do corpo, de locomoção, aos órgãos vitais como coração, cérebro, intestino e etc. E quando afeta diretamente os sentidos? Das doenças que mais gera medo e estigma nas pessoas, citamos o câncer. Diversos artigos, estudos, pesquisas buscaram (e ainda buscam) compreender temas acerca da enfermidade em distintas áreas do conhecimento.

É unânime encontrarmos revisões de literatura correspondentes às angústias, medos, temores, incertezas, agonias, sentimentos de impotência e finitude. Relatos de pessoas que se posicionam num forte enfrentamento e luta contra uma doença mortal, de difícil tratamento e estigmatizante. Soa como se todas as pessoas atravessassem os mesmos percursos e conotassem expor os mesmos sentidos a este processo de enfrentamento da doença.

Mediante aos sentimentos que pacientes oncológicos exprimem durante todo o processo de vivência da doença, qual sentido encontrado para este enfrentamento? Há sentido mesmo diante da dor e da fragilidade?

A reflexão que trago é mais intensa. Para Frankl (1991), o ser humano só se torna ser humano e só é completamente ele mesmo quando fica livre da

dedicação por uma tarefa (aqui, compreendendo afazeres diversos da vida); quando se “esquece” de si mesmo a serviço de uma causa, vivência, experiência, sentido.

Do que o humano necessita não é um estado livre de tensões, mas antes, a busca e a luta por um desígnio que lhe valha a pena; uma tarefa escolhida livremente ou encontrar um sentido real para a sua existência, transformações, etapas de vida (FRANKL, 1991).

Foi o que salientou Frankl ao citar Nietzsche, trazendo à luz de nossa compreensão que "*quem tem um por que viver pode suportar quase qualquer como*" (ID., 1985, p. 95-96). O porquê da vida está além de como a vivo.

O sentido não é adaptado pela mente, mas a mente pelo sentido. Em vez de criar um sentido, a mente tem de *vivenciar-se* a este real sentido uma vez encontrado. Frankl (1978) salienta que o sentido da vida é uma realidade ontológica e não uma criação cultural. Nenhuma pessoa fantasia o sentido de sua própria vida: cada um é cercado e impelido pelo sentido desta. O sentido não pode ser dado ou criado, mas deve ser encontrado.

O sentido não só deve ser achado, como ele pode ser achado. "*E nessa busca o homem é orientado pela consciência. Em uma palavra, a consciência é o órgão do sentido, é a capacidade de descobrir o sentido único e irreprodutível que se esconde em cada situação*" (FRANKL, 1978, p. 19).

A busca pelo sentido mesmo estando em uma fase de vida a qual nunca escolhera ter. Evidencia-se tanto o sofrimento ocasionado pela doença, mas e o sentido que cada um destes (as) busca encontrar para vivenciar esta enfermidade? A significação da dor passa a ter outra tonalidade quando este enfrentamento ganha sentido.

O Modelo de Kübler-Ross propõe uma descrição de cinco estágios cordatos pelos quais as pessoas passam ao lidar com a perda, o luto e a tragédia. Segundo este modelo, pacientes no enfrentamento de uma doença crônica tendem a entrar em estado de auto-depreciação e, como tal, necessitam de se apoiar em alguns conceitos de consciencialização e significação do seu estado (SANTOS, 2011).

O modelo foi proposto por Elisabeth Kübler-Ross no seu livro *On Death and Dying* (Sobre a morte e o morrer) publicado em 1969. Os estágios popularizaram-se e são conhecidos como “Os Cinco Estágios do Luto”.

Kübler-Ross (1992) mediante pesquisas com pacientes no processo de enfrentamento de doenças crônicas categorizou em cinco fases esta fase da vida dos mesmos:

- Negação: "Eu não aceito isto". "Isto não é meu". "Está errado o diagnóstico". "Vou refazer o exame porque esse está errado de certeza".
- Raiva: "Que injustiça". "A culpa é de Deus". "Estou assim porque fui ruim". "Vou me vingar". "Eu sou uma pessoa imprestável". "Logo eu?"
- Barganha: "Se for curado, prometo que...". "Ser supremo, me cura e eu te seguirei até os últimos dias da minha vida". "Prometo ser uma pessoa boa".
- Depressão: "Como sair dessa?". "Estou sem forças para lutar". "Quero morrer". "Isso era pra acontecer mesmo". "Não vou mais tomar os remédios".
- Aceitação: "Vai ficar tudo bem". "Vou viver intensamente o que me resta". "A vida é muito curta para ficar pensando nisso". "Vou arejar a cabeça".

Ao propor estas fases, Kübler-Ross estava evidenciando que durante o processo de adoecimento, o ser humano passa por uma profunda autoanálise de vida, e que naturalmente nunca aceita estar doente, desde então, variando pelas fases até, de fato, aceitar que está doente.

Não é uma via de regra encaixotar as pessoas como se todas vivessem exatamente a mesma coisa. Cada qual tem uma forma de experienciar suas vivências ou experimentar uma fase da vida.

As fases podem (e estão suscetíveis) a não acontecerem na ordem, ou até mesmo, há a possibilidade deste indivíduo vivenciar etapas da forma dele (a), e em muitos casos nem existir todas elas, no entanto, aqui busco compreender qual sentido vivido por este indivíduo ao receber o diagnóstico de uma doença tão mortal e que põe em cheque a continuação de sua vida negando veementemente a doença? (*negação*). Qual sentido encontrado numa profunda revolta em estar doente ou com câncer? (*raiva*). Qual sentido em negociar com “alguém” a possível cura? (*barganha*). Qual sentido atribuído a uma profunda tristeza, entendendo que está de fato doente e que sente perder as forças? (*depressão*). Qual sentido atribuído à aceitação da doença, significando sua luta, trajetória, expectativas? (*aceitação*).

Baseada numa categorização de possibilidades encontradas nas classificações de base, interpretação e classificações, entendo que os desvelamentos e desdobramentos são infinitos, então, um universo de experiências em cada uma destas 5 fases propostas por Kübler-Ross.

É primordial levar o paciente a compreender suas possibilidades e finitude (pacientes paliativos, câncer sem possibilidade de cura, etc.), uma qualidade de morte, pois, só se busca qualidade pela vida e a nutrição esperançosa pela vida onde não há mais possibilidades.

Sabe-se que no tratamento inicial, o câncer apresenta possibilidades de cura, mas por fatores diversos, grande parte dos diagnósticos é tardia e comprometem todo o local atingido pela doença, elevando as taxas de morte.

A real necessidade de compreensão ao enfrentamento desta fase e a busca pelo sentido mesmo diante da dor e fragilidade, cada paciente necessita descobrir a forma pela qual significará tal fase da vida: mesmo diante das dores físicas, medos e temores, internações, quimioterapias e rotinas hospitalares em geral, qual sentido este (a) paciente precisa encontrar para continuar a viver.

Alguns seguem adiante se apegando a uma fé, outros procuram realizar sonhos que estavam guardados por anos, e dentre os milhares de pacientes oncológicos, a significação da luta, resiliência, força e objetivação pela cura/qualidade de vida.

PARTE III

A ANÁLISE EXISTENCIAL À LUZ DO PENSAMENTO DE VIKTOR FRANKL

2.6 Breve resumo da vida de Viktor Frankl

Frankl foi natural da cidade de Viena, capital da Áustria. Uma cidade histórica, rica em beleza e encantadora em suas paisagens, rodeada pelo canal do Danúbio e pelas árvores do Prater. Talvez este seja um fator que tenha colaborado na formação da personalidade de Frankl, descrito por alguns de seus estudiosos, como um homem afetuoso e extraordinário admirador da natureza (RODRIGUES & BARROS, 2009).

Nasceu em 26 de março de 1905, no seio de uma família de tradição judaica. Filho caçula, seus irmãos chamavam-se Walter e Estela. Gabriel e Elsa, seus pais, eram Tchecoslovacos, da Morávia do Sul, em Praga. Nessa época, o panorama sócio-político de Viena era o da luta de classes e, claramente, havia entre as pessoas uma carência quanto suas monótonas vidas (RODRIGUES & BARROS, 2009).

Seu pai, (FIZZOTTI, 1977) cumpriu a função de diretor no Ministério da Educação e sobressaiu-se pelo trabalho político e cultural em relação às dificuldades da juventude austríaca. Sua mãe pertencia à família do rabino Loew, da mais antiga sinagoga da Europa. A atmosfera familiar era pacata e feliz. Os preceitos religiosos eram cultivados com acuidade. Toda a infância e adolescência de Frankl transcorreram no que poderíamos chamar de um clima rico em calor humano e cultural.

Desde criança esboçava interesse pela medicina e áreas afins. A família foi fortemente abalada pelos pesares da 1ª Guerra Mundial, o que deixou a família em profunda crise financeira, passando necessidades e fome (RODRIGUES E BARROS, 2009).

Ainda Rodrigues & Barros (2009), em 1924, Frankl ingressou na Universidade de Viena no curso de medicina, formando-se em 1930. Durante esse período, publicou diversos artigos, especialmente e, em sua maioria, destinados à mocidade, fase na qual o autor compreendia sofrimentos, conflitos e a falta de sentido e significado na vida.

Fato relevante na vida de Frankl foi o contato com Sigmund Freud, que se deu, em sua maior parte, através de cartas, às quais Freud sempre respondia. O relacionamento com Freud, segundo relata Fizzotti (1977) e Pareja Herrera (1989), estendeu-se durante a vida universitária. No ano de

1924, Freud divulgou um artigo de Frankl na revista internacional de psicanálise, sua primeira publicação científica.

Xausa (1986) detalha que Hitler invadiu a Áustria em 1938 e então, iniciou-se uma bárbara, racista e perversa perseguição àqueles não considerados pelo nazismo a “*raça pura, a raça ariana*”. Frankl prosseguiu nas atividades de médico na área do Rothschildspital, lugar reservado tão-somente para os hebreus.

Nessa época, entraram em vigor as leis para as práticas da eutanásia para determinados pacientes, e Frankl empenhou-se em infringi-las, não resguardando esforços para lutar em favor da vida (FIZZOTTI, 1977). No início da Segunda Guerra Mundial, Frankl conseguiu um visto de emigração para os Estados Unidos. Sua irmã refugiou-se na Austrália e Walter, seu irmão, fugiu para a Itália onde foi preso pelos nazistas e deportado para os campos de concentração.

Continuando a descrever Rodrigues & Barros (2009), em dezembro de 1941, aconteceu o casamento de Frankl com Tilly Grosser, uma hebreia com quem se apaixonou. Todavia, um amor marcado por sofrimento, pois, com a perseguição maciça dos nazistas, Frankl pensara em emigrar para os Estados Unidos, livrando-se da perseguição e protegendo sua mulher (grávida), de qualquer perigo da guerra, no entanto, não quis deixar seus pais idosos, rejeitando a ida aos Estados Unidos.

A sua captura pelos nazistas ocorreu em novembro de 1942. Durante a Segunda Guerra Mundial, Frankl já fora compelido a interromper sua carreira. Sua mulher Tilly faleceu nos campos de concentração. Frankl ficou prisioneiro nos campos de concentração de Auschwitz de novembro de 1942 a 27 de abril de 1945. Estava com 40 anos de idade, pesando os inacreditáveis 25kg.

Restou-lhe a experiência da dor vivida naqueles anos. Destinou seus primeiros tempos de liberdade para procurar seus familiares. Ao saber da morte de seus pais, irmão e, principalmente, da morte de Tilly, Frankl ditou (durante nove dias) para o gravador a primeira versão do livro “*Um psicólogo no campo de concentração*” (RODRIGUES & BARROS, 2009).

Nos 25 anos posteriores à guerra, tornou-se diretor da policlínica de neurologia de Viena. Em 1948, obteve seu doutorado em filosofia com o tema “*O Deus inconsciente*”. Em 1955 tornou-se professor da Universidade de Viena.

Em 1970, como professor da Universidade de San Diego (EUA), fundou o primeiro instituto de logoterapia do mundo. Suas obras já foram traduzidas para mais de 30 idiomas em todo o mundo. Foi homenageado por duas vezes, recebendo o *Prêmio Cardeal Innitzer* da Arquidiocese de Viena (1962 e 1977). Em 1979 foi indicado ao *Prêmio Nobel da Paz*, condecoração a qual fora dada à Madre Tereza de Calcutá.

Recebeu o título de doutor *honoris causa* em diversas universidades do mundo, inclusive da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Brasil. Esteve em solo brasileiro por três vezes: em 1984 (Porto Alegre), 1986 (Rio de Janeiro) e 1987 (Brasília). Viktor Frankl faleceu aos 92 anos em 2 de setembro de 1997, em Viena (RODRIGUES & BARROS, 2009).

2.7 Análise existencial: principais conceitos

- Gênese da logoterapia: A teoria de Viktor Emil Frankl, conhecida como logoterapia ou psicologia do sentido da vida, baseia-se nos pressupostos humanístico-existenciais. Ela teve início em meio ao caos da Segunda Guerra Mundial e ao sofrimento passado em quatro campos de concentração nazista.

Naquele ambiente desolador, Frankl deparou-se com a confirmação (interna, sua) de sua quanto às obras de Sigmund Freud a sua particular contribuição no campo do conhecimento, no qual defende a existência de seres humanos voltados para a vontade de sentido (*Sinnggebung*) (RODRIGUES & BARROS, 2009).

Na busca de um sentido para a vida, o autor teve por objetivo apresentar uma condição humana não mais voltada para a vontade de prazer ou de aspiração ao êxito material e de poder, definições estas que revelam crítica às outras escolas da psicologia, dentre elas, as deterministas teorias psicanalíticas.

Conforme Xausa (1986), a teoria frankliana não foi um elemento isolado da circunstância perversa que se solidificou no século XX em plena segunda guerra mundial (e outros acontecimentos mundiais); ela teria sido a “antítese” das “teorias e terapias reducionistas do século passado”, expressando, com forte contraponto uma *particular autenticidade científica* e um campo fundamental para o sentido da vida de cada ser humano.

A teoria de Frankl, a psicologia do logos, foi um contundente caminho que se abriu “*para sanar as angústias causadas pelo vazio existencial gerado por transtornos psicológicos específicos*” daquela época (XAUSA, 1986, p. 14).

Salientam Rodrigues & Barros (2009), que

a abordagem ontológica do ser humano aprofundada por Frankl na Logoterapia tem por fundamento compreender homens e mulheres em sua totalidade. Parte o autor da aceção básica de que o ser humano é bio-psico-sócio-espiritual, necessitado de liberdade e constituído pela capacidade de suportar o sofrimento, mesmo quando a vida parece longe de qualquer significado. É na obra de Frankl que encontraremos frágeis, mas voltadas para a realização do sentido e a efetivação do valor, ações consideradas normais e primárias da humanidade. (p. 13).

E mais, as críticas de Frankl quanto ao determinismo psicologista das teorias da época, enfatizam que o homem da atualidade não está emaranhado e sufocado pelas frustrações sexuais conforme defende as bases psicanalíticas quanto à gênese das neuroses do homem:

O homem de hoje, ao contrário do que ocorria nos tempos de Sigmund Freud, já não é sexualmente frustrado, mas existencialmente frustrado. E hoje sofre menos do que no tempo de Alfred Adler, de um sentimento de inferioridade do que de um sentimento de falta de sentido, precedido por um sentimento de vazio, de um vazio existencial para sua vida (FRANKL, 1991, p. 155).

Foi em 1926, numa *Associação de Psicologia Médica*, que, pela primeira vez, Viktor Frankl empregou o termo Logoterapia. Nessa época, ele ainda era um pesquisador/teórico. Sua obra deu origem à *Terceira Escola Vienense* ou *Terceira Força de Viena*, seguindo a trajetória das escolas de Freud e Adler.

A Logoterapia estrutura-se no ideia de que a vida tem um sentido (logos: sentido/ terapia: cura). Está motivada na reverência ao ser humano e na sua humanização. Amplia-se a cosmovisão de ser humano como um ser extraordinário, excepcional, responsável e capaz de situar-se diante das sujeições da vida, justamente porque possui uma dimensão espiritual que comporta as outras dimensões (psicológica, social e física) (FIZZOTTI, 1977).

- A busca e vontade de sentido: Frankl reconheceu – principalmente na psicanálise freudiana e na psicologia individual adleriana, a mesma dificuldade compreensiva do ser humano – “*a preocupação com um equilíbrio interno, numa perene busca pela cessação de tensão, como objetivo maior da*

gratificação dos instintos e da satisfação das necessidades, constituindo-se, assim, o fim de toda atividade que envolva a vida". (PEREIRA, 2007, p. 127).

O que de fato estimula o homem não é nem a vontade de poder (como assinala Adler), nem a vontade de prazer (como em Freud), mas sim o que Frankl chama de *vontade de sentido*.

Na logoterapia, a vontade de sentido é norteadora para uma efetivação de sentido, a qual mune uma razão para a felicidade; isto é, "*com uma razão para ser feliz, a felicidade surge automaticamente como efeito colateral*" (IBID, 2007, p. 129).

Frankl compreendia que cada pessoa tem uma aptidão própria ou missão especial na vida; cada um tem uma tarefa concreta determinando consumação. Mas tal tarefa – o sentido – não é algo parado: o sentido muda de acordo com a pessoa e a circunstância, uma vez que a existência de cada homem proporciona um caráter de algo único e as situações nas quais estamos envolvidos não são repetidas (FRANKL, 2015).

O problema do sentido da vida, quer se apresente quer não expressamente, cumpre defini-lo como um problema caracteristicamente humano. Por conseguinte, o pôr-se em questão o sentido da vida não pode ser, nunca, de per si, expressão do que porventura o homem tenha de doentio. (p. 55,56).

Na contramão do que se pensa, sentido da vida não é uma raciocínio abstrato, é uma efetivação concreta no mundo. Sentido pode ser compreendido como um modo característico de dar forma à circunstância e/ou vivência. Viver com sentido exprime, então, que o homem, com suas disposições e capacidades, seus sentimentos e sua aspiração, se coloque a serviço da proposta de cada hora, se confronte criativamente com ela, recebendo e dando ao mesmo tempo. Sentido é uma espécie de natureza de engajamento, de "*estar totalmente dedicado a uma causa*" (LÄNGLE, 1992, p.13).

O desvelar do sentido de vida sobrevém na forma de resposta à vida. Frankl (1993) entende que a pessoa não deveria perguntar pelo sentido, mas sim perceber-se questionada pela própria vida. Ou seja, conforme as circunstâncias se lhe apresentam, a pessoa deve responder na forma de uma ação comprometida com um sentido pessoal.

Ora, desde que os valores de atitude se incluam na esfera das possíveis categorias de valores, fica patente que a existência humana

nunca na realidade e propriamente se pode considerar sem sentido: a vida do homem conserva o seu sentido até “às últimas”, até o último suspiro (FRANKL, 2015, p. 83).

Por isso, Frankl observa a seriedade da responsabilidade (habilidade para responder). Diante de sua finitude – sabendo-se mortal o homem não pode adiar infinitamente a realização de sentido – e do caráter irrevogável de seus atos, o homem deve decidir perante que ou perante quem se julga responsável. “*O homem não é empurrado pelos instintos, mas é arrastado pelo que tem valor*” (ID., 1990, p. 12).

Na busca por sentido, Frankl salienta que tal aspiração humana é básica, primária, e não uma *racionalização secundária*, movida de impulsos e instintos. (Frankl, 2015). “*O que acontece, porém, é que o ser humano é capaz de viver e até morrer por seus ideais e valores*” (p. 125), uma vez que ao que anseia compreender sua existência, no sentido, o homem vê em cada situação um desafio a ser vivenciado – este que se apresenta como fonte motriz, o que vos dá sentido a vida, sem imposições internas, subjugo psíquico ou mecanismos inconscientes.

- Ontologia dimensional: tem como compreensão aproximar-se da realidade em si, superando restrições e desvendando as bases humanas fundamentais, tendo como desígnio o *ser-em-sí*, o ser tal como é. Muito embora a visão do homem em Hartmann e Scheler tenha se mostrado na busca de um entendimento mais humano e existencial, somente Frankl favorece encontrar esta concepção total do ser humano (SOUZA & GOMES, 2012).

A intensidade, dimensão e profundidade da logoterapia consistem em compreender através de um esboço a perspectiva histórica da pessoa, encontrando solidez tanto na filosofia como na ciência, compreendendo assim, a formulação de uma imagem unicamente humana.

Ao olhar esta *imagem* humana percebemos seu próprio ser através de sua humanidade. A Logoteoria alega que tão-somente quando se fala do espiritual é que se começa a falar do especificamente humano, onde se encontra a “pessoa”. A *pessoa* é o centro funcional do ser finito, centro do espírito, mas não existe, só possui existência na livre consumação dos seus atos e mediante eles (SOUZA & GOMES, 2012).

