

## VIVÊNCIA DE UMA PESSOA COM CÂNCER EM ESTÁGIO AVANÇADO: UM OLHAR SEGUNDO A PERSPECTIVA DE MERLEAU-PONTY

EXPERIENCE OF A PERSON WITH ADVANCED CANCER:  
A PERSPECTIVE FROM MERLEAU-PONTY'S POINT OF VIEW

VIVENCIA DE UNA PERSONA CON CÁNCER EN ESTADO AVANZADO:  
UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE MERLEAU-PONTY

Edite Lago da Silva Sena <sup>1</sup>  
Patrícia Anjos Lima de Carvalho <sup>2</sup>  
Maria Amélia Ramos Lauton <sup>3</sup>  
Luana Machado Andrade <sup>4</sup>  
Isabel da Silva de Jesus <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – PPGES/UESB. Jequié, BA – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Saúde da UESB. Jequié, BA – Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Graduanda no Curso de Medicina da UESB. Jequié, BA – Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda do PPGES/UESB. Docente do Departamento de Saúde – UESB. Jequié, BA – Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda do PPGES/UESB. Bolsista FAPESB. Jequié, BA – Brasil.

Autor Correspondente: Edite Lago da Silva Sena. E-mail: editelago@gmail.com  
Submetido em: 16/07/2012 Aprovado em: 06/08/2013

### RESUMO

Estudo fenomenológico sob a perspectiva de Maurice Merleau-Ponty, com o objetivo de descrever as vivências de uma pessoa com câncer em estágio avançado. A descrição foi obtida no primeiro semestre de 2009, por meio de entrevista aberta não diretiva guiada por um roteiro com temas norteadores. Em seguida, foi submetida à analítica da ambiguidade, técnica fundamentada na redução fenomenológica eidética de Edmund Husserl, o que resultou na definição de duas categorias, que respondem ao objetivo proposto: convicção de morte e certeza de vida; medo de morrer e coragem de suicidar-se. Os resultados mostram a ambiguidade dos sentimentos do ser com câncer e permitem a reflexão sobre a necessidade de cuidado e atenção especiais à pessoa nessa fase da doença, considerando os conflitos que envolvem o sofrimento físico e o estigma social a que o ser com câncer está submetido.

**Palavras-chave:** Filosofia em Enfermagem; Neoplasias; Doença Crônica; Terapêutica; Enfermagem Oncológica.

### ABSTRACT

*This phenomenological study is based on Maurice Merleau-Ponty's philosophy. It aims at describing the experience of a person with advanced cancer. Data was obtained in the first half of 2009 through open nondirective interview with guiding themes. It then underwent analytical ambivalence, a technique based on Edmund Husserl's phenomenological eidetic reduction and resulted in the definition of two categories: certainty of death and certainty of life; fear of dying and the courage to commit suicide. The results show the feelings' ambiguity of a patient suffering from cancer as well as the need for special care and assistance at this stage of the disease, considering the conflicts inherent to physical suffering and the social stigma involved.*

**Keywords:** Philosophy, Nursing; Neoplasms; Chronic Disease; Therapeutics; Oncologic Nursing.

### RESUMEN

*Estudio fenomenológico desde la perspectiva de Maurice Merleau-Ponty, con el objetivo de describir la experiencia de una persona con cáncer avanzado. La descripción se obtuvo en el primer semestre de 2009, a través de una entrevista abierta, no directiva, conducida por un guión con temas de orientación que luego fue sometida a la analítica de la ambigüedad, técnica basada en la reducción fenomenológica eidética de Edmundo Husserl, que se tradujo en la definición de dos categorías, que corresponden a la finalidad: la condena de muerte y la seguridad de la vida; miedo a la muerte y el coraje para suicidarse. Los resultados muestran la ambigüedad de los sentimientos del ser con cáncer y permiten una reflexión sobre la necesidad de cuidado y atención especial a la persona en esa etapa de la enfermedad, teniendo en cuenta los conflictos que involucran el sufrimiento físico y el estigma social a los cuales está sometida la persona con cáncer.*

**Palabras clave:** Filosofía en Enfermería; Neoplasias; Enfermedad Crónica; Terapéutica; Enfermería Oncológica.

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer, geralmente, está associado a grande angústia, à sensação de vazio e abandono, em que o doente é levado a uma introspecção que o motiva à revisão de valores morais e à reflexão sobre o sentido da própria vida. Entretanto, inicialmente, origina uma atitude de negação, visto que as pessoas costumam muito a acreditar que esteja acontecendo exatamente com elas o que supunham só acontecer com outros: a certeza de uma doença terrível e, muitas vezes, incurável.