Frankl expõe um modo dimensional de compreender o homem, alvitando o conceito geométrico de dimensões, ponderando ter salvaguardado a unidade antropológica (vivências, crenças, modos de vida) sem minimizar as diferenças ontológicas. Neste ponto de vista exprime duas leis para sua ontologia dimensional:

A primeira lei é assim formulada: um só e idêntico fenômeno, projetado para fora de suas dimensões em dimensões inferiores às suas, dá origem a figuras diversas em nítido contraste entre elas. A segunda lei da ontologia dimensional afirma: (não apenas um só e idêntico fenômeno, mas sim) diversos fenômenos, projetados para fora de suas dimensões, não para dimensões diversas, mas para uma mesma dimensão inferior à própria, dão origem a figuras que não estão em contrastes entre elas, mas parecem ambíguas. (FRANKL, 1990, p.52).

Na compreensão ontológico-dimensional de Frankl, somente a dimensão espiritual deixa transluzir aquilo que compõe a realidade específica do homem. E somente à luz dessa perspectiva se consegue harmonizar a unidade antropológica e a multiplicidade ontológica.

Evidentemente, a dimensão superior, a mais abarcante (a espiritual) resguarda a unidade sem negligenciar das diferenças. Mesmo quando o homem não é um ser excepcionalmente espiritual, somente esta dimensão institui sua humanidade (SOUZA & GOMES, 2012).

Aquino (2013, p. 43,44) salienta que quanto às dimensões ontológicas propostas pela logoterapia,

“o indivíduo possui um corpo (soma), uma psique, entretanto sua essência se encontra numa dimensão além: a dimensão noética/espiritual, essa última dimensão compreendida mais como uma dimensão antropológica do que religiosa”.

- Dimensões humanas e a dimensão noética: O vocábulo *noético* origina-se na palavra grega *nous* (espírito ou mente) e é nessa dimensão espiritual que se encontra as escolhas humanas face às condições corporais e de existência psíquica, além das decisões pessoais de vontade, intencionalidade, interesse prático e artístico, criatividade, senso ético e a compreensão do valor (LUKAS, 1989).

Aquino (2013) declara que o ser humano é uma unidade na pluralidade e a dimensão noética, o núcleo confluyente de toda a dimensão humana. A ontologia dimensional de Frankl permite o homem como um ser tridimensional,

isto é, sua totalidade é representada pela dimensão somática, psíquica e espiritual.

A *dimensão somática* alude-nos aos elementos corporais do homem, abarcando toda a estrutura fisiológica vital. A *dimensão psíquica* incide nas disposições, aspirações, sensações, desejos, comportamentos adquiridos, costumes sociais do homem. E na *dimensão espiritual ou noética*, toda tomada de disposição livre frente às condições corporais e psíquicas da existência humana.

Em oposição ao reducionismo psicodinâmico, naturalista e cartesiano do psicologismo (até atual) Frankl (2015) expõe que a vivência se dá de caráter *noodinâmico* (dinamismo noético). A *noodinâmica* é a tensão tipicamente humana, a dinâmica existencial.

Viver esquadrihando redução de tensão ou *homeostase* contrapõe-se à autotranscendência humana, uma vez que a *noodinâmica* é a tensão que se constitui entre o homem e o sentido, entre o ser e o *dever-ser*. E nela está contida a liberdade; as importâncias que nos engodam não o fazem de maneira instintiva ou impulsiva, mas podemos optar (escolher) por sua realização (ROEHE, 2005).

- Logoterapia e religião: Frankl é enfático quando separa a religião (preceitos e conceitos religiosos) da psicologia, mas não anula a experiência religiosa das pessoas e sua abrangência do campo da compreensão humana. As vivências religiosas fazem parte da humanidade e tal deve ser compreendida como composto da realidade do homem.

Muitos termos utilizados pela Logoterapia são adjetivos das religiões como “*Deus*”, “*espírito*” e até mesmo “*síndrome de Jonas*” (referindo-se ao personagem presente nos Escritos das duas religiões – cristianismo e judaísmo - correlacionando o medo que Jonas sofreu ao ser mandado para a cidade de Nínive) ao medo de enfrentar os desafios da vida.

A logoterapia como logoteoria orientada para o sentido seguramente há de se atalhar necessariamente do prodígio universal da fé. “*A fé não é um pensar diminuído da realidade da coisa pensada, mas um pensar acrescido da existência daquele que pensa*” (FRANKL, 1978, p. 275). A fé não deve ser rígida, mas firme. Afinal,

quem não sente firme em sua fé se agarra com ambas as mãos a um dogma inalterável; quem está seguro na sua fé dispõe das mãos livremente e as estende para os seus semelhantes, com os quais está em comunicação existencial. (IBID., p. 280).

Frankl (2011) quanto às práticas psicoterápicas e fundamentos da logoterapia, esclarece isto, quando diz que *“a logoterapia não quer cruzar a fronteira entre psicoterapia e religião, mas deixa a porta aberta a esta, deixando ao paciente a escolha de passar por ela ou não”* (p. 178) e remata salientando que

nossa escola não constitui uma psicoterapia protestante, católica ou judaica. Uma psicoterapia religiosa, no sentido mesmo da palavra, seria inconcebível, por conta da diferença essencial entre psicoterapia e religião, que é, na verdade, uma diferença dimensional. (IBID., p. 78).

- Sentido de sofrimento: *“Na história da humanidade, o sofrimento sempre se fez presente, decorrente de vários fatores: guerras, pobreza, pandemias, violência (no seu mais completo termo), desnutrição, etc. Hodiernamente, os dados apenas têm aumentado geometricamente, se considerarmos as estatísticas”* (MOREIRA & HOLANDA, 2010, p. 347).

Como já citado, Frankl passou (quando criança) pela fome da 1ª Guerra Mundial e pelos campos de concentração nazista da 2ª Guerra Mundial. Viu (e sentiu) de perto os horrores da sanie de um conflito geopolítico. Não tão somente falando de guerras, o sofrimento humano está entre nós mais presente do que possamos imaginar, pois, todos os dias nos deparamos com miséria, tentativas (e consumação) de suicídios, doenças ou desesperos diversos.

“A questão do sofrimento humano tem chamado muito a atenção. O sofrimento está muito presente. E a conjuntura social contribui para isso de uma forma que não ocorria nas sociedades tradicionais” (SILVEIRA, 2007, p. 16).

O sentido do sofrimento nem sempre é manifesto, e quando evidenciado, é apenas num tempo tardio e, portanto, é limitativo. Os exemplos geralmente são extraídos da própria experiência, *“donde se depreende que algum fato realmente doloroso em sua vida bem pode ter tido, a partir de uma visão mais tardia, um sentido que naquela ocasião não lhes era patente”* (LUKAS, 1989, p. 198).

Desde os primórdios da humanidade, conjecturas sociais e com o advento do psicologismo científico, sofrer sempre se abarcou de uma tonalidade negativista, sentimento este que exprime necessidade de imediata remoção para a manutenção da saúde psíquica. A logoterapia vai mais além do sofrer, buscando compreensão humana e real sentido contidos no sofrimento.

O que fazer mediante o sofrimento? Entende-se que a aflição, angústia, agonia são processos finais de um ciclo humano, não havendo mais possibilidade de significação da vida? Sofrer necessariamente expressa uma vida marcada pela centralidade do sofrimento? O que exprime um sofrimento?

Bem, a logoterapia traz à luz de nossa compreensão a busca por todas estas respostas, sem invalidar o sofrimento quando este decisivamente acontece.

No que se refere ao sentido de sofrer, Frankl (2015) explana que:

Não devemos esquecer nunca que também podemos encontrar sentido na vida quando nos confrontamos com uma situação sem esperança, quando enfrentamos uma fatalidade que não pode ser mudada. Porque o que importa, então, é dar testemunho do potencial especificamente humano no que ele tem de mais elevado e que consiste em transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento em numa conquista humana (p. 136,137).

Entretanto, Frankl salienta que não é necessário sofrer para encontrar um sentido na vida. Mesmo sem sofrimento, é possível ir à busca e encontrar sentido de viver. Em muitas situações, quando o sofrimento é inevitável, uma vez que se pode evitar padecer, todos nós iríamos à causa raiz para eliminá-lo, sendo este sofrimento psicológico, biológico ou político, por exemplo. “*Sofrer desnecessariamente é ser masoquista, e não heroico*” (IBID., p. 138).

É o que nos ratifica Moreira & Holanda (2010), quando simplifica que se a vida tem um sentido, o sofrimento também tem, sendo este último, oriundo das vivências humanas. “*O padecimento, enquanto necessário, é uma possibilidade de algo pleno de sentido. Sofrimento desnecessário é sofrimento destituído de sentido, todavia, sofrimento necessário significa sofrimento permeado de sentido*” (p.349).

• Tríade trágica: Frankl explana que o sofrimento tem três elementos as quais chama de *tríade trágica: a dor, culpa e morte*. Os três subsídios do sofrimento são inerentes às vivências humanas e, assim, corrobora a evidência desta tríade quando acontece, já que sofrer é inevitável: “*Não há um único ser*

humano que possa dizer que jamais sofreu, que jamais falhou e que não morrerá” (FRANKL, 2011, p. 94).

Frankl (2011) também salienta que a tríade trágica é a 3ª tríade de sua logoterapia (que as outras duas são: *liberdade, vontade de sentido e sentido da vida* e que o sentido da vida tem três aspectos, que são *valores de criação, experiência e atitude*).

Quanto ao sofrimento como alicerce da tríade trágica, tolerar uma vida sem sentido é um sofrimento, mas não uma doença. Realmente, a vida é (e pode) ser vivenciada sem algum sentido? (MOREIRA & HOLANDA, 2010).

Para Rodrigues (1991), a culpa é descrita como a “*síndrome inescapável*”, uma vez que se erra, estando no passado (e/ou na lembrança), o ato/ação não pode ser desfeito, refeito para anular, restaurado, invalidado, ou seja, na culpa, ou “*infortúnio inescapável*”, o homem se vê diante de suas consequências e passa a ser agente motivador da obrigatoriedade de reflexão, assumindo-os.

Contudo, existencialmente compreendendo este fenômeno humano, há um sentido para esta vivência, que favorece

motivá-lo a mudar e crescer, desafiando a sua dimensão espiritual na sua capacidade mais profunda de auto-transcendência. Crescimento este que só pode se realizar se o paciente aceitar sua culpa, aceitar as adversidades e as consequências de seus atos errôneos. (RODRIGUES, 1991, p. 167).

Aqui, Rodrigues cita a culpabilidade como processo de auto-transcendência para pacientes, entretanto, baseada na tríade trágica de Frankl, a culpa é um fenômeno humano que pode ser vivenciado em qualquer momento da vida, estando em sofrimento ou não. A questão é que podendo não estar em sofrimento (já que a culpa é um dos elementos do sofrimento), a partir do momento em que se sente culpa, sofre-se.

Há de se reconhecer que as vivências dolorosas e sofrimento fortalecem o homem, afinal, “*a resposta que o homem sofredor dá, por meio do ‘como’, ao ‘porquê’ do sofrimento é sempre uma resposta sem palavras, mas, reiteremos, ela é, do prisma da fé num super-sentido, a única significativa*” (FRANKL, 1978, p. 283).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A pesquisa buscou compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e seus possíveis desdobramentos de objetivo central homônimo. De natureza qualitativa, tendo em vista a busca dessa compreensão a partir dos discursos dos participantes e a análise propriamente dita se desenvolveu a partir do pensamento Viktor Frankl, que possui como fundamento a busca pelo sentido de vida.

Quanto à natureza, a pesquisa qualitativa me permitiu profundo desvelo no discurso do entrevistado. Admitiu compreender essências as quais nenhum outro método permitira. As falas e os sentidos atribuídos pelo entrevistado estavam (e estão) muito além de métodos cartesianos e positivistas que retalham suas amostras numa dimensão bionicista, excluindo o ser humano em sua totalidade.

Dos diversos espaços, *“o espaço da interlocução com o humano, o espaço de busca dos significados que estão subjacentes ao dado objetivo, o espaço de reconstrução de uma ideia mais abrangente do que é empírico, um espaço de construção de novos paradigmas para as ciências humanas e sociais”* (Holanda 2011, p.156).

Normalmente os métodos qualitativos como modelo distinto de abordagem empírica, estão especificamente voltados para os “fenômenos humanos”, assim, um método que se esquivava do modelo tradicional e de conexão das aparências empíricas através da medição e controle, podendo então conectar-se aos diversos e complexos desvelamentos da existência humana, dentre elas, a busca de sentido em estar vivendo alguma fase da vida conforme propôs compreender o projeto de pesquisa.

Quanto ao método utilizado para acessar os resultados obtidos, baseou-se no método fenomenológico de pesquisa em psicologia, uma vez que a pesquisa abrangeu pessoas, não somente de quem foi entrevistado, mas de quem também estava entrevistando e buscando compreender significados de fenômenos que são vividos, ao contrário da tradição clássica da ciência naturalista. (HOLANDA, 2014) revela que *“como instrumental de pesquisa, a metodologia fenomenológica se constitui num conjunto de procedimentos para a exploração da consciência imediata e da experiência”* (p. 84).

O método fenomenológico é uma ferramenta que nos últimos 20 anos ganhou expressivo renome entre estudos e pesquisas empíricas em psicologia, em especial, sob o prisma de dependurar críticas, enrijecimento de métodos, ou modelo cartesiano de compreender fenômenos humanos (DECASTRO & GOMES, 2011).

Após aprovação junto ao Comitê de Ética do CECON, busquei um contato inicial com o local para compreender tratativas, formas de funcionamento da Instituição, assim como, compreender como seria a abordagem dos participantes, local de entrevista, cadastramento no Departamento de Ensino e Pesquisa e permissões de acesso às dependências do hospital.

As entrevistas ocorreram na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) nos dias 03 e 06/07/2017. De forma randômica, foram entrevistados 20 pacientes que realizam tratamento oncológico no FCECON, subdivididos em 10 participantes do sexo feminino (dia 03/07) e 10 do sexo masculino (06/07).

Participaram da pesquisa apenas entrevistados maiores de 18 anos (ou idade igual a 18 anos no dia da entrevista). Os pacientes receberam codinomes a fim de preservá-los conforme sigilo descrito no TCLE. Homens receberam nomes de pássaros e mulheres, de flores.

Este quantitativo se deu ao fato de que como foi utilizada entrevista de natureza qualitativa sob viés do método fenomenológico de pesquisa em psicologia e áudio-gravada, o número de participantes foi percebido como suficiente para o desvelamento do fenômeno pesquisado.

As obtenções das entrevistas se deram, inicialmente, mediante Termo de Anuência da instituição onde os pacientes realizavam tratamento. Foi apresentado aos participantes do estudo o objetivo do trabalho e a importância de sua participação, procurando manter um clima de respeito mútuo e total esclarecimento acerca do projeto a qual fizeram parte.

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

ocorreu. A entrevista foi totalmente áudio-gravada e posteriormente transcrita.

A entrevista partiu de uma questão norteadora: "Gostaria que o Sr. (a) descrevesse para mim como tem sido sua vivência neste hospital, o que você sente, o que pensa sobre isso?".

A partir desta questão inicial, outros desdobramentos surgiram, na qual foram então perguntadas: a) Qual (quais) vivências hospitalares gostaria de descrever? b) A partir de seu diagnóstico quais as modificações e/ou mudanças ocorreram em sua família? c) Quais interferências o diagnóstico provocou em suas relações? d) Como é para você lidar com a morte de outro paciente com o qual conviveu neste período em que está em tratamento? Tais perguntas serviram como roteiro de entrevista seguindo orientações e sugestão do Comitê de Ética da Instituição.

Todas as entrevistas adotaram o tempo estipulado de 50 minutos cada entrevistado. O tempo de entrevista entre cada paciente variou conforme seguiu de forma natural a condução da entrevista e as falas do entrevistado. As entrevistas do dia 03/07 ocorreram na sala 11 da Instituição, pois a sala de psicologia estava sendo utilizada no dia da entrevista. Já as entrevistas do dia 06/07 ocorreram nas duas recepções centrais do hospital, pois no dia não tinha nenhuma sala disponível para tal.

As entrevistas foram avaliadas conforme salienta Martins & Bicudo (2005), seguindo as etapas elencadas abaixo:

a) Audição dos áudios gravados: antes de qualquer descrição, os áudios foram todos ouvidos, para, a partir disto, poder realizar a transcrição detalhadamente;

b) Leitura das entrevistas: foi feita total leitura das entrevistas, que serviu apenas como uma forma de compreender o que o participante estava buscando dizer ali. Não se buscou aqui ainda qualquer explanação do que estava exposto, sem tentativas sumárias de identificação de quaisquer características ou elementos escritos;

c) Releitura: foi realizada releitura mais específica buscando atentar-se para os reais significados desvelados pelo entrevistado.

d) Unidades de significado: diante das declarações expressivas, buscou-se compreender o que se percebeu no que foi expresso pelo participante, deste modo buscando-se expressar o insight psicológico, ou seja, o que se

compreendeu através da fala do entrevistado e o que o participante estava querendo me dizer. Então, neste momento é o que o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia caracteriza como identificação das Unidades de Significado, o sentido expresso nas falas, o que fora realizado pelo pesquisador.

Foi então após buscar compreensão das entrevistas e elencar as unidades de significado (a construção e concepção dos resultados), que buscou-se avaliar as similaridades, convergências e/ou variantes destes fenômenos, ou seja, a partir das Unidades de Significado foram elaboradas as Categorias de Análise.

A análise dos dados foi baseada na compreensão analítica-existencial de Viktor Frankl. A busca de sentido e os fenômenos desvelados são características que a pesquisa qualitativa me permitiu ter acesso à compreensão – assim como, através do método fenomenológico, pois, [...] *“o fenômeno não é a aparência, e sim, a manifestação ou revelação de que há a coisa mesma ou a ser em si, sendo o abrir-se e o manifestar-se da própria realidade vivida pelo sujeito”* (PETTENGILL & ANGELO, 2000, p. 92).

Mediante tais estruturas de pesquisa, o projeto partiu de uma análise baseada nos pensamentos de Viktor Frankl, fundador da logoterapia, que tem como escopo principal a busca pelos sentidos que cada um de nós dá para nossas vivências, experiências de vida e significados a elas atribuídos.

Quando estamos falando de sentido, estamos fazendo referência ao significado, à coerência, à busca e um propósito que constantemente necessitamos. No contexto hospitalar proposto neste projeto, *“o que sente em estar aqui, neste hospital?”*

Quanto às considerações éticas, o projeto seguiu as determinações contidas na Resolução CNS 466/12, encaminhando o estudo para avaliação na Plataforma Brasil que o encaminhou ao Comitê de Ética em Pesquisa, aprovando o projeto no dia 27/06 em sua 3ª edição. Vale ressaltar que o projeto teve sua 1ª edição aprovada em 23/04/2017.

A aquisição dos dados deverá iniciar após a aprovação do protocolo e do projeto de pesquisa elaborado de acordo com o preconizado pelas diretrizes do CNS, pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O pesquisador elaborou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a normatização existente na Resolução 466/12 do CNS, explicitando o objetivo da pesquisa, obtendo a assinatura dos (das) participantes, assim como também a autorização para a realização da gravação da entrevista. O documento foi feito em duas vias em que uma via foi entregue para o entrevistado e a outra via ficou com o pesquisador).

O projeto seguiu todos os critérios de inclusão descritos, tais como ser maior ou igual a 18 anos de idade e ter sido diagnosticado com câncer (independentemente da tipologia) há pelo menos 12 meses de modo a não despertar questões emocionais profundas, assim como, pacientes em acompanhamento médico e realizando tratamento na instituição citadas no item. Também seguiu critérios de inclusão como estar em plenas funções cognitivas e mentais durante a entrevista e independentemente de estado civil, religião, filosofia de vida, raça, gentílico ou escolaridade.

O primordial critério foi que todos (as) que ao aceitarem participar da pesquisa, aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o que ocorreu de forma natural.

Diante do explicitado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido conjuntamente com cada um deles, buscando a aquiescência para a realização da pesquisa. Neste momento, os participantes tomaram conhecimento acerca dos riscos e dos benefícios relativos à pesquisa.

Foi explicitado aos participantes o sumo valor de suas contribuições na composição do projeto. Os benefícios de cooperar, descrever suas experiências, vivências, modos de vida, cosmovisões, enfrentamento e *experienciação* de uma doença crônica, corroborando o objetivo do projeto, não tão somente escutá-los e seguir uma cartilha, mas trazer para a sociedade amazonense questões e discussões acerca de vossas caminhadas como ser-para-enfrentamento.