A relação do câncer com a dor, o sofrimento, a deterioração do ser e a sensação de finitude remete à importância do cuidado, o qual deve atentar para a necessidade de apoio emocional do ser com câncer frente aos conflitos e às dificuldades, entre os quais se destaca o medo, a princípio difuso, mas que se vai definindo como medo dos sofrimentos futuros, de morrer, de deixar pessoas queridas, de abandonar projetos, de depender dos outros, quer pela doença, quer pela submissão a tratamentos invasivos e suas consequências.<sup>1,2</sup>

O estágio avançado de uma doença grave ocorre quando a morte se converte em algo iminente. Nesse momento alteram-se os objetivos e, em vez de se tentar a cura ou o prolongamento da vida da pessoa, os esforços concentram-se em ajudá-la a sentir-se mais confortável e mais aliviada dos sofrimentos.

O câncer é considerado a segunda maior causa de morte na população brasileira, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, e apresenta incidência crescente. Por se tratar de uma doença crônico-degenerativa, algumas vezes pode evoluir de forma lenta, mas, outras vezes, pode levar a pessoa a óbito rapidamente. O diagnóstico precoce e a iniciativa terapêutica imediata constituem estratégias fundamentais que podem retardar o avanço da doença ou até mesmo resultar na cura de alguns de seus tipos. Ademais, é imprescindível a promoção da saúde, tanto pela iniciativa pessoal como pela ação sociopolítica.<sup>3-5</sup>

Para o enfrentamento do câncer, são necessárias ações que incluam, além da educação em saúde em todos os níveis da sociedade, a informação de que não há prevenção específica para o câncer, já que se constitui em um fenômeno e, portanto, requer a realização de exames clínicos periódicos visando à detecção precoce e ao tratamento imediato dos possíveis casos. Desse modo, é preciso que haja apoio e estímulo à formulação de leis que determinem a ampliação das possibilidades de acompanhamento da ocorrência de casos, a realização de ações terapêuticas necessárias à cura completa da doença, o controle e a tentativa de prolongar a vida da pessoa, ao mesmo tempo em que facilitem aos centros de tratamento a adoção de medidas para aliviar os sintomas associados.<sup>4</sup>

A cura de diversos tipos de câncer deve-se à evolução técnico-científica que vem favorecendo os procedimentos cirúrgicos, de quimioterapia e de radioterapia, especialmente para as pessoas diagnosticadas em tempo hábil. Por outro lado, o

prognóstico depende do estadiamento da doença, sobretudo dos aspectos morfológicos e estruturais do tecido de origem, da presença ou ausência de envolvimento linfonodal, bem como do grau de comprometimento de tecidos vizinhos e distantes.<sup>5</sup> Por causa desses aspectos, as pessoas, em geral, consideram o câncer um sinônimo de sofrimento e morte, o que constitui uma fonte de estresse capaz de desencadear situações de desajuste nos domínios somáticos, psíquicos e sociais.

Diante do exposto, fomos mobilizadas para perceber a vivência das pessoas que experimentam o processo de finitude existencial imposto pelo câncer em estágio avançado. Assim, foi elaborada a seguinte questão para conduzir um estudo cujos resultados se apresentam aqui: que sentimentos emergem de uma pessoa que está sofrendo de câncer em fase avançada?

Nessa perspectiva, este artigo objetiva descrever as vivências de uma pessoa com câncer em estágio avançado, com vistas a contribuir para o planejamento e a implementação de ações de saúde direcionadas para a grande parcela da população que se encontra nessa fase da doença.