Questões como *o que o hospital pode mudar acerca da fala do outro, o que minhas vivências dizem a respeito do atendimento, quais dificuldades encontradas podem ser superadas*, humanizando o processo hospital do hospital em questão. *O que a fala do paciente entrevistado pode acrescentar para outras pessoas que atravessam a mesma experiência de vida.*

Como pesquisador, necessitei compreender que indivíduo é esse em tratamento e qual seu olhar para suas vivências em âmbito hospitalar, objetivando desenvolver outros projetos em saúde coletiva, processos de melhorias coletivas para nossa população, assim como, a busca incessante por promoção de bem estar e saúde integral em nossa rede hospitalar regional, salientando a importância de pesquisas que compreendam o ser humano amazônida e toda sua *trajetória de vida* como fonte de compreensão nas buscas destes sentidos.

Quanto ao ser-amazonense, Castro (2009) ressalta a natureza do *baré*, homem do norte, ribeirinho, caboclo, imigrante, sentinela das matas e dos rios. Relata a pátria das águas como lugar onde todos os amazonenses vivem, tiram seus sustentos, sobrevivem às dificuldades cotidianas, enfrentando desafios e preponderando novas possibilidades.

É um Estado multiétnico, multicultural, de diversas religiões, credos, línguas, etnias e heranças, que desde 1850, ano de sua elevação à categoria de província, abrigou múltiplos povos da Terra.

O Estado do Amazonas é o maior Estado do País, abrigando 4.063.614 de habitantes, conforme estimativas do (IBGE, 2017) distribuídos em 62 municípios. Com 1.559.161,682 quilômetros quadrados. O Estado detém um dos mais baixos índices de densidade demográfica do país, com 2,23 habitantes por quilômetro quadrado, assim como, possui a maior população indígena do Brasil, com 168.680 índios, de acordo com o Censo de 2010 do IBGE (GOVERNO DO AMAZONAS, s/d).

Respondendo à pergunta, qual foi o ganho que o participante teve ao relatar suas experiências hospitalares? A voz do entrevistado, ser amazonense seja ele de coração ou de nascença, gerou uma gama de possibilidades e desdobramentos, atingindo as diversas esferas às quais propôs a pesquisa, fossem ela na psicologia, no âmbito hospitalar, na ciência como um todo, mas acima de tudo, impacto este na sociedade amazonense, buscando mudança, transformação, melhorias, servindo como pontapé inicial para essa caminhada como pesquisador.

4 RESULTADOS

Aqui estão elencadas as categorias de análise conforme discursos dos pacientes entrevistados. Foram distribuídas em cinco conjuntos distintos, sendo que as duas primeiras apresentam subcategorias para melhor compreensão dos desvelamentos das alocações. São elas:

	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS
1	A experiência da comunicação do diagnóstico.	1.1	Um momento repleto de angústia, medo e tristeza: revelam as mulheres.
		1.2	Um momento caracterizado como o seguir a vida, tristeza, finitude, choque, desespero: revelam os homens.
2	É premente seguir adiante: os vários enfrentamentos.	2.1	Negação.
		2.2	Enfrentando preconceito, discriminação e o estigma social da doença.
		2.3	Apoio social: a importância das relações
		2.4	E na relação conjugal, um apoio fundamental.
		2.5	Religiosidade e espiritualidade: base para continuar a lutar pela sobrevivência.
3	A vivência na instituição: entre medos, desafios e possibilidades.		
4	E no retorno à instituição, novas compreensões.		
5	O câncer e a percepção da finitude.		

4.1 A experiência da comunicação do diagnóstico

Um dos aspectos mais marcantes e que foram trazidos nos discursos diz respeito ao momento em que o diagnóstico é comunicado. O impacto é bastante acentuado. As falas traduzem o choque, o abalo, o medo pela família, a depressão. A dureza da revelação, o desespero, a disparidade do sentimento:

4.1.1 Um momento repleto de angústia, medo e tristeza: revelam as mulheres:

Pra mim foi um choque muito grande e a minha mãe é uma mulher bem idosa, eu fiquei com medo da reação dela, eu não queria que a minha família soubesse. (Jade).

O chocante foi só a descoberta mesmo, mas esse chocante, eu quero te dizer porque ninguém tá preparado pra ouvir uma notícia que você tá com câncer, ninguém tá preparado pra isso, porque diante dessa, dessa notícia, ela vem o que, ela vem um decreto de morte, porque câncer, vai morrer, não é? (Rubi).

Quando eu fiz a segunda biópsia foi profunda e eu achei assim... pra mim *arrasante* aquilo né, então abalou muito, eu não queria contar para a família, eu não queria contar pra ninguém, eu queria só o segredo pra mim, mas eu achava que aquilo ali eu ia conseguir superar né, aí depois que a família todinha soube. (Turmalina).

Quando descobri há dois anos foi um choque, não vou negar, achava assim que eu ia morrer porque todas as pessoas que eu conhecia que tiveram um câncer, elas faleceram né [...] quando descobri o diagnóstico, fiquei deprimida mesmo, não queria mais viver, que fosse assim, rápido né porque sabia que tinha. Só sabe quem passa ou como paciente ou como cuidador de alguém doente. (Ametista).

4.1.2 Um momento caracterizado como o seguir a vida, tristeza, finitude, choque, desespero: revelam os homens:

Com dois anos de tratamento recebi o diagnóstico e os médicos me falaram que infelizmente não tem cura e a expectativa é ficar na minha e tocar o barco, amanhã é outro dia. (Bem-te-vi).

Depois de uma semana saiu meu diagnóstico aí me mandaram direto pra cá pro CECON, quando me mandaram pro CECON eu já vim debilitado, com a ideia de que o câncer ia acabar com a minha vida. (Beija-flor).

Quando recebi esse diagnóstico, fiquei triste na minha vida sabe, o câncer mata, tenho visto muitos morrerem, por isso que fiquei triste. (Sanhaço).

Depois que eu recebi o diagnóstico da próstata, eu não fiquei triste, eu fiquei alegre porque sabia que Deus poderia me ajudar, eu sei que temos que passar pela mão do homem, do médico e que Deus deixou o ensinamento pra todos aqui na Terra, mas em primeiro lugar nós temos que agradecer a Ele, a Deus eu me sinto alegre, feliz, hoje estou alegre. (Sabiá).

Logo no diagnóstico foi difícil porque é um impacto né, a gente não tá preparado psicologicamente pra receber um diagnóstico de câncer, essa palavra é muito dura, é muito bruta, aliás, o médico que me diagnosticou foi muito abrupto falou secamente então senti um impacto muito grande e nesse impacto emagreci 14 kg em um mês. (Japiim).

Senti-me pra baixo, o médico não falou abertamente, falou apenas pra minha esposa, disse que não tinha nem dois meses de vida e se eu conseguisse retornar à consulta, seria milagre. (Papagaio).

Senti-me um pouco inseguro quando recebi o diagnóstico, mas procurei não entrar em pânico e desespero, quis estar tudo dentro da naturalidade para não me desesperar. (Garça).

4.2 É premente seguir adiante: os vários enfrentamentos

Diferentes são os modos de enfrentamento que as pessoas passaram a vivenciar a partir da comunicação do diagnóstico e o adentrar esse mundo da doença. Percebe-se nos discursos desde um processo de negação, perpassando por situações cotidianas em que é premente enfrentar momentos de preconceito, fatores relacionados ao estigma social do câncer, o apoio social e a religiosidade, estes últimos elementos fundamentais em todo o processo desencadeado a partir da comunicação do diagnóstico.

4.2.1 Negação

A comunicação do diagnóstico de uma doença crônica, como o câncer, dada a dimensão do emocional que aí está envolvido, propicia que as pessoas diagnosticadas adentrem um processo de negar a possibilidade de estarem acometidas pela doença. Assim, os excertos de discursos nos trazem.

A não aceitação:

Eu tive que ser uma cirurgia rápida e mesmo assim eu não aceitei, não aceitei, não quis fazer a cirurgia. (Jade).

Na minha primeira chegada aqui foi um pouco frustrante, pra mim né, porque nunca tinha passado por essa situação, nunca tinha vindo aqui, porque o fato só de falar nesse hospital que é tratar pessoas que sofrem de câncer então, pra mim foi muito triste, eu sofri muito, chorei muito, não queria vim pra cá porque eu não queria aceitar que eu tava com câncer e então eu procurei outros lugares pra me não vir pra cá, mas acabou todos os lugares que eu fui me mandando pra cá. (Esmeralda).

Correlacionar com a característica da instituição:

Quando eu vim, eu não queria vim pro CECON, eu tinha avesso, eu acho que qualquer pessoa que nunca passou por isso, não quer vir num hospital que trate de pacientes com câncer eu acredito muito que a maioria das pessoas pensa assim. (Ametista).

Não estar com “esse problema”: a não nomeação da doença:

Primeiramente que não tô com esse problema, me cuido, todos os anos faço acompanhamento, exame de rotina, eu venho todos os anos. Não fui diagnosticado com nada, mas venho todos os anos. Eu venho pra fazer a prevenção apenas. Tem que se cuidar né. [...] Há 15 anos que faço esse mesmo procedimento. (Gavião-real).

4.2.2. Enfrentando preconceito, discriminação e o estigma social da doença

O diagnóstico de câncer provoca modificações na vida das pessoas diagnosticadas. Comunicar às pessoas de seu círculo social provoca o afastamento destes, e fica claramente estabelecido nas falas, o sofrimento que passam a vivenciar em decorrência da não compreensão, por parte de outros, acerca da doença. Dessa forma:

Questiona-se o olhar o outro que considera a doença como transmissível:

Porque eu não sei o que acontece com a sociedade, mas eles acham que uma pessoa quando ela é diagnosticada com câncer é como se fosse uma doença transmissível, tem aqueles que se afastam né, e na verdade não é isso, então eu procurava não falar pra todo mundo porque eu não queria que ninguém se aproximasse de mim por pena, eu não queria que ninguém se achegasse a mim. (Jade).

Eu vi casos também de pessoas que sofreram preconceito, que as pessoas acham que câncer pega, não pega, eu não tive isso, não sei. (Rubi).

A vivência da discriminação no seio familiar:

Mas as pessoas lá de fora, não dão força, tem preconceito, entendeu? [...] quando descobriram logo que eu tava com CA na minha casa, família do meu esposo, disseram que pra ele me mandar pra casa da minha família, pra me dá trabalho pra lá, pra me não dá trabalho lá pra ele, pra ele me mandar embora né, como se assim, pega esse bicho e leva lá pra banda da mãe né, que quando ele me visse careca, sem cabelo, sem maquiagem, ele ia me deixar né, que ele não empatasse a vida dele comigo, porque ele ia empatar a vida dele comigo e chegaram até a dizer pra ele pra ele me mandar, pra me não prender ele a sofrer junto comigo né. (Esmeralda).

A vivência do preconceito relacionada ao grupo religioso:

Frequento a igreja católica e o diagnóstico, que eu percebo assim, tem preconceito com os amigos né. (Topázio).

É difícil enfrentar essa doença maldita porque o câncer é pior que a AIDS, ela mata rápido [...] Eu que não me sentia à vontade de receber os irmãos da igreja, eu mesmo tinha preconceito comigo mesmo, vergonha, fiquei muito tempo sem ir pra igreja. (Papagaio).

As pessoas “não são mais as mesmas”, o distanciamento se efetiva:

Infelizmente senti mudanças né porque existe aquele preconceito entendeu, a gente percebe que as pessoas não são mais as mesmas. (Bem-te-vi).

Os estigmas se apresentam sob as mais variadas fâcias, tais como a imediata relação com a morte de alguém ou como um veredito:

Porque o que acontece todos os dias é isso quando alguém é diagnosticado com câncer, que ele tenta compartilhar com alguém, a pessoa sempre traz uma história triste de alguém que ela conheceu, de alguém que ela conhece que conheceu uma pessoa que morreu. (Jade).

Câncer é câncer, ele vem com decreto de morte, porque, vamos dizer todos nós estamos, quer dizer, numa corda bamba, estamos em tratamento não é, estamos vivendo um dia após dia, o ontem já passou, o amanhã não sei se vem, vamos ver hoje, mas mesmo assim, a gente pensa assim, poxa, quem sabe mais tarde não volta e a gente morre né? (Rubi).

Aí tem pessoas 'ah, fulano morreu de câncer', 'fulano não tem os seios porque tiraram os seios', então tudo isso pra mim era um sofrimento né, eu chorava muito, sofri muito logo no começo. [...] Pra muitas pessoas que tão aí fora, pensam que porque a gente tá com câncer, que a gente vai morrer, que o câncer pega, tem gente que disse pra mim 'olha, tem que separar o copo dela, o prato dela, a comida, a vasilha onde faz as coisas dela, pra não pegar bactéria do câncer' (Esmeralda).

Sinto vergonha, evito estar comentando, são poucas pessoas que sabem, comento, porque se comenta, tem falatório, tipo, vai morrer, tá morrendo, isso não pode porque câncer é fatal mas quando no início, tem gente que se salva, pessoas que lutam e conseguem a cura. (Jaçanã).

O conhecimento de pessoas que foram à óbito em decorrência do câncer:

Quando eu recebi o diagnóstico, aquilo me deixou bastante debilitado porque é uma das piores doenças que existem nesse mundo então eu já vi muitas pessoas sofrerem com esse problema e não resistir. (Beija-flor).

4.2.3 Apoio social: a importância das relações

O cotidiano dessas pessoas passou por várias transformações a partir da comunicação do diagnóstico de câncer. Entretanto, vale salientar que, dada a dimensão emocional aí envolvida, o apoio da família e dos amigos tende a ser referenciado nos discursos como algo de fundamental importância para que o enfrentamento seja vivenciado de forma mais segura, redimensionando a esperança em conseguir a cura.

Dessa forma, os discursos das **mulheres** nos trazem as seguintes compreensões:

O apoio familiar:

Eu agradeço muito a Deus pelos amigos que eu tenho, pela minha família [...] eu pude ver que na minha vida eu tenho amigos e amigas porque eles me deram muito mais apoio que minha família, uns se afastaram, mas os meus amigos eles se aproximaram, aqueles que eu nem pensei que gostavam de mim, foram as pessoas que mais me deram apoio [...] se doaram pra estar perto de mim, me acompanhavam em consulta, me acompanhavam em exames, estiveram comigo no dia da cirurgia, no pós-cirúrgico, eu tive assim, uma sobrinha que, nossa, ela virou a minha mãe, ela virou a minha mãe. (Jade).

As vezes conversava com filho que mora comigo e ele dizia, ouvia alguma coisa e dizia 'mãe', aquilo, aquilo era uma injeção de ânimo que ele dava, 'mãe, onde é que tá a sua fé?' verdade... 'não precisa se preocupar não mãe', aí eu vou, as vezes ele mandava mensagem, 'mãe, você já tá curada', 'e aí como foi os exames?', não se preocupe você já tá curada, esse aí era o apoio deles né, e quando precisava de pagar um exame caro eu contava com ele, com os filhos né, 3 filhos que eu tenho então é assim, então não tenho do que me queixar. (Rubi).

Minha vivência com relação ao CECON não tá sendo muito difícil porque eu tenho apoio né, da família e apoio também do meu marido que tá comigo que, acredito que se não fosse isso também eu poderia tá um pouco mais abalada né, mas graças a Deus recebi apoio de todos [...] acredito que muitas pessoas não tem esse apoio que eu tive entendeu, então as pessoas sofrem quando você recebe a notícia e eu acredito que mais o psicológico delas ficam muito abalada quando descobrem que tem o câncer, porque não tem com quem conversar (Topázio).

O apoio dos amigos:

No período da faculdade minhas amigas me ajudavam, me acompanhavam entendeu e consegui concluir minha graduação [...] todo mundo me apoiou, todo mundo disse que iria dar tudo certo e que bola pra frente, se for pra gente fazer a gente vai fazer entendeu e todo mundo apoiando sempre, ninguém dizia 'ah, tu vai morrer', não, nenhum momento teve esse detalhe de falar assim, mesmo todos sabendo e agindo naturalmente, fomos fazendo as coisas conforme o que os médicos pediam e tamo aí até agora. (Safira).

Mas eu vi aqui apoios de gente que eu não conhecia né, tinha gente que me dava mais força no leito, tiveram amigas minhas que não tão mais aqui, mas me deram força, 'não, tu vai sair dessa, luta, olha eu tô lutando até onde Deus não quiser' (Esmeralda).

Venho desde o começo só né, não tenho nenhum familiar que me acompanhe, mas quando eu soube, eu recebi a notícia do médico do que eu tinha e a gravidade, nesse momento eu precisei tanto de alguém do meu lado, não tinha. [...] então meus amigos foram ali, me ajudaram no que podiam né com palavras, financeiramente né, com

incentivo de que tudo ia dar certo né, assim, sentam, escutam eu falando né pelo que eu passei (Diamante).

Muitas pessoas se afastaram, aquela bela amizade entre aspas, amigo pra dizer 'quer um copo com água' não existe, mas a vizinhança graças a Deus deu o maior apoio assim, nesse negócio de alimentação, se eu tomei café, se eu almocei, eu fico sozinha em casa (Ônix).

Os discursos dos **homens**, por sua vez, trazem o seguinte:

O apoio familiar:

Eu procurei tranquilizar minha família, vamos ter fé pra seguir em frente, minha família ficou um pouco triste, mas aceitou a realidade. Minha família sempre foi unida, tenho quatro filhos, todos moram comigo. (Uirapuru).

Eles passaram a se preocupar mais e me dar mais atenção, inclusive até meus irmãos, porque sempre fui muito afastado deles, mas meus irmãos se aproximaram mais [...] Notei que algumas pessoas melhoraram comigo, se aproximaram mais de mim, principalmente porque somos evangélicos e houve mais aproximação principalmente os irmãos da igreja. (Japiim).

Tenho seis filhos e nem todos me ajudaram nessa caminhada né, alguns vinham ficar comigo um ficava um dia, outro ficava outro, mas nem todos me ajudaram a não ser minha esposa que me ajudou bastante, tá comigo direto. (Sabiá)

Eu tenho um neto e ele tem cinco anos, aquele menino foi uma terapia pra mim, ele me chamava pra orar, dizendo 'Senhor Jesus, meu avô tá doente, deixa ele comigo, não leva meu avô, eu preciso dele e ele de mim'. Essa criança orou comigo três vezes e eu senti libertação de Deus porque o amor de Deus entrou no coração daquela criança... e ele dizia 'vovô vamos vencer'. (Papagaio).

Completamente. A mudança foi pra melhor no começo, mas depois se afastaram, parece que se cansaram, me abandonaram. (Jaçanã).

4.2.4 E na relação conjugal, um apoio fundamental:

Uma das características relacionadas à doença, diz respeito a que as relações de uma forma geral sofrem comprometimento. A conjugal, não é diferente. Contudo, algumas falas trouxeram que houve aproximação, parceria, companheirismo por parte do cônjuge, como observamos os discursos a seguir:

Eu cheguei com ele e falei, não quero empatar a tua vida, eu não quero que tu sofras comigo porque eu posso ficar sem os meus seios, eu posso ficar sem o meu cabelo, eu posso ficar do jeito que o médico me falou, não vou mais ficar bonita, tu não vais mais me conhecer com esse cabelão, não vai mais me ver com essa roupa bem vestida, então eu quero que tu pegue as minhas coisas, eu arrumei as minhas coisas tudinho e eu quero ir embora pra casa da minha mãe, eu não quero mais ficar aqui contigo [...] ele disse assim

pra mim 'se eu tivesse de ter te deixado eu tinha te deixado antes, quanto tu tava boa porque eu te conheci boa, não te conheci tu doente então eu teria te deixado antes não agora' e desde lá que ele vem me acompanhando direto, todas as consultas, resultado de exame, biopsia, tudo era ele que sabia, não era eu. (Esmeralda)

Eu senti a aproximação do meu marido porque deve ouvir ou ainda vai ouvir relatos de casais até que se deixam né depois do diagnóstico né e o marido ele sai e quando eu me vi doente eu chamei ele e disse 'tô assim, assim e assim, vai ficar ou quer pular fora?', não deixa pra pular fora quando eu tiver prostrada numa cama, pula agora, ele ficou uma arara comigo né, 'que isso, parece que não me conhece' [...] eu acho que na realidade os homens que largam suas mulheres é por medo, não é por desamor, é porque eles têm medo, não querem ver aquilo (Ametista).

Senti um apoio muito grande, principalmente do meu esposo, [...] principalmente do meu esposo que ele tá 24h comigo, me ajuda, me dá força, só não pode vir aqui comigo hoje porque ele teve uns problemas pra resolver, mas quando ele pode ele me acompanha, graças a Deus não tenho que reclamar de nada (Quartzo).

Entretanto, o afastamento é compreendido:

Em relação à esposa, já fica meio assim, de banda né, mas isso é a vida, cada cabeça é uma cabeça. Eu não sei se eu tivesse na situação dela eu também enfiava o freio de mão com relação a contato, fazer isso, fazer aquilo como casal faz, eu entendo a parte dela. (Bem-te-vi).

4.2.5 Religiosidade e espiritualidade: base para continuar a lutar pela sobrevivência

Um dos parâmetros que caracteriza o humano diz respeito à religiosidade, elemento fundamental para que esse outro consiga ter forças para seguir adiante, caminhar novamente por si mesmo, indo além da comunicação do diagnóstico e toda a dimensão que o mundo-da-doença trouxe, tendo em vista que, uma doença como o câncer abala profunda e profusamente as pessoas.

E a religiosidade torna-se porto seguro, abrigo, possibilidade. E assim:

Na solidão encontro Deus:

Várias vezes eu me tranquei no meu quarto e eu fiquei sozinha, mas assim, na minha vida o que mudou foi o meu comportamento e a minha fé com relação a Deus, porque enquanto uns diziam que eu ia morrer eu tinha fé em Deus que Ele podia me curar [...] a fé que eu tenho em Deus é a oportunidade que Ele me proporcionou de continuar vivendo, é o que me faz assim viver dia após dia. (Jade).

Em tudo há um propósito:

E eu sempre já me apegava há muito tempo e nisso, com esse acontecimento eu, eu me apeguei muito mais ao um Ser maior que é

Deus e eu sempre cri como a Palavra d'Ele mesmo diz que nada acontece na sua vida sem a permissão d'Ele e tudo tem um propósito, se eu foi meu acompanhamento todinho direitinho dos meus exames e aconteceu, quero nem questionar, agora o que eu fiz, me apeguei a Ele, com fé continuo, me apegando. (Rubi).

Sem ninguém, mas com Deus:

Venho desde o começo só né, não tenho nenhum familiar que me acompanhe, mas quando eu soube, eu recebi a notícia do médico do que eu tinha e a gravidade, nesse momento eu precisei tanto de alguém do meu lado, não tinha, mas tinha Deus né, pessoa tem fé, ora que vai dar tudo certo. (Diamante).

Deus existe, mas depende de mim:

Eu entrei na Assembleia de Deus, porque meu genro é da AD, aí a minha filha juntamente comigo e os pais dele me convidaram, entrei e senti mais força entendeu, assim. Eu acredito que Deus existe, mas tudo depende de você. (Ônix).

A possibilidade de demonstrar que Deus existe:

Mas eu chego a dizer pra mim mesmo, que Deus Ele existe, se eu conseguir, eu ainda vou ter um grande testemunho pra contar porque pra mim tá... (Turmalina).

As várias possibilidades que a religiosidade indica, e nesse ínterim, o outro ora por mim:

[...] e quando me vi doente, voltei a acreditar em Deus, eu tinha que acreditar, a primeira coisa que me veio na minha mente foi 'meu Deus e agora', não tem jeito, seja a pessoa mais cética, ela vai lembrar de Deus nesse momento... e eu já vinha trabalhando a parte do espiritismo né, [...] Conheci pessoas que vinham até mim, diziam que estavam rezando por mim, de diversas religiões, do evangélico ao de terreiro de macumba, várias religiões entendeu?. Eu participei de uma cirurgia espiritual. Não sei se você já ouviu falar, na Igreja católica tem aquelas pessoas que tem o dom do espírito santo, fui também. Eu tinha que me apegar a alguma coisa né, entendeu, na realidade, foi na religião que eu me segurei, foi no desconhecido, foi numa força maior, não foi nada daqui não, desse mundo aqui não. (Ametista).

Sou evangélico, graças a Deus, então os pastores oraram por mim e graças a Deus me sinto seguro. (Sanhaço).

A vivência do inexplicável, a fé se consolida:

Quando iniciaram a cirurgia, com a anestesia na garganta, senti vontade de vomitar, sem nada no estômago, há mais de 8 horas sem comer. Eu vi 4 médicos no momento da anestesia, todos estavam ao meu redor e um deles todo de branco o resto com jaleco da cor do paciente, verde. Eu vi aquilo e dei glória a Deus. Eu vomitei tudo e saiu um pedaço de carne, de coisas estranhas e o médico pediu biópsia do que eu vomitei. Fui liberto, botei a doença pra fora. (Papagaio).

4.3 A vivência na instituição: entre medos, desafios e possibilidades

Este momento diz respeito ao olhar acerca da conduta levada a efeito na instituição que acompanha estas pessoas diagnosticadas com câncer. É quando as falas trazem questões relacionadas a processualidade institucional: de servidores à forma de como se dá esse acompanhamento.

Inicialmente compreendendo a fala das **mulheres**, que nos trazem as seguintes concepções:

O melhor local para se tratar o câncer:

Já fiz alguns acompanhamentos, mas não é a mesma coisa, não é o mesmo tratamento, então eu acho que aqui no CECON ainda é o melhor lugar pra se tratar o câncer. (Jade).

O acolhimento realizado e conseqüente sensação de conforto:

Graças a Deus desde a recepção até a enfermeira que fez a triagem me trataram super bem, me confortaram, me deram apoio né, me disseram palavras que eu queria escutar né, de conforto né. (Esmeralda).

As pessoas que tavam envolvidas, os médicos sabe, me tranquilizou, a secretária dele, depois me encaminhou pro cirurgião, aí o cirurgião dizendo que ia dar tudo certo, aí fui me tranquilizando, então, levei normal né, assim, bem tranquila né, o tempo todo, todo mundo atencioso comigo, tem uma coisa ali ou outra. (Diamante).

Pelo fato de ter trabalhado aqui já, no início e ter descoberto essa doença, é... eu sou bem tratada, conheço os funcionários e devido a isso eles me ajudam bastante entendeu. (Safira).

[...] na minha convivência aqui no CECON foi a única pessoa que eu encontrei, foi o rapaz que faz o curativo, o D né, ele é um rapaz que te dá um apoio entendeu, também não vai te dizer o que é. Não mente. D quero saber isso, isso e isso' e ele diz 'olha, não vou mentir pra senhora, pode melhorar como não pode melhorar, mas eu vou fazer o tratamento até onde for possível, mas não vou lhe abandonar'. O único apoio que eu senti aqui dentro do CECON foi esse aí, é tanto que quando venho fazer o curativo, é onde me sinto bem, me sinto melhor, relaxo, eu fico esperando ele fazer meu curativo, relaxo bem mesmo, relaxo como se tivesse em casa, entendeu, só nessa parte. (Ônix)

Quanto aos **homens**, um deles ressalta o atendimento excelente, corroborando com as falas anteriores das mulheres:

Tive um atendimento excelente aqui porque a gente quando tem amigos, conhecidos, pessoas que possam nos ajudar, então encontrei pessoas aqui que me ajudaram bastante através do conhecimento com os meus filhos e o meu atendimento foi rápido, não demorou muito do diagnóstico do câncer até a cirurgia não demorou muito. (Japiim).

Entretanto, relatos trazem que o processo de acompanhamento tem apresentado uma série de problemas, desde o relacionamento com os pacientes, passando pela falta de material, o medo diante de impasses gerados pela dinâmica hospitalar em suas várias nuances (falta de pesquisador, falta de medicamentos, demora na marcação de consultas, exames e cirurgias).

No atendimento no CECON aqui não dão atenção a todas as pessoas entendeu e você fica deprimido com aquilo porque são atendidos bens, uns que tem dinheiro e os que não têm fica de lado, é tanto que no tratamento meu, não foram assim tão bem, pra mim foram péssimos porque não tive sorte com médico entendeu, a minha quimio, eu tomei a quimio, voltou tudo de novo porque se você tem uma medicação dentro de um hospital e chega e vem dizer pra você que não tem mais cura... que é isso! Isso é um absurdo pra nós entendeu, isso é ridículo, nós somos referência aqui em Manaus é o nosso CECON, aí chega uns médico desses, olha pra sua cara e diz assim 'isso não adianta mais não', 'eu não posso fazer mais nada', enquanto tá sabendo que pode fazer e muito, basta só atenção com o paciente, não atendendo o paciente como se fosse uma qualquer, se não tiver com dinheiro... [...] ele vira as costas e você que se lasque lá dentro, quando você volta pra casa, você não tem orientação de nada, do que você pode se alimentar ou o que não pode tudo você correndo atrás, isso era pra ter uma cartilha pro CA [...] aí eu fico chateada, aí troca de médico, não sabe quem é o médico o próximo, é assim, você fica a ver navios, a minha chateação toda é isso entendeu, de não ter a atenção adequada com as pessoas, e falta muito essa questão de material pra trabalhar também, não tem placa, não tem medicação, não tem esparadrapo, não tem gaze, aí fica nessa confusão. (Ônix).

O CECON tem as qualidades e também né e a gente as vezes não entende [...] porque já era pra eu ter me operado né devido essa quimio, já era pra ter um médico dito 'olha, vamos operar pra resolver logo' né e a gente sente medo, da minha situação, eu sinto medo. (Turmalina).

Fui atendida pelo Dr. J na época, em 2015, é um ótimo cirurgião e fui operada dois meses depois do meu diagnóstico, mas não vou negar, tive outras pessoas por trás pra agilizar isso por mim, acho que você é conhecedor que é muito difícil [...] eu tava abalada no início tive que passar pelo acolhimento pra poder me internar e lá me deparei com 2 assistentes sociais, uma me tratou friamente, passou uma coisa de regras que podia fazer no dia da internação, o que eu podia levar, trazer eu sai me vi muito desamparada, daí uma outra assistente de lá conversou comigo e disse que eu já era uma vencedora porque já tinha conseguido essa cirurgia com os melhores cirurgiões aqui pra isso e que em 2 meses [...] ela conhecia mulheres que estavam há mais de 1 ano também com ele e ele não operava ainda mas aí eu não sei se foi questão de indicações mesmo sabe, se foi uma questão assim... Porque no dia que eu cheguei pra minha consulta já com todos os riscos cirúrgicos, ele virou pra secretária dele e disse 'quando eu posso operar' e ela simplesmente olhou pra ele, isso era numa quarta-feira, 'numa segunda-feira pode ser', não sei se eu dei essa sorte também, ele tinha acabado de vier de férias. Quanto ao sistema de tratamento daqui, ali na recepção sempre me tratam muito bem né, só foi mesmo essa exceção da moça da assistente social, da

primeira que fez o acolhimento e os funcionários do próprio médico, os médicos que participam né, são vários estagiários, toda vez que eu venho aqui é um médico diferente, enfim, a pessoa que fica com ele, a secretária que fica com ele é muito atenciosa, eles tratam muito bem, agora eles são frios, eu aprendi a lidar com essa frieza sabe, as primeiras consultas pra mim eram muito difíceis, toda vez que eu entrava aqui eu me sentia muito mal aí (Ametista).

Os pesquisadores através dessa situação desistiram ou não existe no País entendeu, quer dizer, eu conto mais com Deus com a família, dando força pra gente, mas a expectativa é essa, tá parado o meu caso, a ciência parou e não existe mais nada, é um caso raro e é tipo tomando um Sonrisal, uma Cibalena, um Anador porque não tem opção. (Bem-te-vi).

Pior é quando você chega aqui pra marcar e você nunca consegue, eu tenho uma consulta marcada só pra janeiro de 2018, complicado a demora. A doença é complicada e ainda tem essa demora, mexe com o psicológico da gente fora as consequências da cirurgia. (Jaçanã).

4.4 E no retorno à instituição, novas compreensões

O tratamento do câncer é realizado de várias formas: quimioterapia, radioterapia, cirurgia. Conseqüentemente, a pessoa precisa retornar ao hospital para realizar o acompanhamento necessário à busca pela cura. Dessa forma, vivenciar esse momento significa, dentre outras concepções:

O “não” costume:

Mas lutar contra o câncer não é fácil apesar de vim aqui dois anos, são dois anos que eu não me acostumei, pra mim ainda é difícil vim aqui, passei por um processo assim muito difícil, foram três biópsias em que eu não acreditava que eu tava passando por aquilo, mas que eu tive que passar pela cirurgia e na idade de 31 anos pra mim não foi fácil perder o útero, os ovários, as trompas, alguns linfonodos e assim, eu tento me acostumar, mas eu não consigo, venho pra cá hoje só fazer mesmo o acompanhamento com o médico. (Jade).

Sentir-se mal:

Doutora quando chego aqui eu passo mal, de ficar nesse hospital, eu, tá pra ser paciente desse CECON. (Rubi).

Sentir-se melhor no hospital do que em casa:

Eu já com o tempo eu preferia como falei uma vez pro meu esposo, preferia mais estar aqui no hospital do que em casa, sabia assim, eu já ficava ansiosa quando diziam ‘olha a data da consulta é tal dia’, poxa, mas tão longe? Pra quem logo no começo não queria nem entrar no hospital, entendeu? E você depois já querer, como eu dizia pra ele, eu me sinto mais bem lá no CECON né, com pessoas que tão da mesma situação que eu do que eu aqui em casa né, eu prefiro mil vezes tá lá passar o dia lá do que tá aqui em casa, aí ele dizia ‘mas por quê?’ eu dizia porque tu não sente, eu sinto, eu sinto preconceito das pessoas, sinto os olhares das pessoas, eu sinto. (Esmeralda).

Um remeter-se ao óbito do outro:

Sinto-me triste, meu irmão e sogro morreram aqui, câncer de próstata. Sinto-me mal, fico nervoso quando venho pra cá. É ruim saber que um irmão ou pessoas conhecidas estão morrendo. (Gavião-real).

4.5 O câncer e a percepção da finitude

A doença crônica, transmissível ou não, traz em seu bojo a perda de si mesmo. Perda esta no sentido da finitude, da morte propriamente dita. Essas pessoas diante do óbito de algum conhecido remete-se de imediato, a possibilidade da própria perda, da própria morte. Assim, os discursos mostram:

Uma nova concepção de vida, outro olhar sobre a morte:

A morte parece assim que a gente não tá preparado, parece que a gente nunca tá preparado pra enfrentar a morte, mas eu posso dizer que se hoje estivesse no leito de enfermidade novamente e que não tivesse mais chance pra mim eu queria partir, mas eu não queria partir com raiva de ninguém. (Jade).

Da minha própria possibilidade de morrer, o medo:

Imagina que você conhece alguém que morreu daquilo, você diz, poxa, será que o próximo vai ser eu? Isso é uma coisa da gente mesmo, do ser humano. (Rubi).

Todo mundo vai passar pelo vale da morte, mas a gente não sabe quando, eu posso tá doente, posso morrer né, a chance é mais, mas tem gente né que a hora chega, um momento tá bom e aí morre, então, eu penso assim, tem que levar a vida. (Topázio).

Será que isso não pode acontecer a qualquer momento comigo também, porque elas pareciam tão bem, a gente fica assustada em saber que a pessoa que tinha a mesma doença que a gente, morreu, sendo que fez de tudo pra se salvar e não conseguiu, eu pelo menos só me operei, não precisei fazer tratamento depois disso. (Diamante).

A gente se sente, assim, péssimo porque um dia vai passar por aquilo né, a gente espera que seja rápido, a nossa seja rápido, mas pra ficar sofrendo, com dor e aquilo é péssimo, não tem condições, eu peço tanto a Deus 'oh Deus, se for pra me tirar a vida tem que ser numa vez, não pra me tá sofrendo com dor' (Ônix).

Quando vi outros morrerem, fiquei pensando e triste porque eu já tava com câncer né, já tinha feito exame e dado CA na próstata então ficou no meu pensamento de ser eu, de morrer né, fiquei com medo. (Sanhaço).

No velório do meu último irmão, estávamos lá e começamos a tirar brincadeira tipo, 'quem vai ser o próximo', aí nessa brincadeira dava em mim né, então quando adoeci senti o impacto e me lembrei disso, será se vai ser eu mesmo que vou morrer mesmo, então aqui me abalou, tive medo de morrer. (Japiim).

A luta para continuar sobrevivendo, mesmo consciente da finitude:

Não sei o que dizer porque isso pra mim tá sendo uma experiência muito grande pra mim em saber que pode a qualquer hora, a qualquer momento eu posso ir embora dessa Terra né, porque as vezes a gente não sabe o dia de amanhã mas eu tô lutando pra conseguir a fazer cada vez mais o tratamento né. (Turmalina).

CA tem tratamento, né? Mas quanto à morte, quando chega a hora, não tem quem possa salvar se não for Ele mesmo (Quartzo).

A dor da certeza da morte diante da desesperança:

O que eu sinto é um sofrimento muito profundo que praticamente sabe que não vai vencer a maioria não vence, principalmente no meu caso que é um caso de pele e é uma coisa rara e infelizmente eu sirvo de cobaia e não tem tratamento [...] então é complicado o negócio e tá parado o meu caso, não existe pesquisa, o que existe é queimando aqui, queimando ali na radioterapia até ficar todo mutilado e ir pro saco, infelizmente. (Bem-te-vi).

5 COMPREENSÕES A PARTIR DO PENSAMENTO DE VIKTOR FRANKL

5.1 O impacto de receber o prenúncio da morte

Receber a notícia de que está acometido de uma doença crônica, na maioria dos casos carregada de estigmas socioculturais e que de fato, traz consigo um risco à vida, é traumático. É o ponto de partida para a busca pela saúde agora ameaçada e saqueada, uma vez que a inesperada notícia pega de surpresa aquele que a recebe.

O **recebimento positivo do diagnóstico** de CA não significa perder a vida, entretanto, o que se imagina é o prenúncio da morte. Coincidentemente, a maioria dos entrevistados estavam fazendo tratamento contra um severo câncer (assim relatados pelos mesmos), mais conhecido como *câncer maligno*, seja ele em qualquer parte de vitais órgãos internos, na pele ou no sangue em avançado estágio. Aqui se percebeu o medo da morte maximizado.

No decorrer das entrevistas, pude perceber o quanto as falas dos entrevistados estavam carregadas de emoção ao retratar do diagnóstico. Foi como se a vida tivesse se partido em duas. Um antes e depois. Um *pré-eu* e um *pós-eu* a partir da notícia que desguiou os rumos de vossas vidas.

A fala de Ametista, carregado de aflição e desespero relata bem o recebimento do diagnóstico: *“quando descobri o diagnóstico, fiquei deprimida mesmo, não queria mais viver, que fosse assim, rápido porque sabia que tinha”*.

É o que descreve também Papagaio, completamente desmantelado pela notícia: *“Me senti pra baixo, o médico não falou abertamente, falou apenas pra minha esposa, disse que não tinha nem dois meses de vida e se eu conseguisse retornar à consulta, seria milagre”*.

Ambos os pacientes, Ametista e Papagaio revelam uma pequena amostra de como as pessoas se sentem ao receber uma notícia de CA positivo. A fragilidade então é intuída pela iminente ideia de morrer, legitimando a perda da continuidade e da possibilidade de viver, a realização de sonhos, projetos futuros (que poderiam ser interrompidos), dentre outros sentimentos, pensamentos e reflexões pessoais.

Frankl (2011) ressalta que o homem sempre está aberto ao mundo. Em contraste com os animais que não estão abertos ao mundo e limitados ao meio específico da espécie, onde o ambiente do animal gera elementos necessários

para a existência instintiva da espécie, na condição humana, derrubar barreiras do meio onde se vive é uma característica essencial da nossa existência.

A amplitude de acesso para a transcendência e romper significadas formas de uma possível perda de horizontes ou esperanças, está na busca de sentidos e dentre as diversas vivências que temos ao longo da vida, podendo superar obstáculos, crises e abalos pessoais.

Seja numa experiência traumática, assustadora, que ofereça risco ou intensamente prazerosa: o homem tem abertura total para trilhar passagens na busca de sentido, não compreendendo que o meio onde está inserido ou a situação real em que vive sejam fatores predeterminantes de estagnação mental, aprisionamento existencial ou perda de sentido na vida arraigado na “*experiência de abismo*”, termo acrescentado à ideia de Maslow sobre “*experiência de pico*” (FRANKL, 2011).

O paciente oncológico ao receber o diagnóstico, passou por todo o processo de enfrentamento da doença (e ainda vivem dia após dia esse enfrentar), ressignificando muitas das suas próprias experiências; percebe que dentre elas, existem processos as quais nunca vivenciou, imaginou viver ou até então nunca havia experienciado. Aí então o incógnito.

A *surpresa ruim* do resultado do diagnóstico, o adoecimento repentino, a profunda tristeza ou *ser pego de assalto*, são discursos presentes nas falas dos pacientes onde, a partir de então, passam a dar vertiginosa abertura para o *futuro-de-vida*.

Então surgem reorganizações vivenciais, questionamentos internos, dentre elas, a busca de sentido confrontada às questões como finitude e morte, culpa, dor, sofrimento ou remissão do peso de todas elas quando se decide não sofrer por estar padecendo, certificando a *fase de abertura* para o sentido do sofrimento.

Obviamente, são anseios já vividos em outras fases da vida. São motes presentes e inseparáveis da condição humana, uma vez que somos *seres-para-a-morte*. Saber é um fato. Viver, internalizar e experienciar essa possibilidade é outro. É aí então que se abre o campo das possibilidades vivenciais.