## METODOLOGIA

Para compreender os sentimentos e as percepções do ser que está sofrendo de câncer em estágio avançado, buscamos sustentação teórica e metodológica na fenomenologia, mais especificamente na filosofia da experiência de Maurice Merleau-Ponty, que compreende a fenomenologia como “uma filosofia segundo a qual o mundo está sempre ‘aí’ antes da reflexão como uma presença inalienável”. O esforço do filósofo estaria em “reencontrar esse contato ingênuo com o mundo” para conceder-lhe um “*status* filosófico”.<sup>6</sup> O autor considera a fenomenologia como a “ambição de uma filosofia que pretende ser uma ‘ciência exata’, mas é também uma exposição do espaço, do tempo e do mundo vividos”. Trata-se, portanto, da retomada de vivências temporais que se referem ao mundo da percepção, ou seja, constantemente, em função da intersubjetividade, aquelas vivências que eram imanentes tornam-se transcendententes e a experiência sensível torna-se objetividade.<sup>7</sup>

O estudo que se relata aqui foi realizado com um senhor de 54 anos, cognominado Sr. Magnésio, de cor branca, casado, católico, alfabetizado, especializado em mecânica de automóveis, aposentado, brasileiro, natural de uma cidade no interior da Bahia, Brasil. Enquadrou-se na pesquisa por apresentar perfil socioantropológico condizente com o objeto de estudo, isto é, por possuir história de sofrimento, tendo de conviver com uma doença crônico-degenerativa que evoluiu para o estágio avançado, necessitando da atenção direta e constante do familiar cuidador.

A abordagem fenomenológica permite realizar estudos com reduzido número de sujeitos, inclusive com apenas uma pessoa, como foi o caso presente. O valor do estudo consiste na discussão aprofundada do tema em função do princípio bá-

sico e fundamental da fenomenologia, em especial da filosofia de Maurice Merleau-Ponty, cuja máxima é a descrição das vivências intencionais que se mostram à percepção, manifestando-se, no presente, como sentimentos, mas trazendo consigo um *horizonte de passado* (temporalidade) e projetando-se em direção a um *horizonte de futuro*.<sup>6</sup>

Dessa maneira, Merleau-Ponty considera que os sentimentos nunca são individuais, mas compartilhados como generalidade intercorporal. O medo, a tristeza, o constrangimento e a angústia afetam a natureza sensível que pertence aos seres humanos de maneira geral; logo, a percepção de uma pessoa é também a de outrem, da coletividade. Portanto, o estudo sobre a vivência de sofrimento do Sr. Magnésio desvelou uma experiência perceptiva que não é de um indivíduo, mas dos seres humanos que chegam ao estágio avançado do câncer.

A descrição vivencial do Sr. Magnésio foi obtida por meio de entrevista aberta não diretiva,<sup>8</sup> a partir de um roteiro com temas norteadores. Foram atendidas as exigências éticas e científicas estabelecidas pela Resolução nº. 196/1996,<sup>9</sup> do Conselho Nacional de Saúde, no que concerne à pesquisa com seres humanos e, neste sentido, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o protocolo nº. 049/2008. Assim, após o Sr. Magnésio assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido, foi iniciada a entrevista em sua residência, onde se encontrava acamado, sob os cuidados da esposa.

A entrevista foi gravada e transcrita cuidadosamente, atentando-se para aspectos da comunicação não verbal e para os sentimentos manifestados: os gestos, a entonação, a fisionomia, o silêncio, as pausas, os movimentos corporais, as informações subjacentes ao discurso e o estado afetivo e de humor, pois esses elementos não devem ser negligenciados em virtude da riqueza de informações que oferecem.

A descrição vivencial do Sr. Magnésio foi submetida à analítica da ambiguidade,<sup>10</sup> método criado para a análise de dados em estudos fenomenológicos, especialmente os baseados em Merleau-Ponty, tendo como matriz teórica a redução fenomenológica eidética de Edmund Husserl, segundo a qual se busca chegar às essências pela suspensão de teses objetivistas. Para Merleau-Ponty, as essências são vivências perceptivas e, como o que se mostra à percepção é sempre um perfil do que foi vivido (fenômeno), nunca, porém por inteiro, a percepção é sempre ambígua. Assim, a analítica da ambiguidade consiste em descrever as ambiguidades que se mostram à percepção.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O depoimento do Sr. Magnésio desvelou a possibilidade da ocorrência de inúmeras ambiguidades, uma vez que resulta da experiência perceptiva. Porém, como o texto acadêmico re-

quer objetivações, foram estabelecidas duas categorias: a categoria *convicção de morte e certeza de vida* e a categoria *medo de morrer e coragem de suicidar-se*.