Frankl (2015, p. 109) ressalta que ao tentar compreender o sentido da vida, a mais humana de todas as questões, “*o homem é remetido para si*

mesmo, tornando-se alguém que a vida interroga, alguém que esta a tem de responder, sendo responsável, assim, por sua vida”.

No enfrentamento do câncer, a abertura para um questionamento existencial e autoanálise da vida marca a passagem de reconstruções, transição, esta que se faz perceber *ser-estar-doente*, buscando assimilar seu próprio e real sentido no seu *renovo-de-vida* e quais decisões, a partir de então, serão tomadas, uma vez que o caminhar requer decisões.

Conforme vive, o indivíduo se desprende ou transcende suas consignações – sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais – de modo a dominá-las ou configurá-las de acordo com seus anseios e necessidades. Aqui, a possibilidade então de sobressair-se para além do diagnóstico.

Referindo-se às sujeições que o homem enfrenta, Frankl (1993) afirma que o ser humano é *autodeterminante*, porque é ele quem decide se afronta ou não a esses condicionamentos. Isso abrange opções em que o ser humano necessariamente faz, ainda que opere como se não fosse livre para escolher ou não tivesse possibilidades para optar.

Então, esse indivíduo, que em mãos tem o resultado do diagnóstico, flagrantemente ali destitui-se de um eu até então. A *remodelação-do-eu* para que no seu momento, dentro de suas limitações e possibilidades, pudesse reconstituir-se.

Não se aniquila o eu vivido ao longo de toda uma vida. Não se apaga uma historicidade de vida por conta da maximização do diagnóstico. O resultado positivo do exame não toma conta da vida da pessoa, destituindo-a do poder de escolha.

A remodelação desse eu diz respeito ao processo de reconstrução, passando a preponderar novas expectativas e vivências. Novos olhares para si mesmo. Novos caminhos. O que jamais foi visto, pensando e escolhido, agora passa a fazer parte da vida, sendo assim, um recomeço, um sentido.

Sentido pode ser percebido como um modo exclusivo de dar forma à situação em que se está vivendo. Viver com sentido quer dizer então que o indivíduo, com seus condicionamentos e capacidades, suas emoções e suas pretensões, se ponha a serviço da proposta diária, se depare especialmente com ela, ganhando e dando ao mesmo tempo, assim então, encontrando significado para a transição e surgimento do *ser-para-enfrentamento*.

5.2 A compreensão do *ser-para-enfrentamento*

O sofrimento é inseparável da condição humana. Padecer traz sentido à vida em distintos graus de intensidade ao longo da existência (FRANKL, 1978). Isso não quer dizer que possamos escolher sofrer. A inerência da dor e o fazer parte da vida estão em condições naturais da nossa história.

Nas falas dos pacientes, o enfrentamento desvelou possibilidades diversas de lidar com a doença, como a ***importância do apoio social e familiar***, à negação de entender que não tem a doença, assim como, relações conjugais e religiosidade. Mediante o enfrentamento, o *bater de frente com a doença e encará-la como tal*, o desafio se compõe em decidir o que fazer diante dela (a doença).

Frankl (1993) refletia que há sentido no processo de sofrimento. Há mais sofrimento tentando encontrá-lo na amplitude de sua compreensão do que enfrentando a dor de estar doente. É como se a falta de sofrimento, sem sentido, sem direção, causasse dor.

Mesmo com todos os avanços tecnológicos ampliados para o tratamento do câncer, o diagnóstico traz pavor e pânico. Os ***estigmas sociais e culturais***, como já esclarecidos nos capítulos anteriores, associam fortemente o câncer com a morte e com o sofrimento físico e emocional causados pelo tratamento doloroso e invasivo aos quais os pacientes precisam enfrentar.

Com isso, o paciente passa a buscar compreender como enfrentará a doença. Não necessariamente estabeleça de forma sistemática o processo de enfrentamento, mas de forma vivencial e natural, constitui mecanismos que o levem a vivenciar o câncer.

Cada pessoa busca nas suas bases relacionais forte apoio nesta fase da vida. Alguns buscam apoio na família, outros em amigos, outros na fé e em pessoas ligadas à religião. É o que salienta Jade quando demonstra sua gratidão: *“Eu agradeço muito a Deus pelos amigos que tenho, pela minha família [...] pude ver que na minha vida eu tenho amigos e amigas porque eles me deram muito mais apoio que minha família”*.

Nos diversos desdobramentos acerca dos apoios sociais encontrados nos discursos dos entrevistados, a angústia causada por ***não ter apoio das pessoas*** ou de quem se esperava ter auxílio foi manifesta. A busca pela compreensão do *ser-de-enfrentamento* também está marcada por decepção,

tristeza e desapontamento: “*Você tem que ter dinheiro, se não tiver, viram as costas pra você*” relata a paciente Ônix acerca do abandono familiar.

Muito semelhante na fala de Turmalina, quando percebe estar sendo ignorada e destrutada pelos seus familiares: *me jogaram pra casa do meu filho, aí da casa do meu filho não me senti bem lá e fui pra casa da sogra do meu filho, aí eu não me senti bem, aí fui pra casa do meu filho de novo, cada um foi me jogando pra um canto e eu disse ‘nossa, depois de ter uma casa’, eu fui pra minha casa agora tá recente, eu me sinto bem lá né, mas, as pessoas pra mim, todas elas mudaram, não são como era antes né.*

Imersas no sofrimento e desgosto, o sentimento de abandono e dor fazem emergir a luta pela vida, pois Ônix e Turmalina estavam no hospital lutando pela vida, assiduamente presentes em todas as consultas e retornos médicos, mesmo sentindo falta do apoio familiar.

Frankl (2015) ressalta que há situações em que a pessoa pode realizar plenamente a si mesma no puro sofrimento. Mesmo que o caminhar seja espinhoso e *sem sentido*, ali se constitui sentido, o de lutar pela vida. O sentido está na busca assim como vivenciá-lo em sua plenitude e não no problema.

Ainda quanto à Ônix e Turmalina, ressalto a dor de perceberem o quanto a doença desorganiza as relações familiares e expõe uma delicada construção histórico-familiar onde no momento mais abstruso, sucumbem perante o desconhecido, o temeroso, no caso, o câncer, deixando a compreender que não tão somente a doença fragilizara a relação de amparo que nunca tiveram. Também nota-se a profunda amargura de esperar acolhimento das pessoas as quais consideram importantes.

A partir de então, na busca pela compreensão de estar sofrendo e na necessidade de enfrentamento da doença, surge a escolha, decidindo em que se tornará. Já no outro que se faz ausente, parece assombroso saber que em cada momento é responsável pelo próximo.

É a supressão de se colocar na escolha de apenas uma alternativa e as demais as reprova, colocando-as na condição de um *jamaís-ser*. O choque de escolhas entre quem encara a doença e quem pode apoiar no processo de enfrentamento põe-vos nesta definitiva condição descritas nas narrativas dos pacientes. ‘*Eu preciso, ele não me apoia?*’ ou ‘*ela quer ajuda, eu não tenho*

como ajudar. ‘Será mesmo que eu tenho que me colocar no lugar de cuidador?’

Apenas diante daquilo que é decisão genuinamente sua é que a pessoa é responsável. “O ser humano propriamente dito começa onde deixa de ser impelido e cessa quando deixa de ser responsável” (FRANKL, 1993, p. 19). A responsabilidade constitui aquilo a que somos convidados e a que somos despejados.

O que nos acena e o que nos espanta. Um mergulho na dicotômica essência da responsabilidade nos consentirá uma pulsação pelos extremos das vivências humanas. ‘Como assim me acalenta e quando preciso, me abandona?’

É presumível, a partir do sofrimento, compreender a superação tanto a si mesmo quanto em relação ao que se está vivendo? Desde que seja desviado o foco da aflição para além dela, ou seja, para as possibilidades de enfrentamento e resiliência.

Ao invés de se concentrar nas enfermidades, necessidades e deficiências do indivíduo, é estimável um exemplo de cuidado e promoção de saúde com foco nas potencialidades tanto da pessoa quanto do meio em que vive. Todos estão propensos a desviarem o foco da pessoa na doença, até mesmo, ignorando a pessoa quando se foca na totalidade da doença.

A resiliência não fica a encargo tão somente do indivíduo, mas de um todo onde se está inserido, quer seja família, amigos, profissionais e todos abrangidos que proporcionam bem estar, mesmo os que se afastaram do paciente. Nesta condição, todos estão em real necessidade de reconstrução pessoal, uma vez que a possibilidade de morrer (do paciente) pode quebrar ciclos, inclusive relacionais.

É compreensível na fala dos entrevistados o quanto se é afetado pelo *jamais-ser* do outro. Aí então, busca-se a necessidade de superar a tristeza, amargura e decepção, mesmo que a real busca por ajuda esteja em desconhecidos (ou em ninguém).

O sentimento de vazio passa a ser inerente. É o que retrata Diamante: “*não tenho nenhum familiar que me acompanhe, mas quando eu soube, eu recebi a notícia do médico do que eu tinha e a gravidade, nesse momento eu precisei tanto de alguém do meu lado, não tinha*”.

Mediante a provação de buscar entender tudo o que está se passando, o paciente oncológico se depara com a dor do sofrer, a dor do enfrentamento e a dor da doença. Dor física, mental, espiritual e relacional. Todas elas niveladas pela incerteza da dor da rejeição e da não condição do *ser-para-enfrentamento*.

A *não possibilidade* está intrincada de novos olhares de si mesmo onde transcender é o resultado do caminho para a busca – e além da consequência da busca, o encontro consigo mesmo, mesmo que frente à morte e sozinho.

E então, mediante o *ser-para-enfrentamento*, as diversas possibilidades de resignificação da vida. As várias bases que sedimentam a difícil fase de enfrentar uma doença crônica são concretizadas para que nada desmorone nesse caminhar.

A pessoa que se reconstrói mesmo encarcerada na agonia, caminha para o sentido a qual não conseguia enxergar com os sentimentos minados de destruição. As vivências sufocantes conduzem-na para uma liberdade interior antes aprisionada pela doença, diagnóstico, abandono, *desengano médico* ou em qualquer outro infortúnio. “*Sofrer, então, não significa apenas esforçar-se, crescer e amadurecer, mas igualmente enriquecer-se*” (FRANKL, 1978, p. 241).

Especialmente, além do apoio familiar (que ficou essencialmente evidente nas falas dos pacientes até mesmo quando não há esse alicerce), outro processo de enfrentamento desvelado foi a relevância da **religiosidade** e busca por um ser, esse ser Todo-Poderoso que tudo pode, curar, amenizar a dor, inclusive abreviar o padecimento.

Jade então salienta: “*A fé que eu tenho em Deus é a oportunidade que Ele me proporcionou de continuar vivendo, é o que me faz assim viver dia após dia*”, muito do que pontua Frankl (1978, p. 122): “*Se alguma coisa corporal é possível, é realizada pelo psíquico, porque é uma necessidade espiritual*”.

As palavras de Rubi também evidenciam o quanto se apegou a Deus: “*E eu sempre já me apegava há muito tempo e nisso, com esse acontecimento eu me apeguei muito mais ao um Ser maior que é Deus e eu sempre cri como a Palavra d’Ele mesmo diz que nada acontece na sua vida sem a permissão d’Ele e tudo tem um propósito (...)*”.

Quando Frankl descreve sobre a ligação humana com um Ser Superior e Divino, escreve: “*Os homens são declaradamente ligados à natureza e a Deus,*

embora não saibam disso” (FRANKL, 2009, p. 54) pontuando o quando o ser humano precisa e está ligado a Deus, ainda mais na tensão.

Frankl entendia que a fé era reprimida pela modernidade e que o mundo neurótico estaria afastando a fé, sendo considerada bucólica e sem nenhum sentido e que por esse motivo, estaria sendo reprimida (FRANKL, 2009), contudo, destaca a importância de Deus, não a figura religiosa (que pertence a uma religião em específico), mas a supremacia de um Ser Superior, assim como a vida religiosa das pessoas, isso porque “[...] *quando o paciente está sobre o chão firme da fé religiosa, não se pode objetar ao uso do efeito terapêutico das suas convicções religiosas.*” (FRANKL, 2008, p. 142).

Enfrentar a doença também compreendeu-se rejeitá-la. Entender que sua vivência onde o câncer não está incluído evidenciou o quando se sofre aceitá-lo e encará-lo de frente, resignificando-se e transcendendo a própria angústia.

A **negação** desvelada na fala de Esmeralda evidencia o quanto não se quer enfrentar a doença, seja no início ou durante o processo de tratamento, renunciando o *ser-doente*: “*logo no começo foi muito triste, eu sofri muito, chorei muito, não queria vim pra cá porque eu não queria aceitar que eu tava com câncer e então eu procurei outros lugares pra me não vir pra cá, mas acabou todos os lugares que eu fui me mandando pra cá*”.

Até mesmo estar no hospital por 15 anos e negar a doença na entrevista foi marcante perceber o quanto a enfermidade é invalidada no processo de enfrentamento, uma *menos-dor* assumi-la: “*Eu venho pra fazer a prevenção apenas. Tem que se cuidar né. [...] Há 15 anos que faço esse mesmo procedimento*” concluiu Gavião-real.

Segundo Frankl (2009) o ser humano apresenta uma *autocompreensão ontológica pré-reflexiva* que aponta a orientação para o sentido a qual busca. A pessoa vivencia ou compreende a relação *eu-sentido* a uma série de circunstâncias que lhe demandam resposta na forma de atos carregados de sentido.

Negar o câncer é negar a si mesmo? Expelir as diversas formas de internalização do *ser-doente* corrobora a fala de Gavião-real, que fazendo o tratamento há 15 anos, deixa clara a rejeição à doença e não ao tratamento, inclusive comum nas falas dos demais pacientes.

5.3 Trajetórias do *ser-doente* para *ser-em-tratamento*

Foi evidente a profunda ligação dos pacientes com o local onde realizavam o tratamento e toda a ***vivência na Instituição***, assim como, o mais profundo dos elos foi de perceber a forma de como se chegou até ali, a percepção do ***retorno ao hospital e novas ressignificações e possibilidades*** passando pelo recebimento do diagnóstico, a fé de estarem com um diagnóstico errado abluído de temores, medos, incertezas e o processo de internalização do *ser-doente*.

Observaram-se, do mais íntimo ser, o quanto eram *seres-para-tratamento* e a real necessidade de *estartar* a corrida pela vida e todas as experiências ali adquiridas, vividas, presenciadas, mesmo que até de forma calada, passiva e coadjuvante.

A aceitação do diagnóstico foi o ponto de partida para a autêntica compreensão da dimensão acerca do tratamento e do estado de adoecimento. Admitiu-se então o *ser-doente*, buscando o *ser-em-tratamento* mesmo mesclado a sentimentos de culpa, tristeza, receios e fraquezas.

Vale observar que a aceitação do diagnóstico e compreender tudo o que se passa até então, não os coloca na condição compassiva, determinada pela autodesignação, conotando fracasso e apatia por ‘tudo aceitar’. Muito pelo contrário. Aceitar o diagnóstico é dar início a uma reconstrução e caminhada na qual, entendendo a atual condição de saúde, constitui-se o enfrentamento-próprio.

Ametista acerca do recebimento do diagnóstico salienta: “*Quando descobri há dois anos foi um choque, não vou negar, achava assim que eu ia morrer porque todas as pessoas que eu conhecia que tiveram um câncer faleceram*”.

A turbulenta compreensão do *ser-doente* aos olhos do mundo interno logo se refletiu na busca do outro que passou pelo mesmo enfrentamento. Era a extensão da mesma dor, expurgo de algo que nunca esperou ter; um alguém que passou pelo mesmo sofrimento e pela mesma experiência estavam ali, posto como um *ser-de-esperança*, sentimento de ‘*não estou sozinho*’, ‘*isso não é só comigo*’, ‘*preciso saber como lidou com isso*’, mesmo que todos (os *seres-de-esperança*) estivessem mortos.

Aspectos sociais como bases relacionais, o *ser-no-mundo* e convívio com outros pacientes oncológicos também serviram como engrenagem durante a compreensão do *ser-doente*, uma vez que a doença, no imaginário popular, é compreendida como a doença fatal, sem chance de cura, mortal, uma *'sentença de morte antecipada'*. Japiim descreve: “*a gente não tá preparado psicologicamente pra receber um diagnóstico de câncer, essa palavra é muito dura, é muito bruta*”.

Ainda adentrando em um campo totalmente desconhecido, minado de preconceções, estigmas, experimentou-se então, no momento do diagnóstico, a morte. De cara, ali, o temor de perder a vida sem chance de continuar, lutar e vencer. Uma segunda chance era essencial na reconstrução da vida e de como a levava até então, já que o *ser-doente* nascera, emergira, precisando de cura.

É imprescindível compreender a diferença entre doença e sofrimento. Se a pessoa pode estar doente sem "sofrer" no sentido verdadeiro e próprio do termo, ela também sofre para além de todo o *ser-doente*, ou seja, trata-se do padecimento genuinamente humano que se insere na essência e sentido da própria vida.

Com isso, Frankl (2015) alega que há situações em que o homem se pode realizar inteiramente a si mesmo no legítimo sofrimento e/ou apenas no puro sofrimento. Segundo Frankl, sofrimento e doença não se equivalem. O homem pode sofrer sem estar doente, e estar doente sem sofrer. O sofrimento é tão intrínseco ao humano – como já definiu Jaspers – que eventualmente o *não-sofrer* pode adoecer. E há estados psíquicos doentios nos quais o homem, justamente por não sofrer, sofre (FRANKL, 1990).

O sofrimento quando eclode no momento do diagnóstico recebido, vem sendo germinado mesmo antes de saber que está doente, uma vez que a suspeita da doença, cria-se expectativas acerca do porvir, assim como, predefinições incertas e o medo da morte iminente. Afirma Rubi “*ninguém tá preparado para isso, porque diante dessa notícia, ela vem com um decreto de morte, porque com câncer, vai morrer, não é?*”

A finitude e a temporalidade neste contexto não são exclusivamente suplementares à vida humana, são necessariamente distintivos do seu sentido. O sentido da existência humana baseia-se essencialmente no seu caráter irreversível.

Em suma, o sofrimento pertence à vida, uma vez que este torna a existência do homem sem sentido, mas antes plena de sentido. A singularidade da vida, a irrepetibilidade do tempo e a irrevocabilidade daquilo que preenchemos nossa existência (e até a sua ausência) traz real significação à nossa vivência. Mesmo porque o ser passado, neste sentido, é a forma mais segura de ser.

Ao ser que se guarda na hora do diagnóstico, a "transitoriedade", essencialmente não pode causar dano algum (FRANKL, 1990), neste caso, falo da trajetória do *ser-estar-doente* para a aceitação e compreensão pessoal do *ser-em-tratamento*, uma vez que para tratar-se de uma doença crônica, cheia de mitos e envolta de temores, precisa compreender a condição natural de estar enfermo abrangido nas falas dos pacientes entrevistados.

A negação do *ser-doente* como um todo os leva a uma profunda rejeição até de si mesmos, não aderindo ao tratamento, abnegando-se da busca pela saúde e por fim, do adoecimento psíquico. Pode-se em determinadas fases do enfrentamento do câncer, negar a doença, mas não a si mesmo. Desistir, por exemplo, é negar-se em sua totalidade. Nulificar-se.

O relato de estar no hospital, realizar todos os procedimentos médicos, retornos, acompanhamentos, resultados de diagnósticos periódicos dentre outros processos clínicos, geram uma profunda inquietação e também não adaptação ao que se está vivenciando ali. É o que relata Rubi: "*Quando chego aqui eu passo mal, de ficar nesse hospital pra ser paciente desse CECON*".

Em contrapartida, o olhar de Esmeralda reflete o quanto o ambiente é especial, reconfortante, carregado de esperanças e possibilidades de recuperação. É como se ali estivesse a cura, a recuperação e a salvação. E claro, é sim: "*Eu já com o tempo eu preferia como falei uma vez pro meu esposo, preferia mais estar aqui no hospital do que em casa, eu já ficava ansiosa quando diziam 'olha a data da consulta é tal dia', poxa, mas tão longe?*"

Por seguinte, em qualquer vivência humana o indivíduo pode encontrar o sentido real da vida. De sua existência; mesmo no último momento de fôlego de vida ou em profundo sofrimento há possibilidades de encontrá-lo na sua totalidade. Até diante daquilo que Frankl (1993) chamou de "tríade trágica" – a dor, a culpa e a morte – é possível *experienciá-lo*.