### CONVICÇÃO DE MORTE E CERTEZA DE VIDA

A percepção de que o câncer se constitui em uma doença que, se for não tratada precocemente, poderá interromper o processo de viver reflete a compreensão, na perspectiva da filosofia da experiência, de que o câncer em estágio avançado ocorre como vivência de cessação da possibilidade de tornar-se um outro *eu mesmo*, ou seja, da vivência do corpo próprio.<sup>6</sup> O corpo refere-se à experiência perceptiva, ao próprio, à experiência do *eu posso*. Portanto, a concepção de corpo próprio relaciona-se à vivência da percepção, que conduz à experiência do *outro eu mesmo*. E a percepção, à luz do pensamento merleau-pontyano, é entendida segundo o ponto de vista de quem a vive, pois a única coisa que se pode objetivar dessa experiência é de que se trata de uma vivência ambígua, em que coabitam duas naturezas: uma, que é impessoal (os sentimentos), e a outra, que é pessoal (a linguagem, o pensamento).<sup>6</sup> O depoimento do Sr. Magnésio corrobora essa ambiguidade, pois, ao mesmo tempo em que ele reconhece a doença como impossibilidade de continuar vivendo, quando diz ser uma doença incurável, acredita na possibilidade de viver e dar sequência a seus projetos de vida:

*[...] essa doença é horrível porque não tem cura, mas tenho a esperança de ser curado, vou vivendo com ela, lutando com ela, mas tenho a esperança de viver; [...] hoje eu quero viver, não tenho mais aqueles pensamentos, hoje penso em viver, penso em trabalhar, eu já tô aposentado, né, quero ganhar um dinheirinho, mas é mais pra voltar à convivência na sociedade [...] (Sr. Magnésio).*

O aparelho locomotor constitui um dos meios que possibilitam a experiência do outro. Sofrer a mutilação de um ou dos dois membros inferiores limita a possibilidade do ir e vir, o que significa, na ótica do pensamento de Merleau-Ponty, uma forma de interrupção da experiência *do outro*. Isso justifica a insistência do Sr. Magnésio em rejeitar a intervenção cirúrgica que implicaria a amputação de uma de suas pernas. Para ele, é preferível continuar com o membro afetado, o que permitiria a manutenção de suas relações sociais e a consequente experiência de tornar-se *um outro*, função essencial realizada pela percepção (corpo próprio).

A vivência do corpo próprio (experiência perceptiva) envolve cinco dimensões: a do corpo habitual, a do corpo perceptivo, a do corpo falante, a do corpo sexuado e a do corpo do outro.<sup>6</sup> A noção de corpo habitual refere-se à compreensão de que as representações e os conceitos que constituímos sobre as coi-

sas nunca são suficientes para definir o que elas realmente são. As coisas se mostram sempre em perfil, mas este traz consigo um fundo, também chamado *horizonte de passado*, que contém muitos outros perfis.<sup>6</sup> Essa noção constitui uma forma paradoxal de o corpo ser, que é semelhante ao paradoxo do mundo.

Essa noção de corpo habitual permite compreender o relato do Sr. Magnésio em que ele condiciona a possibilidade de continuar seus projetos de vida à totalidade das partes que compõem seu corpo material. Quando diz: “[...] o médico queria amputar a minha perna, não quero não, [...] acho que amputar uma perna fica inútil pra vida toda [...]”, significa que ele retomou um esquema corporal de que até então poderia não se ter dado conta, pois muitos de nós, não obstante possuímos o corpo material em sua íntegra, não pensamos a todo tempo nas partes que o constituem, nem em suas funções. Porém, quando uma dessas partes está afetada, para ela se volta toda a atenção. Normalmente, quando apanhamos algo com uma das mãos não refletimos sobre sua conexão com o antebraço, com o braço e com o ombro: nem por isso tais partes deixam de existir ou de estar presentes. Esta é a compreensão do termo “fenômeno”, isto é, aquilo que se mostra em perfil, mas arrasta consigo todos os demais.<sup>6</sup>

Desta forma, embora o Sr. Magnésio esteja convencido de que o agravo à saúde que o acomete poderá conduzi-lo à morte, seu corpo habitual o orienta a lançar-se à frente, em direção ao futuro, permitindo que ele visualize perspectivas de vida, o que se pode perceber em sua afirmativa: “[...] hoje só penso em sarar e andar, quero voltar a andar, não realizei a minha vida ainda não, quero trabalhar, tocar as vacas, tocar o meu terreno [...]”.

Essa atitude de lançar-se em direção ao futuro, a partir da orientação do corpo habitual, corresponde à noção de *corpo perceptivo*, ou seja, é como um movimentar-se em duas perspectivas: de um lado, o corpo procura algo a partir de um passado anônimo, de um não saber de si, pois “*toda percepção acontece em uma atmosfera de generalidade e se dá a nós como anônima*”.<sup>6</sup> Por outro lado, desconhecendo o que procura, o corpo transcende-se em direção ao futuro, como um lançar-se para além de si rumo às possibilidades.

Nesse sentido, ao atualizar-nos no presente, nós nos comportamos de maneira a procurar algo desde um passado e, se não temos formulado aquilo que procuramos, vamos buscá-lo onde não estamos, à nossa frente. Esta constitui a noção de corpo perceptivo em Merleau-Ponty, uma matéria atual que se abre para aquilo que ela não é, para a alteridade, para as coisas, enfim, para aquilo que está disposto em nossa vida como uma iminência. “Percebo uma coisa porque tenho um campo de existência e porque cada fenômeno aparecido polariza em direção a si todo o meu corpo enquanto [sic] sistema de potências perceptivas”.<sup>6</sup>

Em relação ao *corpo falante*, o autor o compreende como um corpo capaz de estabelecer uma comunicação que expressa certa carência que se procura preencher e que põe em movimento a fala do outro. Assim, a expressão bem-sucedida é aquela que consegue fazer a significação existir como uma coisa no coração do texto, que é capaz de abrir uma nova dimensão à experiência do leitor.<sup>6</sup>

Na experiência do câncer em estágio avançado, é o corpo falante que permite que o “doente” expresse o sentido da vivência, como apareceu no depoimento do Sr. Magnésio ao exprimir sua vivência como tabagista e etilista como algo que não lhe faz falta: “*o que mais gostava de fazer que hoje não faço mais era caçar, pescar, beber e fumar; sinto falta das coisas, só não sinto falta do cigarro e da bebida*”; [...] (Sr. Magnésio). Isso talvez lhe ocorra em função do conhecimento que possui sobre a associação do uso abusivo de bebidas alcoólicas e tabaco com a ocorrência da doença. O fato de retomar a vivência e interpretá-la como algo que não lhe faz falta constitui uma ressignificação da experiência. Trata-se, portanto, da experiência do outro e é o corpo falante que possibilita tal ressignificação, pois compete a ele articular os pensamentos.

Desse modo, “*a fala não é o signo do pensamento, se entendemos por isso um fenômeno que anuncia um outro*”, a fala e o pensamento “*estão envolvidos um no outro, o sentido está enraizado na fala e a fala é a existência exterior do sentido*”, portanto, “*não podemos mais admitir que a fala seja a vestimenta do pensamento*”.<sup>6</sup>

Na experiência do diálogo com o Sr. Magnésio, durante a entrevista, à medida que os questionamentos iam sendo feitos, percebíamos esse processo intersubjetivo, especialmente quando lhe perguntamos qual o momento mais difícil que encontrou na vivência com o câncer:

[...] foi no hospital, vendo chegar pessoas doentes, saindo morto, pensava que ia no embalo também, [...] só vê gente chegando ruim, pior do que a gente ainda; pensei que ia morrer, [...] eu sentia uma dor atravessada aqui no intestino, depois da cirurgia, mandava chamar a enfermeira, a enfermeira demorava e eu chorava, pensava que ia morrer; [...] (Sr. Magnésio).

Essa experiência intersubjetiva sensibilizou-nos bastante, o que, na fenomenologia merleau-pontyana, significa dizer que a dor da pessoa com quem interagimos é também a nossa dor, no sentido de que a dor constitui um sentimento e este faz parte de uma generalidade, já que todos os humanos são passíveis de sentir dor.

Quanto à atitude da enfermeira, quando o Sr. Magnésio diz que “[...] mandava chamar a enfermeira, enfermeira demorava [...]”, talvez possa ser compreendida no sentido de que

a prescrição de analgésico para o manejo da dor já havia sido realizada. Entretanto, vale ressaltar que é também função do profissional de enfermagem oferecer conforto, atenção e apoio psicológico, no intuito de tentar amenizar a dor e proporcionar alívio e bem-estar.