5.4 A percepção da finitude: *vendo a morte passar*

Para Frankl (2015) todos nós estamos emersos nas nossas responsabilidades porque somos seres para a liberdade. Livre para decidir o que será diante de vossas possibilidades. A liberdade humana, porém, tem restrições. O ser humano sempre se encontra envolvido em circunstâncias as quais não escolheu nem decidiu experienciar, principalmente, a morte.

Todavia, são exatamente tais limitações que nos admitem operar em liberdade, pois somente há liberdade frente a um *destino* ou frente a vínculos (FRANKL, 2015). Não somos livres de nossos percalços, entretanto, temos livre-arbítrio para nos dispor diante delas. Somos livres *para* algo e não de algo.

Durante as entrevistas, os pacientes deixaram claro o quanto temem, sentem ou percebem a morte, assegurando que a perda da liberdade se deu por conta da debilidade que vos ameaça de todos os lados, formas e situações. O perigo de morrer a qualquer momento sufoca-os e então, se sentem aprisionados pelo amedrontamento, sensação de solidão, dúvidas, desilusões e perda da perspectiva de vida.

Nos discursos também ficaram evidentes que a vivência contra o câncer é um ponto de chegada e não de partida na corrida da vida, uma espécie de “*não há mais caminho pra mim, aqui é o fim*” e estágio final. Desvelaram suas aflições e inseguranças acerca do morrer por conta de ter um câncer: o medo de ser *derrotado* e *tragado* pela doença.

Da *quase certeza* de logo perder a vida ao apego a um Ser Supremo, caminhos e descaminhos para reparar erros do passado, aproximação da família, mudanças diversas de hábitos, todos resignaram uma forma de vida a partir do diagnóstico, atravessando caminhadas percorridas acerca da luta contra a enfermidade chegando à compreensão de que também podem perder a vida.

Uso aqui o termo “*vendo a morte passar*” em alusão ao marasmo da vida muito falado no senso comum quando se percebe que, tediosamente, estamos “*vendo a vida passar*”. Aqui, trago à luz da compreensão a angústia descrita pelos pacientes quando percebem que estão morrendo “lentamente” e que a morte jaz à porta, vendo-a passar.

Cito a fala de Ônix quando se refere à sua própria morte: “*a gente espera que seja rápido, a nossa seja rápido, mas pra ficar sofrendo, com dor e aquilo é péssimo, não tem condições, eu peço tanto a Deus*”. Compreende-se o tormento de lutar contra o câncer, o quanto se vê a morte passar e chegar e o desejo de que se tenha uma *morte boa*, sem sofrimento, desgaste e penúria.

Topázio diz: “*Todo mundo vai passar pelo vale da morte né, mas a gente não sabe quando, eu posso tá doente, posso morrer né, a chance é mais*”, corroborando a desesperança de Bem-te-vi: “*O que eu sinto é um sofrimento muito profundo que praticamente sabe que não vai vencer a maioria não vence*”.

Frankl (1978) pontua que mediante a morte, a vivência da finitude e toda a gama de experiências que acercam o adoecimento, estão contribuindo (e podem acrescentar) para o sentido da vida, até porque a morte faz parte do ciclo humano e não está dissociado da vida. “*O sacrifício é capaz de dotar de sentido até a morte, enquanto o instinto de conservação, por exemplo, não consegue sequer dar um sentido à vida*” (p. 245), ou seja, enquanto sadios, desprendemo-nos do sentido da vida por tê-la. Quando sentimo-nos ameaçados, ela (a vida e a saúde) passa a ter valor, apreço, sentido.

As pessoas sabendo da possibilidade de morrerem têm diante de si uma condição de profundo padecimento, principalmente quando esta *possível-chegada-da-morte* não condiz ao tempo considerado habitual. É claro que a finitude da vida é natural e também uma razão de sofrimento, independente do tempo no qual se dê a morte, das situações em que se desenvolve, e das pessoas envolvidas, todos sofrem.

A vida é passageira, nosso tempo é finito, somos mortais com possibilidades limitadas, então, aquilo que decidimos escolher viver ou como nos constituímos quanto pessoa ao longo da vida, acabam suprimidos mediante a morte. Tudo pode ser abreviado quando se percebe a chegada da morte (ou quando se espera que ela chegue).

É como se tudo aquilo que projetamos durante décadas para vivenciar, com a possibilidade da morte, fossem pressionadas a serem vividas (FRANKL, 1990), além do mais, as diversas nuances da vida que deixamos para trás, aqui, são resgatadas para reparos. Envolto da liberdade de ser, se a vida tem sentido, o processo de sofrimento também tem.

Segundo Frankl (1978), a integridade humana permanece incólume mesmo depois da ameaça de morte, inutilidade física ou incapacidade provocada pela deterioração orgânica causada por uma enfermidade ou terrível evento de vida. Da mesma forma que a pessoa espiritual está envolta da inépcia física, igualmente a sua dignidade está superior à perda do valor bio-social.

Frankl acrescenta que enquanto não estivermos profundamente fortalecidos da dignidade será apenas uma questão de maior ou menor foco quanto à possibilidade de desejar a morte, desistir de lutar ou '*entregar os pontos*', abandonando o tratamento, por exemplo. Para ele, "*a pessoa espiritual deixa-se perturbar, mas não destruir por uma enfermidade psicofísica*" (FRANKL, 1978, p. 120).

Perceber a morte mais de perto é um tanto dicotômico. Ao saber que corre risco de vida ameaçado por um prognóstico negativo, o paciente oncológico de cara sente a sua própria morte, entretanto, a sensação da própria morte foi aludida nas falas dos entrevistados quando viu, percebeu ou soube da morte de outras pessoas que passaram semelhantemente pela mesma experiência.

A morte do outro, que também pode ser um reflexo da minha finitude está exposta na fala de Rubi: "*Imagina que você conhece alguém que morreu daquilo, você diz, poxa, será que o próximo vai ser eu? Isso é uma coisa da gente mesmo, do ser humano*".

A fala de Diamante completa a aflição de saber que outros morreram da mesma enfermidade que a sua: "*Será que isso não pode acontecer a qualquer momento comigo também, porque elas pareciam tão bem, a gente fica assustada em saber que a pessoa que tinha a mesma doença que a gente, morreu, sendo que fez de tudo pra se salvar e não conseguiu*".

A respeito das *multi-surpresas* da vida, Frankl (1993) compreende que não deixaremos jamais de atravessarmos pela dor de sofrer. Não iremos estar autoimunes da agonia, culpa e da morte. A certeza de que todos nós temos o fim para vivenciarmos é tão palpável quanto o viver.

A lacuna entre o que se é e o vir a ser é imprescindível à saúde mental (FRANKL, 1993), pois é ir além das possibilidades, compreendendo-se além do que se é, mesmo que se chegue ao fim (FRANKL, 2015).

5.5 Tríade do sofrimento: a dor de mim

Que *dor de mim* é essa que é avassaladora e que descaracteriza o meu próprio eu? Essa dor que adultera a minha história. Põe em xeque a minha existência. Desestabiliza a minha nova trajetória de vida e meu novo caminhar. Desorganiza o que fui, sou e posso ser a partir de então. Que dor é essa?

A “tríade trágica” – sofrimento, culpa e morte – de Frankl (1993) é a compreensão do *ser-humano-é-finito*. Admite-se que o sofrimento *imacula* o homem, afinal, “*a resposta que o homem sofredor dá, por meio do “como”, ao “porquê” do sofrimento é sempre uma resposta sem palavras, mas, reiteremos, ela é, do prisma da fé num super-sentido, a única significativa*” (FRANKL, 1978, p. 283). É tão significativo quanto a natureza do sofrimento expressando seu caráter cooperativo e sensível.

Para Frankl, nenhum sofrimento humano é análogo. A aflição, angústia ou a amargura são singulares assim como é cada indivíduo. “*Falar das diferenças de grandeza do sofrimento seria por princípio sem sentido; uma diferença, porém, que realmente importa, é a diferença entre sofrimento com e sem sentido*” (FRANKL, 1990, p. 105), preponderando que o que pode ser completamente atormentador para um, para outro, o início de um ciclo ou fase da vida.

A mente humana tem a inclinação de transformar percepções e experiências em fatos mentais, que podem ser compreendidos, representados e simbolizados, estabelecendo o pensamento, entretanto, ela não tem condições de representar e pensar sobre o que não existe. É o compreensível despreparo nato da condição humana de não imaginar o seu fim. Seja ele qual for.

Neste ponto, Frankl trazia à luz da reflexão que por mais que a dor do fim, a angústia ou o pior dos sentimentos que acercam a finitude, a morte e a tragédia-nossa-de-cada-dia, as coisas têm valor para serem sacrificadas. “*O que sacrifica dá ao sacrifício sentido, valor, preço. Dar sentido quer dizer entregar-se. Não é o que eu guardo comigo que retém valor; é o que eu sacrifico que adquire valor*” (FRANKL, 1978, p. 263).

Esse não existente apenas surge por meio de sentimentos apavorantes, sinalizadores de fraqueza e desespero, frente aos enigmas relacionados à finitude, isto é, a própria tomada de consciência da ideia de finitude em si é

atemorizante, pois o ser humano se depara com o vazio, do deixar de ser e o contrassenso de representar esse nada é desesperador.

O sentimento de dor culpa e a percepção da morte está intimamente ligada ao paciente oncológico. É uma busca marcada pela dor da perda da saúde, culpa de diversos caminhos ao longo da vida sentindo que precisa de remissão de algo e a real percepção do fim da vida.

Nos discursos do pacientes entrevistados, a tríade do sofrimento se fez presente. Nas falas que retratam o caminhar desde o diagnóstico à compreensão de enfrentamento da doença, a dor do medo de morrer e culpa por eventos de vida se fizeram presentes.

A paciente Ônix relata: *“A gente se sente péssimo porque um dia vai passar pela morte, a gente espera que seja rápido, mas pra ficar sofrendo, com dor, é péssimo, não tem condições, eu peço tanto a Deus, se for pra me tirar a vida tem que ser duma vez, não pra me tá sofrendo com dor”*.

A paciente retrata a dor mediante a morte. Sua compreensão de morte e o medo de sofrer por conta da doença faz pensar o quanto a ideia da morte seja punição. Penalidade justa, se a pessoa idealiza a culpa ou o pecado. Mas injusta, se o indivíduo não se condescende com a realidade e supõe que sua morte seja causada por inimigos humanos ou divinos.

Nenhum paciente entrevistado relacionou diretamente sua condição de estar doente com alguma vingança divina, forças da natureza por conta de inimigos ou processos sobrenaturais, contudo, como nota-se na fala da paciente Ônix, o *“se sentir péssima”* e a clemência a Deus para que não sofra tanto, retratam sentimento de culpa e temor do porvir além do medo de sofrimento físico, fruto de estigmas sociais.

A escolha pelo enfrentamento é uma conscientização-própria da angústia ou desprendimento, uma possibilidade aberta para a descoberta do sentido. Frankl (2008, p. 170) alega: *“Insisto apenas em que o sentido está disponível apesar do – ou melhor, através do – sofrimento, desde que, (...) o sofrimento seja inevitável”*.

Assim como no caos foi percebida a dor da perda (da saúde, da liberdade e em alguns casos até da família), para outros, a possibilidade de remoção de uma antiga história de vida, totalmente redigida e repaginada. A

luta contra o câncer fez ver o quanto a vida precisa de sentido, estando ela a mercê do marasmo da inexistência.

Essa percepção está expressa na fala de Topázio, quando exemplifica outras pessoas passando pela mesma dor (até em mais intensidade), mas que estão seguras, firmes, lutando contra todas as *infelicidades* provenientes da doença: “[...] *outras senhoras estavam lá fazendo tratamento, quimioterapia, cabelo raspado, feliz da vida, então por que eu ia ficar triste se tava no início do tratamento e elas estavam lá, passando já por tudo aquilo, estavam feliz da vida*”.

A *dor de mim* traz à compreensão da sociedade o quanto o paciente oncológico se percebe como *depuro da natureza*. A vergonha e insegurança de não poder falar para as pessoas a respeito da doença, a pré-noção de que o outro pode rejeitá-lo, a tristeza de saber que há discriminação, desinformação, nojo e repulsa por estarem doentes.

Nas falas dos entrevistados, a *dor de mim* se fez presente não tão somente por conta da dor física acerca de uma radioterapia, mudança nos aspectos visuais ou um longo processo de internação, mas sim, a dor de experimentar o quanto o outro pode anulá-lo.

É o que relata Rubi acerca de discriminação: “eu vi casos também de pessoas que sofreram preconceito, que as pessoas acham que câncer pega, não pega”. Também compartilha da mesma dor Bem-te-vi: “*Infelizmente senti mudanças né porque existe aquele preconceito entendeu, a gente percebe que as pessoas não são mais as mesmas*”.

É o que também relata Papagaio. De forma visceral e tocante, descreve que a dor de estar doente ganhava contornos dramáticos por conta da ideia da não aceitação do outro: “*É difícil enfrentar essa doença maldita porque o câncer é pior que a AIDS, ela mata rápido. [...] Eu que não me sentia à vontade de receber os irmãos da igreja, eu mesmo tinha preconceito comigo mesmo, vergonha, fiquei muito tempo sem ir pra igreja*”.

Quanto ao que Frankl cunhou em 1993 de *tríade da tragédia*, reflito sob a cosmovisão da *dor de mim* em duas direções: a do paciente adoecido pelo desapontamento e a dor do paciente em vivenciar preconceito e discriminação.

Sentimentos de culpa, além das vivências pessoais e descaminhos da vida, também devem ser desconstruídos até porque muitos destas *r-emoções*

estão sutilmente impostas pela *culturalização* secular e medieval de nossa sociedade: do *doente-objeto*, *doente-descartável*, doente que deve ser despejado, pois não serve para mais nada, a não ser esperar pela morte.

O relato de Jaçanã traduz o que digo: “*Sinto vergonha, evito de estar comentando, são poucas pessoas que sabem, comento, porque se comenta, tem falatório, tipo, vai morrer, tá morrendo*”. Aqui expresso a dor do silêncio, da solidão, da auto-interdição.

O que Frankl (1993) sugere é que a pessoa tome para si uma posição de *otimismo trágico*, ou seja, otimismo ante as dificuldades de modo que possa demudar o sofrimento numa oportunidade para crescimento pessoal, assim como encontrar no sentimento de culpa motivos para mudar a si próprio para melhor e, por fim, fazer da finitude da existência um estímulo para a efetivação de atos responsáveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um mundo lá fora. Um mundo onde as pessoas estão inseridas nas suas vivências, experiências e que cotidianamente enfrentam desafios, dores, buscam superações, transcendências, vitórias. São mundos permeabilizados de humanidade, sentimentos, desespero, ódio, tristeza, resiliência, fé, ousadia, esperança. Há humanidade lá fora.

Vivemos num mundo contemporâneo marcado pelo ostracismo. Pela individualidade. A mesma que fantasiemos e romantizamos. Doce autoengano. É a pura *ignorância-do-ser* de levantarmos nossos muros da interdição e não percebermos que do outro lado há vida.

Nesta pesquisa pude quebrar barreiras do *ensimesmamento* e da impassibilidade velada. Compilar e sedimentar a empatia outrora inacabada e perdida nas minhas convicções pessoais. Senti um *mix* de encorajamento, curiosidade, desejo de descoberta, realização assim como de contribuir socialmente e cientificamente falando acerca do tema.

Pude perceber o quanto há vida lá fora. Redundante falar que há vida lá fora depois de levantar imensos muros rotineiros? Não porque não apenas vi a vida lá fora, pude senti-la, pulando meus muros particulares. Sentia vida de todas as formas, de todos os ângulos. De todas as angústias. De todo o caos. De todas as fés e esperanças possíveis. Esqueci-me do muro.

Durante as entrevistas, até então ansioso pelo cumprimento de metas, datas e tabelas do projeto, de cara pude perceber a fragilidade da inexperiência. Da inexatidão. Do medo. Do desconhecido. Da incerteza. Da imensidão. Do abstrato. Ali se fazia presente o *mundo-dos-outros* as quais estava buscando submergir.

Nos diversos rostos e expressões faciais, diversas histórias de vida. Distintas vivências, conhecimentos, experiências, saberes. Todos em silêncio, no mesmo lugar, na mesma rota. Na mesma direção. Pelos corredores, idas e vindas de pessoas ocultadas apenas pelo desejo de cura ou pelo desespero de estar ali, podendo escutar o turbilhão de palavras que se faziam transparecer pelos olhares que me recebiam. E os intuí.

Pude ouvir *fisicamente* algumas destas pessoas. Sem saber de toda uma trajetória de vida. Onde nasceram. Como cresceram. De que forma

constituíram-se suas famílias. Quais crenças têm. Se possuem. Quais felicidades e tristezas tiveram durante toda trajetória de vida até ali.

Então, durante as entrevistas, vi as ambivalências da vida. Os opostos. Os antônimos. Os extremos. Enquanto uns refletiam sobre a força que tinham diante de uma doença crônica, outros expuseram suas ansiedades, fragilidades e receios. Além das extremidades, pude ver as semelhanças. O quanto cada um, sem ao menos se cruzarem pelos corredores da vida, diziam praticamente a mesma coisa. Em nomes, lugares, famílias, tudo diferente, entretanto, da mesma forma e *maneira-de-ser* no que diz respeito ao *ser-para-enfrentamento*.

Nas diversas direções da vida de cada um, pude perceber o quanto estava atento, curioso, emocionado, vibrante, triste, resiliente, empático, encorajado. Todas as sensações ali, diante da pessoa que de forma receptiva, prestativa, contribuía com ricas experiências de vida as vivências hospitalares, familiares, pessoais às quais estavam inseridas.

A pesquisa trouxe sua contribuição. O método fenomenológico de pesquisa em psicologia, ferramenta que permite desvelar os fenômenos em sua totalidade e incrementos sem engessá-los, limitá-los ou dissecá-los, revelou os discursos do interlocutor e toda sua aerodinâmica. Isso mesmo. A aerodinâmica que não vê o movimento relativo entre o ar e corpos sólidos, mas a aerodinâmica do corpo, alma e espírito, ali, expressos em sua imensa totalidade.

Do corpo que se faz presente, suas nuances e formas de se portar no mundo. O *ser-no-mundo*, carregado de informações e codificado de linguagens corporais. A alma que se colocou pra fora através das falas, do discurso e da opinião. Mesmo que doída, fragilizada, destroçada, amargurada. E o espírito, o transcendente, acima de tudo, o *noético*, forte, esperançoso.

Todo esse conjunto de dimensões num só jamais poderia estar dissociado, senão, conseguiria ver o buraco de suas essências. Mesmo na dor e sofrimento há essência? Sim, a da total busca de sentido pela vida, enfrentamento da doença, ressignificações, reorganizações de vida e novos traçados de caminhos a percorrer.

Através das categorias de análise, as diversas formas de compreensão de uma grande dimensão ali proferidas, expostas, faladas e discursadas. A experiência do recebimento do diagnóstico. Como lidou com um difícil

momento, o de saber que tem câncer. Ou os múltiplos processos de enfrentamento: como esse *ser-amazonense* enfrentou uma doença crônica aos seus próprios olhos.

Além do mais, os diversos contrastes e vivências na instituição onde realizam o tratamento, caminhos que variam da estadia ao retorno, passando por vários ressignificados e construções ao longo do tratamento. Por fim, a possibilidade do fim de tudo. O entendimento e compreensão do próprio morrer, um assunto tão delicado, petrificado pelo tabu do desconhecido, do medo e das incertezas que cercam nossa condição humana.

Senti que faltava mais. Pelas entrelinhas das certezas, a incerteza do infinito. Do planetário jeito de compreender que cada pessoa é um Universo sem fim (imagina vinte pessoas). Então puder perceber a real limitação de entender que não se põe ninguém num bico de lápis ou num conjunto de frases e teorias.

A busca pela compreensão é infinita. Aqui concluo o que propus pesquisar, mas ao final, realmente, outras muitas inquietudes surgirão porque a verdade não é absoluta nem conclusiva: a ciência está em constante evolução e movimento, eternamente inacabada.

Já dizia Frankl (1989) o homem é unidade na sua totalidade. Não está resumido num feixe de doenças e sofrimentos. O câncer é apenas uma doença. Nada mais. O mais aqui é a pessoa. Ela com toda sua historicidade e existência. Está concentrada na descentralização das coisas. Está revelada no oculto. Está elevada mesmo que caída. Está viva mesmo que pereça.

O projeto abre novas demandas e possibilidades para que futuramente, possa anunciar artigos científicos, projetos de pesquisa em temas relevantes para nossa sociedade amazonense como religiosidade, fé e doença crônica, relações entre paciente e cuidador, humanização psico-hospitalar.

Do recebimento do diagnóstico mediante uma doença crônica, os diversos desdobramentos acerca do *ser-amazonense* que enfrenta o câncer e dá significado para essa caminhada. Da finitude, percepção da morte e cuidados paliativos, o que compreende o paciente emergido nas vivências acerca do tratamento. O que a família tem a dizer acerca do acompanhamento rotineiro e diário. Quais nuances estão imbricadas na relação hospital x família, descentralizando do espaço hospitalar o cuidar sob a ótica do paciente.