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e refletindo em seu estado físico e psicossocial. Dessa forma, o enfermeiro, por ser o profissional da área da saúde que permanece mais tempo junto à pessoa em situação de dor, tem a oportunidade de contribuir para aumentar-lhe o conforto e o alívio por meio de cuidados especiais oferecidos de modo que ela possa desenvolver sua capacidade funcional e possa sobreviver sem dor ou, apesar desta, melhorar sua qualidade de vida.<sup>11</sup>

Decorre dessa característica da Enfermagem a necessidade de formação de profissionais que possam ter um olhar mais sensível ao cuidar das pessoas que sofrem de câncer, que não se devem limitar somente aos aspectos tecnológicos do tratamento, ou seja, é necessário ver a pessoa que está sofrendo e não apenas o sofrimento.<sup>1,2</sup> Essa visão humanista envolve o cuidado de uma forma mais global, como uma estrutura ontológica do ser.

Um aprofundamento da compreensão da ambiguidade da vivência do Sr. Magnésio com o câncer leva a avaliar a trajetória do *corpo do outro* que vive a situação de câncer em estágio avançado. Várias são as vivências em que o ser com câncer se vai tornando um *outro eu mesmo*. Entre elas encontram-se as experiências de resiliência, espiritualidade e otimismo, terapêutica e situação de metástase, abstinência, finitude, dor, tentativa de suicídio, perda da autonomia e independência.

*[...] quando recebi o diagnóstico foi uma barra muito grande, chorei muito [...], chorei muito, senti muita tristeza, pensei até em me enforçar [...], depois eu fui me acostumando e vendo como uma doença comum; [...] tenho a esperança de ser curado, vou vivendo com ela, lutando com ela, mas tenho a esperança de viver; no início me sentia muito triste, chorava muito, hoje não; [...] hoje não sinto mais, entreguei tudo pra Jesus! Não sei explicar não [...] só Deus sabe! [Experiência de resiliência, espiritualidade e otimismo]. [...] sentia medo quando fazia a cirurgia em um local e de repente aparecia em outro; [...] Fiz quimioterapia e radioterapia na cabeça, no intestino e no joelho, foi normal, sofria quando perdia a veia, sofria muito, teve uma hora que não tinha veia mais não, sumia tudo; a radioterapia era rapidinho, resolvia em cinco minutos [...] na perna o mais difícil foi [...] um tratamento para operar, pra completar fizeram a operação errada, tive que voltar lá pra operar outra vez; [...] tenho que fazer uma operação da hemorroida, estou sofrendo muito; [se surgisse o câncer em outro local] ai ia ser um contras-*

*te muito grande, ia sofrer tudo de novo! [Experiência terapêutica e situação de metástase]. [...] mudou tudo na minha vida, [...] mudou a minha vida, transformou tudo; [...] sinto falta das coisas, só não sinto falta do cigarro e da bebida; [Experiência de abstinência]. [...] chorava porque tinha medo de deixar a família, tristeza [...], a minha preocupação era deixar a minha família, tinha medo de morrer, todo mundo tem medo de morrer [...] Quando o médico me deu poucos dias de vida, tive medo de deixar meu pai, minha mãe, meus filhos, minha família; [Experiência com a finitude]. [...] eu sentia uma dor atravessada aqui no intestino, depois da cirurgia, mandava chamar a enfermeira, a enfermeira demorava e eu chorava, pensava que ia morrer; [...] a dor era muita [...] a dor na barriga era muita, [...] não pensava em nada, a dor era demais! [Experiência com a dor]. [...] pensei em me enforçar [...] procurava pedaços de fios pra colocar o dedo na tomada pra me matar, meus filhos que não deixaram, [...] peguei uma coberta e amarrei na cama aqui e fui puxando, [...] nesses momentos só pensava em me enforçar. [Experiência com a tentativa de suicídio]. [...] quando lembro da doença, me sinto desprezado, [...] porque não posso fazer nada, é da cama pra cadeira, da cadeira pra cama, nos braços dos outros; [Experiência de perda da autonomia e independência] (Sr. Magnésio).*

Por meio da descrição das dimensões do corpo próprio, pode-se perceber sua ambiguidade e a indissociabilidade entre nós, as coisas e o mundo. Descrevendo tal vivência, Merleau-Ponty sinaliza a existência de duas “totalidades rivais” que se fraternizam na experiência da fala, na tentativa de articular uma noção do que vem a ser o corpo do outro: uma totalidade privada e outra social, acerca das quais discorreremos nos parágrafos que se seguem.