7 REFERÊNCIAS

ALVES, R.C.P. **Vivências de profissionais de saúde na assistência a crianças e adolescentes com câncer: um estudo fenomenológico.** Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto/SP, 2012.

ANDRADE C.C; HOLANDA A.F. **Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica.** Estudos de Psicologia 27(2) | 259-268, Campinas/SP, 2010.

AQUINO, T.A.A de; **Logoterapia e análise existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl.** Coleção Logoterapia. Paulus, São Paulo/SP, 2013.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (IBGE), Rio de Janeiro/RJ. Disponível em: www.ibge.gov.br/home. Acesso em 18/08/16.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer (INCA). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** INCA, Rio de Janeiro/RJ, 2011. Disponível em: www2.inca.gov.br. Acesso em 24/08/16.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro/RJ, 2016. Disponível em: www2.inca.gov.br. Acesso em 24/08/16.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Tratamento do Câncer**, [201-a]. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento> Acesso em 23/10/17.

_____, **O que causa o câncer**, [201-b]. Disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81 Acesso em 24/08/16.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Seção 1 de 17/05/2013, Portaria No - 868, de 16 de maio de 2013. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=129&data=17/05/2013>. Acesso em 30/08/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2ª. ed. Brasília/DF, 2006.

BRASIL, Planalto, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Brasília/DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm. Acesso em 30/08/16.

BRASIL, Sistema Único de Saúde - (SUS). **Referência nos serviços públicos de saúde.** Brasília/DF. Disponível em: www.portaldasaude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17961-

[71-dos-brasileirostem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia](#). Acesso em 19/08/16.

BRUNS, M.A.T; HOLANDA, A.F. **Psicologia e Fenomenologia**. 2ª ed. Alínea, Campinas/SP, 2011.

BUSS, P.M; FILHO, A.P. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Ver. Saúde Coletiva, 17(1):77-93. Rio de Janeiro/RJ, 2007.

CAMPOS, T. C. **Psicologia hospitalar: a atuação em hospitais**. (2ª ed.). EPU, São Paulo/SP, 1995.

CARVALHO, M.M. **Psico-oncologia: história, características e desafios**. Psicol. USP, v.03, n.1, São Paulo/SP, 2002.

CASTRO, E.H.B. “**A experiência do diagnóstico: o significado no discurso de mães de crianças com câncer à luz da filosofia de Martin Heidegger**”; Ribeirão Preto, 2009. Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia. Orientadora: Valle, Elizabeth Ranier Martins.

DECASTRO, T.G; GOMES, W.B. **Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências**. Estudos de Psicologia, I 28(2) | 153-161, Campinas/SP, 2011.

ESPÍNDULA, J.A; VALLE, E.R.M; BELLO, A.A. **Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 18(6):[08 telas], Ribeirão Preto/SP, 2010.

ESTRADA, A.A. **Os fundamentos da teoria da complexidade de Edgar Morin**. Akrópolis Umuarama, v. 17, n. 2, p. 85-90, Cascavel/PR, 2009.

EWALD, A. P. **Fenomenologia e Existencialismo: articulando nexos, costurando sentidos**. Estudos e Pesquisa em Psicologia, UERJ, Ano 8, n.o 2, p. 149 – 165, ISSN: 1808-4281, Rio de Janeiro/RJ, 2008.

FIGUEIREDO, L.C.M. **Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas discursivas**. Editora Vozes, Petrópolis/RJ, 2011.

FIZZOTTI, E. **De Freud a Frankl: interrogantes sobre el vacío existencial**. Universidade de Navarra, Pamplona, Espanha, 1977 a.

FRANKL, V.E. **Fundamentos antropológicos da psicoterapia**. Ed. Zahar, Rio de Janeiro/RJ, 1978.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**. Vozes, Petrópolis/RJ, 1985.

FRANKL, V.E. **Logoterapia y analisis existencial**. (J.A de P. Diez, R, Wenzel & I. Arias, trad.). Barcelona, Espanha, 1990. (trabalho original publicado em 1987).

FRANKL, V. E. **A questão do sentido em psicoterapia**. Campinas/SP. Papirus, 1990.

FRANKL, V. E. **A psicoterapia na prática**. Papirus, Campinas/SP, 1991.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**. 31 ed. São Leopoldo/RS; Sinodal; Petrópolis/RJ; Vozes, 2008.

FRANKL, V.E **A presença ignorada de Deus**. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2009.

FRANKL, V.E. **A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia**. (PEREIRA, Ivo Studart, trad.); Paulus, Coleção Logoterapia, São Paulo/SP, 2011.

FRANKL, V.E. **Psicoterapia e o sentido da vida**. Quadrante. 5ª edição. São Paulo/SP. 2015.

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS. Governo do Estado do Amazonas. **Câncer, o que é o câncer, o que causa o câncer e fatores de risco de natureza ambiental**. Manaus/AM. Disponível em: www.fcecon.am.gov.br/cancer/ Acesso em 25/08/16.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002;

GONZALÉZ REY, F. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Pioneira, São Paulo/SP, 2002.

GOMES, W.B. **A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente**. *Psicol. USP*, v. 8, n. 2, p. 305-336, São Paulo/SP, 1997.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. **Dados**. s/d (a). Disponível em <http://www.amazonas.am.gov.br/o-amazonas/dados/> Acesso em 25/08/16.

HACPILLE, L. **Abordagem em cuidados paliativos: a dor cancerosa e seu tratamento**. Instituto Piaget, Lisboa/Portugal, 2000.

HOLANDA, A.F **Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica**. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV), 363-372), Brasília/DF, 2006.

HOLANDA, A.F. **Pesquisa Fenomenológica e Psicologia Eidética: Elementos para um entendimento Metodológico** in: BRUNS. M.A.T e HOLANDA, A.F. *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: Reflexões e Pesquisa Fenomenológica: reflexões e Perspectivas* – São Paulo: Ômega Editora, 2011.

HOLANDA, A.F. **Fenomenologia e Humanismo: reflexões necessárias**; Juruá, Belo Horizonte/MG, 2014.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Martins Fontes, São Paulo/SP, 1992.

LÄNGLE, A. **Viver com sentido**. (H. REINHOLD, Trad.). Vozes; São Leopoldo. SINODAL, Petrópolis/RJ, 1992.

LIBERATO, R. P., & CARVALHO, V.A. **Psicoterapia**. Em V. A. Carvalho; M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, P. Liberato & L. Holtz (Eds.), **Temas em psico-oncologia** (pp. 341-350). Summus, São Paulo/SP, 2008.

LUKAS, E. **Logoterapia: a força desafiadora do espírito**. Edições Loyola, São Paulo/SP, 1989.

MARTINS, J; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**. Morales, São Paulo/SP, 2005.

MOREIRA, N; HOLANDA, A.F. **Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa**. Psico-USF, v. 5, n.o 3, p. 345-356, Curitiba/PR, 2010.

MOREIRA, E.K.B; MARTINS, T.M; CASTRO, M.M. **Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. SBPH vol.15 no. 1, Rio de Janeiro/RJ, 2012.

MUCCHIELLI, R. **Les méthodes qualitatives**. Paris Press. Universitaires de France, Paris, France, 1991.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. 225f. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-27012004-222429/> Acesso 23/10/17.

PANZINI, R., & BANDEIRA, D. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (suppl. 1), 126-135, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/pdf/126.pdf>. Acesso em 30/08/16.

PAREJA HERRERA, G. **Viktor E. Frankl – comunicación y resistencia**. 2ª ed. Premiá, Cidade do México, México, 1984.

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

PEREZ, D. Z. **Perdida de sentido y neurosis existencial**. *Revista Cubana de Psicología*, 14(1), 65-69. Havana, Cuba, 1997.

PETTENGILL, M. A. M. & ANGELO, M. **O sentido do cuidar da criança e da família na comunidade: a experiência da aluna de enfermagem**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(1), 91-98, 2000.

- PETRELLI, R. **Fenomenologia: teoria, método e prática**. UCG, Goiânia/GO, 2004.
- PEREIRA, I. S. **A vontade de sentido na obra de Viktor Frankl**. *Psicologia USP*, 18 (1), 125-136. São Paulo/SP, 2007.
- RODRIGUES, R. **Fundamentos da logoterapia na clínica psiquiátrica e psicoterápica**. Vozes, Petrópolis/RJ, 1991.
- RODRIGUES, L.A.; BARROS, L.A. **Sobre o fundador da Logoterapia: Viktor Emil Frankl e sua contribuição à psicologia**. *Estudos*, v. 36, n. 1/2, p. 11-31, jan./fev. Goiânia/GO, 2009.
- ROEHE, M.V. **Reverendo ideias de Viktor Frankl no centenário de seu nascimento**. *Psico*, v. 36, n. 3, pp. 311-314, Porto Alegre/RS, 2005.
- ROVIGHI, S. V. **História da Filosofia Contemporânea**. Vol. 1. Loyola, São Paulo/SP, 1999.
- SANTOS, A.P.A.L. **Psico-oncologia: um estudo com pacientes após o término do tratamento oncológico**. Ana Paula Alves Santos; Orientadora Elisa Maria Parahyba Campos. São Paulo/SP, 2011. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- SETTE, C.P; GRADVOHL, S.M.O. **Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia**. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13 (2), São Paulo/SP, 2014.
- SILVA, L.C. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino**. *Psicologia em Estudo*, Maringá/PR, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.
- SILVEIRA, D. R. **O sentido da resiliência: a contribuição de Viktor Emil Frankl**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2007.
- SOARES, M. B.; FAZENDA, I. C. **Metodologias não-convencionais em teses acadêmicas**. In: FAZENDA, I. C. (Org.). *Metodologia da pesquisa educacional*. São Paulo: Cortez, 1989.
- SOUZA, Osmar de. **Abordagens fenomenológico-hermenêuticas em pesquisas educacionais**. In: *Revista de Educação da Univali, Contra Pontos*, Ano 1, nº 1, Itajaí, jan/jun, 2001.
- SOUZA, E.A.S; GOMES, E.S. **A visão do homem em Frankl**. *Revista Logos & Existência: Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial* 1(1), 50-57, Brasília/DF, 2012.
- VEIT, M.T; CARVALHO, V.A. **Psico-oncologia: um novo olhar para o câncer**. *O mundo da saúde*. 34(4): 526-530, São Paulo/SP, 2010.

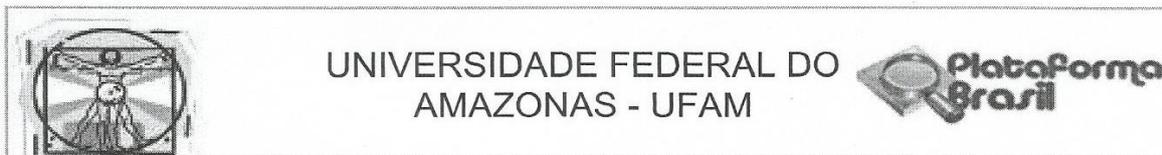
VOLLES, C.C; BUSSOLETTO, G.M; RODACOSKI, G. ***A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho.*** Rev. SBPH vol.15 no. 1, Rio de Janeiro/RJ, 2012.

XAUSA, I. A. M. ***A psicologia do sentido da vida.*** Vozes, Petrópolis/RJ, 1986.

YUNTA, E. R. ***El sentido del sufrimiento: experiência de los enfermos de câncer.*** Arsméd. Santiago, Chile, v.2, 2000.

ANEXOS

Anexo I: Parecer Consubstanciado Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e PVHA: sentidos nos discursos à luz da análise existencial de Viktor Frankl.

Pesquisador: MANOEL GUEDES BRANDAO NETO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64939817.8.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.141.793

Apresentação do Projeto:

Justificativa da Emenda:

A presente emenda informa que por erro no preenchimento da Plataforma, a alteração necessária inclui os nomes das Instituições coparticipantes: Fundação de Medicina Tropical (FMTAM) e Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) ambas na cidade de Manaus. Outrossim, o título do projeto "A vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e PVHA: sentidos nos discursos à luz da análise existencial de Viktor Frankl" passa a ser intitulado "A vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e PVHA (pessoas vivendo com HIV/AIDS): sentidos nos discursos à luz da análise existencial de Viktor Frankl". A alteração do título do projeto também foi feita no TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido).

As vivências hospitalares para pessoas que são diagnosticadas com alguma doença crônica são hábitos na vida destes que de forma intensa, marca-os para sempre. Há uma longa (e para muitos deles para a vida toda) a necessidade de estar nos hospitais fazendo acompanhamento médico e de saúde. A rotina de vida passa por profundas transformações, onde, em meio ao convívio na escola, trabalho, de lazer, ou com a família, também está inserida a necessidade de ir ao médico,

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

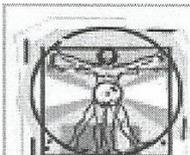
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 2.141.793

preponderando realização de exames específicos, inúmeras consultas, avaliação e dosagem de remédios, análises diversas para verificação da progressão (regressão e/ou estabilização) da doença. Este projeto visa compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e soropositivos. Será uma pesquisa de natureza qualitativa e se desenvolverá a partir dos pensamentos da análise existencial de Viktor Frankl, que tem como fundamental base a busca pelo sentido de vida que cada pessoa dá às suas vivências humanas. O método será o Fenomenológico de Pesquisa em Psicologia e deverá ser utilizada a entrevista fenomenológica efetuada com 40 participantes, sendo eles (e/ou elas) 20 pacientes que fazem tratamento da Fundação de Medicina Tropical e 20 pacientes da Fundação Centro de Controle Centro de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON). Os dados serão coletados após a aprovação do Comitê de Ética da UFAM, autorização das Instituições competentes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, que, a partir de uma questão norteadora, o projeto buscará compreender os sentidos nos discursos dos entrevistados, abarcando possíveis desdobramentos, buscando assim identificar os significados dos discursos e a formação das categorias de análise para que seja feita a compreensão dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: sentidos nos discursos à luz do pensamento de Viktor Frankl.

Esclarecimento: considerando que será um projeto a ser realizado junto a pessoas com câncer e com AIDS, em nenhum momento o pesquisador aponta para quaisquer benefícios em relação a ele próprio. O que se busca é a compreensão da vivência, haja vista que, há algum tempo, o mesmo vem trabalhando com estes tipos de doenças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos participantes nesta pesquisa, considera-se que a exposição aos riscos será mínima, ponderando que a abordagem proposta entrará em contato com as vivências hospitalares de pacientes oncológicos e soropositivos procurando compreender sentidos nos discursos dos entrevistados, de forma a não comprometer, agravar ou ultrajar a saúde física e psicológica destes (as).

A temática da pesquisa abordará questões existenciais, contudo, se necessário, o pesquisador se colocará à disposição para a realização do acompanhamento psicoterápico, se necessário, bem como o Centro de Serviços de Psicologia Aplicada da FAPSI/UFAM. Conforme explicitado acima, os

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

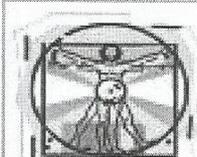
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 2.141.793

riscos mínimos a que o participante estará exposto, dizem respeito a que o processo de entrevista venha a suscitar sentimentos variados, tais como: raiva, vergonha, pesar. Contudo, o pesquisador colocará-se em disponibilidade para estar realizando o acompanhamento psicoterápico destas pessoas no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Cada sessão psicoterápica dura em média 50 minutos e o pesquisador acordará com o participante o período de acompanhamento, pelo tempo que for necessário, o que geralmente ocorre em vinte sessões.

Benefícios:

A pesquisa tem determinante papel científica/social, buscando através de diversos estudos, desenvolvimento, novas descobertas, mudanças, ampliação de conhecimento, transformações, e acima de tudo: promover, através das mesmas (sejam elas quais forem) bem estar para a população/evolução científica. Como pesquisador, necessito compreender que indivíduo é esse em tratamento e qual seu olhar para suas vivências em âmbito hospitalar, objetivando desenvolver outros projetos em saúde coletiva, processos de melhorias coletivas para nossa população, assim como, a busca incessante por promoção de bem estar e saúde integral em nossa rede hospitalar regional., salientando a importância de pesquisas que compreendam o ser humano amazônida e toda sua experiência como fonte de compreensão nas buscas destes sentidos. Enquanto benefício para o participante cumpre ressaltar que o mesmo terá à disposição a escuta psicoterápica, e conseqüentemente, terá auxílio no sentido de ressignificar o processo de vivência hospitalar. Outro benefício diz respeito a elaboração de estratégias para o acompanhamento de grupos de pacientes diagnosticados com câncer e AIDS, incluindo assim, o contexto social em que vive.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem como natureza a pesquisa qualitativa, que me permite profundo desvelo no discurso do entrevistado. Admite compreender profundezas as quais nenhum outro método permite. As falas e os sentidos atribuídos pelo entrevistado estão muito além de métodos cartesianos e positivistas, que recortam suas amostras numa dimensão manométrica, excluindo o ser humano em sua totalidade, como um todo. MÉTODO FENOMENOLÓGICO: As pesquisas e investigações nas ciências humanas necessitam ser compreendidas como sujeito-sujeito, abarcada de complexidades, ganhando contornos relacionais – uma vez que a pesquisa envolve pessoas, não somente de quem é entrevistado, mas de quem também está entrevistando e buscando

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

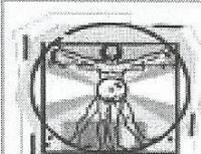
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 2.141.793

compreender significados de fenômenos que são vividos, ao contrário da tradição clássica da ciência naturalista. (Holanda, 2014). "Como instrumental de pesquisa, a metodologia fenomenológica se constitui num conjunto de procedimentos para a exploração da consciência imediata e da experiência". (p. 84).

Equipe do projeto: Manoel Guedes Brandão Neto: pesquisador e Prof. Dr. Ewerton Hélder Bentes de Castro: Orientador.

Participantes: A pesquisa contará com 40 participantes, sendo 20 pessoas que realizam tratamento oncológico no FCECON e 20 pessoas que realizam tratamento contra HIV/AIDS no FMTAM. Dos 20 que realizam tratamento oncológico, serão 10 participantes do sexo masculino e 10 participantes do sexo feminino; a mesma regra se aplicará à PVHA's, sendo 10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Ao total do sexo masculino serão 20 e do sexo feminino, 20. Participarão da pesquisa apenas entrevistados maiores de 18 anos (ou idade igual a 18 anos no dia da entrevista). Este quantitativo se deve ao fato de que como será utilizada entrevista tem natureza qualitativa, sob viés do método fenomenológico de pesquisa em psicologia e áudio-gravada, este número de participantes é percebido como suficiente para o desvelamento do fenômeno pesquisado. Cumpre ressaltar que, se necessário, outros participantes poderão ser recrutados pelo pesquisador.

Local (is) da pesquisa: Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT/AM), endereço Av. Pedro Teixeira, 25, Dom Pedro. CEP 69.040-000 e Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), endereço Rua Francisco Orellana, 215, Planalto. CEP 69040-010.

Obtenção das entrevistas: somente mediante termo de anuência das instituições onde ocorrerão as coletas de dados; Conforme autorização das instituições, as pessoas serão escolhidas de forma aleatória, apenas atendendo aos critérios dos subitens 5.5 (critérios de inclusão) e 5.6 (critérios de exclusão) presentes no item 5.4 (Considerações Éticas). Deverá ser apresentado aos participantes do estudo o objetivo do trabalho e a importância de sua participação, procurando manter um clima de respeito mútuo. Será utilizada a entrevista fenomenológica: A pesquisa será realizada a partir da seguinte questão norteadora: "Gostaria que o Sr. (a) descrevesse para mim como tem sido sua vivência neste hospital, o que você sente, o que pensa sobre isso?". A partir dessa questão inicial que (se apresentados desdobramentos que poderão servir de questões norteadoras para posterior

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

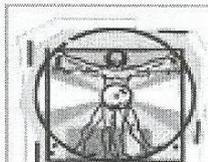
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 2.141.793

análise, será perguntado ao entrevistado): a) Qual (quais) vivências hospitalares gostaria de descrever?; b) A partir de seu diagnóstico quais as modificações e/ou mudanças ocorreram em sua família?; c) Quais interferências o diagnóstico provocou em suas relações?; d) Como é para você lidar com a morte de outro paciente com o qual conviveu neste período em que está em tratamento?. No FCECON os participantes serão abordados na recepção do hospital e entrevistados no setor de psicologia; no FMTAM, os participantes serão abordados na recepção do hospital e entrevistados em local a definir pela coordenação do departamento de dermatologia após liberação da pesquisa pelo CEP. As entrevistas ocorrerão presumivelmente em 60 minutos, podendo, sofrer modificação.

Critério de Inclusão:

A inclusão dos participantes na pesquisa seguirá os critérios definidos pelo pesquisador:

- a) Ser maior ou igual a 18 anos de idade e ter sido diagnosticado com câncer (independentemente da tipologia) e AIDS há pelo menos 12 meses de modo a não despertar questões emocionais profundas;
- b) Estar em acompanhamento médico e realizando tratamento nas instituições citadas no item 5.3.2 (local (is) de pesquisa);
- c) Estar em plenas funções cognitivas e mentais durante a entrevista;
- d) A escolha dos participantes será independentemente de estado civil, religião, filosofia de vida, raça, gentílico ou escolaridade.
- e) Todos (as) que ao aceitarem participar da pesquisa, devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critério de Exclusão:

- a) Ter sido diagnosticado há menos de 12 meses com câncer (independentemente da tipologia) e AIDS;
- b) Ter desistido do acompanhamento médico nas instituições previstas no projeto;
- c) Ter a capacidade cognitiva comprometida;
- d) Estar em período gestacional;
- e) Recusar a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas serão avaliadas conforme corrobora Martins & Bicudo (1994), seguindo as etapas elencadas abaixo:

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

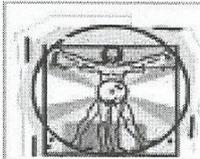
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 2.141.793

a) Audição dos áudios gravados: antes de qualquer descrição, os áudios serão todos ouvidos, para, a partir disto, realizar a transcrição detalhadamente; b) Leitura das entrevistas: a leitura servirá apenas como uma forma de compreender o que o participante está buscando dizer ali. Não se buscará ainda qualquer escólio do que está exposto, sem tentativas sumárias de identificação de quaisquer características ou elementos ali escritos; c) Releitura: nesta fase, a releitura será mais específica e buscando atentar-se para os reais significados desvelados pelo entrevistado. Buscará reler quantas vezes forem necessárias, para, a partir daí, adentrar às unidades de significados e suas discriminações; d) Unidades de significado: diante das declarações expressivas, buscar compreender o que se percebeu no que foi expresso pelo participante, deste modo buscando-se expressar o insight psicológico, ou seja, o que compreendi através da fala do entrevistado e o que o participante está querendo me dizer. Este momento é o que o método fenomenológico de pesquisa em Psicologia caracteriza como identificação das Unidades de Significado, o sentido expresso nas falas. Construção/compreensão dos resultados: Após buscar compreensão das entrevistas e elencar as unidades de significado (a construção e concepção dos resultados), o pesquisador buscará avaliar as similaridades, convergências e/ou variantes destes fenômenos, ou seja, a partir das Unidades de Significado serão elaboradas as Categorias de Análise. Análise dos dados à luz da análise existencial de Viktor Frankl: A escolha do tema e sua principal cosmovisão gira em torno dos sentidos que os pacientes oncológicos e soropositivos atribuem às suas vivências nos hospitais onde realizam seus tratamentos/acompanhamento médico. A busca de sentido e os fenômenos desvelados são características que a pesquisa qualitativa me permite ter acesso à compreensão – assim como, através do método fenomenológico, pois, [...] “o fenômeno não é a aparência, e sim, a manifestação ou revelação de que há a coisa mesma ou a ser em si, sendo o abrir-se e o manifestar-se da própria realidade vivida pelo sujeito”. (Pettengill & Angelo, 2000, p. 92). Mediante tais estruturas de pesquisa, o projeto partirá de uma análise baseada nos pensamentos de Viktor Frankl (1905 – 1997), fundador da logoterapia, que tem como escopo principal a busca pelos sentidos que cada um de nós dá para nossas vivências, experiências de vida e significados a elas atribuídos. Moreira & Holanda (2010) descrevem que a logoterapia tem característica multifacetada, pois corresponde aos pensamentos fenomenológicos e humanistas, além da compreensão noética e de transcendentalidade, atribuindo a dimensão espiritual (não a da dimensão religiosa) como uma das estruturas de personificação humana. “Concebe uma visão de homem distinta das demais concepções psicológicas de seu tempo a propor a compreensão da existência mediante fenômenos especificamente humanos”. (p.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

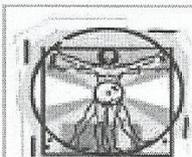
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 2.141.793

345). Quando estamos falando de sentido, estamos fazendo referência ao significado, à coerência, à busca e um propósito que constantemente necessitamos. No contexto hospitalar proposto neste projeto, “o que sente em estar aqui, neste hospital?” De que sentido estarei buscando compreender? Curiosamente, falo de enfermidades altamente mortais e que produzem sentimentos de finitude iminente (medo, dor, angústia, desesperança, sacrifício etc.). No centro destas inquietações como pesquisador, irei buscar compreender o sentido dado a esta vivência, pois, “o que sacrifica dá ao sacrifício sentido, valor, preço. Dar sentido quer dizer entregar-se. Não o que eu guardo comigo que retém valor, é o que eu sacrifico que adquire valor”. (Frankl, 1978, p. 263).

Orçamento: financiamento próprio. R\$ 961,90

Cronograma: coleta de dados, de 03/04/2017 a 30/06/2017

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Assinado pela vice-coordenadora do PPGPSI, Profa Dra Cláudia Regina Brandão Sampaio

Termo de anuência da FCECON: assinada pela diretora de ensino e pesquisa Dra Kátia Luz Torres Silva.

Termo de anuência da FMT: assinada pela diretora presidente Maria das Graças Costa Alecrim

Termo de anuência do CSPA: Assinada pela psicóloga responsável Rebeca Louise Pevas Lima de Freitas

TCLE: Adequado. Ressalta-se, novamente, que o pesquisador deverá obrigatoriamente elaborar o TCLE em duas “VIAS”, e disponibilizará uma “VIA” e não “CÓPIA” a cada participante da pesquisa, e a outra para o pesquisador, item IV.3.f, IV.5.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, somos de parecer favorável a sua aprovação.

OBS:O pesquisador deverá obrigatoriamente elaborar o TCLE em duas “VIAS”, e disponibilizará uma “VIA” e não “CÓPIA” a cada participante da pesquisa, e a outra para o pesquisador, item IV.3.f, IV.5. Corrigir.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 2.141.793

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_943297 E1.pdf	13/06/2017 18:01:08		Aceito
Outros	Emenda.docx	13/06/2017 17:58:02	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	13/06/2017 17:57:30	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	23/03/2017 20:21:24	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostomanoel.pdf	23/03/2017 20:19:50	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	roteiroentrevistas.docx	23/03/2017 19:11:17	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/03/2017 18:59:12	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	termocspa.png	23/03/2017 18:55:56	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	Termofmt.png	23/03/2017 18:53:03	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	23/03/2017 18:47:36	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	lattesewerton.docx	01/02/2017 19:19:43	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	lattesmanoel.docx	01/02/2017 19:16:40	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	termocecon.png	31/01/2017 21:56:02	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

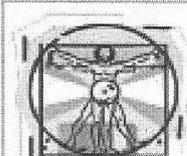
UF: AM

Município: MANAUS

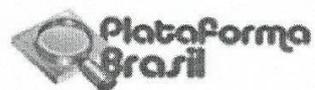
Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.141.793

MANAUS, 27 de Junho de 2017

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - (UFAM) PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – (PPGPSI) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) senhor (a) para participar do projeto de pesquisa “A vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos: sentidos nos discursos à luz da análise existencial de Viktor Frankl”, de autoria de Manoel Guedes Brandão Neto, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, nº 300 (UFAM) telefone: 3305-4127, e-mail: manoelbrandaorh@hotmail.com, tendo como orientador o Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro, endereço: Rua General Rodrigo Otávio, nº 300 (UFAM) telefone: 3305-4127, e-mail: ewertonhelder@gmail.com. Venho mui respeitosamente pedir sua colaboração para participar desta pesquisa cujo objetivo é compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos: sentidos nos discursos à luz do pensamento de Viktor Frankl.

Quanto aos participantes nesta pesquisa, considera-se que a exposição aos riscos será mínima, ponderando que a abordagem proposta entrará em contato com as vivências hospitalares de pacientes oncológicos procurando compreender sentidos nos discursos dos entrevistados, de forma a não comprometer, agravar ou ultrajar a saúde física e psicológica destes (as).

A temática da pesquisa abordará questões existenciais, contudo, se necessário, o pesquisador se colocará à disposição para a realização do acompanhamento psicoterápico, se necessário, bem como o Centro de Serviços de Psicologia Aplicada da FAPSI/UFAM.

Conforme explicitado acima, os riscos mínimos a que o participante estará exposto, dizem respeito a que o processo de entrevista venha a suscitar sentimentos variados, tais como: raiva, vergonha, pesar. Contudo, o pesquisador colocar-se-á em disponibilidade para estar realizando o acompanhamento psicoterápico destas pessoas no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Cada sessão psicoterápica dura em média 50 minutos e o pesquisador acordará com o participante o período de acompanhamento, pelo tempo que for necessário, o que geralmente ocorre em vinte sessões.

O (a) Sr (a) não terá quaisquer prejuízos financeiros ao participar da pesquisa, haja vista que, se a entrevista ocorrer em outro local que não a instituição em que está em tratamento, o pesquisador fará o ressarcimento de passagem e alimentação. Além disso, estão assegurados o direito a indenização e cobertura material em caso de quaisquer danos materiais.

A pesquisa tem determinante papel científica/social, buscando através de diversos estudos, desenvolvimento, novas descobertas, mudanças, ampliação de conhecimento, transformações, e acima de tudo: promover, através das mesmas (sejam elas quais forem) bem estar para a população/evolução científica.

Como pesquisador, necessito compreender que indivíduo é esse em tratamento e qual seu olhar para suas vivências em âmbito hospitalar, objetivando desenvolver outros projetos em saúde coletiva, processos de melhorias coletivas para nossa população, assim como, a busca incessante por promoção de bem estar e saúde integral em nossa rede hospitalar regional.,

salientando a importância de pesquisas que compreendam o ser humano amazônida e toda sua *experenciación* como fonte de compreensão nas buscas destes sentidos.

Enquanto benefício para o participante cumpre ressaltar que o mesmo terá à disposição a escuta psicoterápica, e conseqüentemente, terá auxílio no sentido de ressignificar o processo de vivência hospitalar. Outro benefício diz respeito a elaboração de estratégias para o acompanhamento de grupos de pacientes diagnosticados com câncer, incluindo assim, o contexto social em que vive.

O procedimento adotado será entrevista audiogravada, de no máximo, 50 minutos de duração. A entrevista é confidencial e sigilosa, ou seja, seus dados pessoais não serão divulgados e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins deste estudo.

Sua participação neste estudo é voluntária. O senhor (a) pode retirar-se a qualquer momento, não havendo qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa. Sendo o senhor (a) participante deste estudo, terá sempre que necessário, esclarecimento de dúvida no que diz respeito ao estudo, podendo entrar em contato com o pesquisador e ainda no Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Teresina, 495 – Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus–AM. Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / E-mail: cep.ufam@gmail.com.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

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

_____	____/____/____
Assinatura do participante	Data
_____	____/____/____
Pesquisador Responsável	Data
_____	____/____/____
Assinatura do Orientador	Data



Impressão Dactiloscópica

Anexo III – Roteiro de entrevistas

a) Gostaria que o Sr. (a). descrevesse para mim como tem sido sua vivência neste hospital, o que você sente, o que pensa sobre isso?

b) *Qual (quais) vivências hospitalares gostaria de descrever?;*

c) *A partir de seu diagnóstico quais as modificações e/ou mudanças ocorreram em sua família?;*

d) *Quais interferências o diagnóstico provocou em suas relações?;*

e) *Como é para você lidar com a morte de outro paciente com o qual conviveu neste período em que está em tratamento?*

Anexo IV – Termo de Anuência/Parecer Consubstanciado FCECON

Termo de Anuência:



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins que **autorizamos** a realização do estudo “**A VIVÊNCIA HOSPITALAR NA CONCEPÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS E SOROPOSITIVOS? SENTIDOS NOS DISCURSOS À LUZ DO PENSAMENTO DE VIKTOR FRANKL**”, sob responsabilidade dos pesquisadores Manoel Guedes Brandão Neto e Ewerton Helder Bentes de Castro.

Trata-se de um estudo relevante cujo **objetivo geral** é Compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e PVHAs: sentidos nos discursos à luz do pensamento de Viktor Frankl.

O referido protocolo de pesquisa foi apreciado pelo Comitê Científico da Fundação CECON e **obteve aprovação**.

Informamos que para início de sua execução é imprescindível a apreciação e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa e apresentação do mesmo junto a esta diretoria.

Manaus, 26 de Dezembro de 2016.


Dra. **KÁTIA LUZ TORRES SILVA**
Diretora de Ensino e Pesquisa





GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

PARECER DO COMITÊ CIENTÍFICO

FUNDAÇÃO CENTRO E CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS – FCECON

Título do Projeto: A VIVÊNCIA HOSPITALAR NA CONCEPÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS E SOROPOSITIVOS? SENTIDOS NOS DISCURSOS À LUZ DO PENSAMENTO DE VIKTOR FRANKL

Pesquisador Responsável: Manoel Guedes Brandão Neto

Equipe de pesquisadores: Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro

Alunos:

Projeto Interno () **Projeto Externo** (X). Universidade Federal do Amazonas

Aprovação prévia por Comitê de Ética em Pesquisa? (X) Não () Não informado () Sim
Qual? _____

O projeto tem como objetivo: Compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e PVHAs: sentidos nos discursos à luz do pensamento de Viktor Frankl.

Considerações do comitê científico:

Todas as recomendações apresentadas pelo Comitê Científico foram atendidas.

STATUS:

(X) Aprovado

() Pendente

() Recusado

Manaus, 26 de dezembro de 2016.


KÁTIA LUZ TORRES SILVA
Comitê Científico Institucional

Rua Francisco Orellana nº 215 – Planalto
Fone (92) 3655-4600 – Fone/Fax (92) 3655-4774
Manaus – Am CEP:69040-010
diretoria.ensino.pesquisa@fcecon.am.gov.br

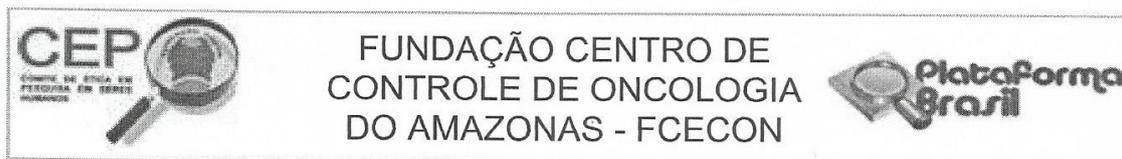


FCECON
Fundação Centro de Controle de
Oncologia do Estado do Amazonas



"Trabalhando para criar oportunidade"

Parecer consubstanciado:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e PVHA: sentidos nos discursos à luz da análise existencial de Viktor Frankl.

Pesquisador: MANOEL GUEDES BRANDAO NETO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64939817.8.3001.0004

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.182.213

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como natureza a pesquisa qualitativa, que me permite profundo desvelo no discurso do entrevistado. Admite compreender profundezas as quais nenhum outro método permite. As falas e os sentidos atribuídos pelo entrevistado estão muito além de métodos cartesianos e positivistas, que recortam suas amostras numa dimensão manométrica, excluindo o ser humano em sua totalidade, como um todo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a vivência hospitalar na concepção de pacientes oncológicos e Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: sentidos nos discursos à luz do pensamento de Viktor Frankl.

Esclarecimento: considerando que será um projeto a ser realizado junto a pessoas com câncer e com AIDS, em nenhum momento o pesquisador aponta para quaisquer benefícios em relação a ele próprio. O que se busca é a compreensão da vivência, haja vista que, há algum tempo, o mesmo vem trabalhando com estes tipos de doenças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores relatam que:

Riscos:

Endereço: Rua Francisco Orellana, 215 - Planalto - 3º andar
Bairro: S/N **CEP:** 69.040-010
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3655-4774 **E-mail:** comite.etica.pesquisa@fcecon.am.gov.br



FUNDAÇÃO CENTRO DE
CONTROLE DE ONCOLOGIA
DO AMAZONAS - FCECON



Continuação do Parecer: 2.182.213

Quanto aos participantes nesta pesquisa, considera-se que a exposição aos riscos será mínima, ponderando que a abordagem proposta entrará em contato com as vivências hospitalares de pacientes oncológicos e soropositivos procurando compreender sentidos nos discursos dos entrevistados, de forma a não comprometer, agravar ou ultrajar a saúde física e psicológica destes (as).

A temática da pesquisa abordará questões existenciais, contudo, se necessário, o pesquisador se colocará à disposição para a realização do acompanhamento psicoterápico, se necessário, bem como o Centro de Serviços de Psicologia Aplicada da FAPSI/UFAM.

Conforme explicitado acima, os riscos mínimos a que o participante estará exposto, dizem respeito a que o processo de entrevista venha a suscitar sentimentos variados, tais como: raiva, vergonha, pesar. Contudo, o pesquisador colocar-se-á em disponibilidade para estar realizando o acompanhamento psicoterápico destas pessoas no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Cada sessão psicoterápica dura em média 50 minutos e o pesquisador acordará com o participante o período de acompanhamento, pelo tempo que for necessário, o que geralmente ocorre em vinte sessões.

Benefícios:

A pesquisa tem determinante papel científica/social, buscando através de diversos estudos, desenvolvimento, novas descobertas, mudanças, ampliação de conhecimento, transformações, e acima de tudo: promover, através das mesmas (sejam elas quais forem) bem estar para a população/evolução científica.

Como pesquisador, necessito compreender que indivíduo é esse em tratamento e qual seu olhar para suas vivências em âmbito hospitalar, objetivando desenvolver outros projetos em saúde coletiva, processos de melhorias coletivas para nossa população, assim como, a busca incessante por promoção de bem estar e saúde integral em nossa rede hospitalar regional., salientando a importância de pesquisas que compreendam o ser humano amazônida e toda sua experiência como fonte de compreensão nas buscas destes sentidos.

Enquanto benefício para o participante cumpre ressaltar que o mesmo terá à disposição a escuta psicoterápica, e conseqüentemente, terá auxílio no sentido de ressignificar o processo de vivência hospitalar. Outro benefício diz respeito a elaboração de estratégias para o acompanhamento de grupos de pacientes diagnosticados com câncer e AIDS, incluindo assim, o contexto social em que vive.

Endereço: Rua Francisco Orellana, 215 - Planalto - 3º andar

Bairro: S/N

CEP: 69.040-010

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3655-4774

E-mail: comite.etica.pesquisa@fcecon.am.gov.br



FUNDAÇÃO CENTRO DE
CONTROLE DE ONCOLOGIA
DO AMAZONAS - FCECON



Continuação do Parecer: 2.182.213

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem mérito científico, sua realização é relevante para a sociedade e para a comunidade científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos de acordo com as resoluções vigentes.

- 1.Folha de Rosto: Adequada
- 2.Instituição Proponente: Adequado
- 3.Projeto básico: Adequado
- 4.TCLE: Adequado
- 5.Ficha de coleta de dados: Adequada
- 6.Carta de anuência da gerência do setor onde a pesquisa será desenvolvida: Adequada

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o encerramento da pesquisa, o pesquisador deverá apresentar relatório de conclusão do estudo a este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_943297 E1.pdf	13/06/2017 18:01:08		Aceito
Outros	Emenda.docx	13/06/2017 17:58:02	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	13/06/2017 17:57:30	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	23/03/2017 20:21:24	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostomanoel.pdf	23/03/2017 20:19:50	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	roteiroentrevistas.docx	23/03/2017	MANOEL GUEDES	Aceito

Endereço: Rua Francisco Orellana, 215 - Planalto - 3º andar

Bairro: S/N

CEP: 69.040-010

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3655-4774

E-mail: comite.etica.pesquisa@fcecon.am.gov.br

Continuação do Parecer: 2.182.213

Outros	roteiroentrevistas.docx	19:11:17	BRANDAO NETO	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/03/2017 18:59:12	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	termocspa.png	23/03/2017 18:55:56	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	Termofmt.png	23/03/2017 18:53:03	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	23/03/2017 18:47:36	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	lattesewerton.docx	01/02/2017 19:19:43	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	lattesmanoel.docx	01/02/2017 19:16:40	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito
Outros	termocecon.png	31/01/2017 21:56:02	MANOEL GUEDES BRANDAO NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 21 de Julho de 2017

**Assinado por:
VALQUIRIA DO CARMO ALVES MARTINS
(Coordenador)**

Endereço: Rua Francisco Orellana, 215 - Planalto - 3º andar	
Bairro: S/N	CEP: 69.040-010
UF: AM	Município: MANAUS
Telefone: (92)3655-4774	E-mail: comite.etica.pesquisa@fcecon.am.gov.br