A totalidade privada refere-se ao mundo pré-objetivo, aquilo que, na experiência perceptiva, impõe-se a nós como um fenômeno. O privado aqui se ocupa da experiência do corpo próprio (percepção), de algo que Husserl<sup>12</sup> caracterizou como sendo o que foi vivido ou a temporalidade e Merleau-Ponty vai chamar de “carne sensível”, que se espelha na “carne gloriosa”. Esta, por sua vez, caracteriza a totalidade social, que se aplica ao mundo cultural ou à coexistência social.<sup>7</sup>

A carne sensível ou totalidade privada constitui a vivência intencional, os sentimentos, aquilo que retomamos a cada instante de nossa vida, independentemente de nossa vontade e, a partir deles, formulamos ideias e pensamentos. A carne gloriosa é exatamente a experiência reflexiva articulada sob a orientação da carne sensível. Esse processo é sempre ambíguo e conflitante, pois se trata da intersubjetividade que envolve o impessoal (sentimentos) e a pessoalidade (demandas sociais).

Assim, quando se trata do corpo do outro, não se explica, compreende-se. Ele se manifesta de forma prodigiosa, pois tudo o que tem valor para nós como seres somente acontece tendo acesso, diretamente ou não, a nosso campo, “aparecendo no balanço de minha experiência, entrando em meu mundo”.<sup>7</sup> Logo, aquilo que era invisível, quase imperceptível, até mesmo indeterminado, para o Sr. Magnésio, tornou-se visível, no plano objetivo, a partir de sua participação neste estudo.

## MEDO DE MORRER E CORAGEM DE SUICIDAR-SE

No depoimento do Sr. Magnésio, percebe-se a ambiguidade de vida no próprio corpo. Por um lado, o medo da finitude (*medo de morrer*) que, à luz do pensamento de Merleau-Ponty, compreende-se ocorrer em função de a morte constituir-se na experiência mais radical do outro, vez que interrompe o exercício do *eu posso* ou a experiência de sexualidade, que se constitui como abertura ao *outro eu mesmo*. Por outro lado, há uma tentativa de antecipar a morte (*coragem de suicidar-se*), o que implica o rompimento com a experiência do outro. Assim, desvela-se a ambiguidade: ao mesmo tempo em que sente medo de morrer, sente coragem de suicidar-se. O medo de morrer leva à ansiedade e esta mobiliza a coragem de praticar o suicídio, conforme se pode verificar no recorte seguinte do depoimento:

*[...] Quando o médico me deu poucos dias de vida, tive medo de deixar meu pai, minha mãe, meus filhos, minha família; [...] pensei em me enforcar, procurava pedaços de fios pra colocar o dedo na tomada pra me matar [...] queria morrer naquele momento [...] pensei em me enforcar, eu peguei uma coberta e amarrei na cama aqui e fui puxando [...] nesses momentos só pensava em me enforcar [...]* (Sr. Magnésio).

A vivência do medo de morrer do Sr. Magnésio fez ver que a pessoa com câncer vai perdendo processualmente a possibilidade de abertura ao outro, isto é, de vivenciar a sexualidade, de abrir-se à dimensão de coexistência, que é diferente de genitalidade e, neste estudo, envolveu diversos aspectos, entre os quais se situam o dar-se conta de que sobreviverá com o processo de cronicidade e com a possibilidade de ir a óbito, com a dor física intensa pela qual passará, com a trajetória do tratamento e as implicações dele decorrentes, com a perda progressiva da autonomia e da independência e com o cerceamento do direito à liberdade individual.

O medo de morrer, então, desvelou-se como sofrimento de mão dupla: a morte física progressiva em decorrência do câncer em estágio avançado e a morte emocional relacionada

à perda da sexualidade. Do mesmo modo, a natureza da cronicidade, por sua evolução prolongada e permanente, afeta a pessoa das mais variadas formas, quer do ponto de vista de um déficit no autoconceito, quer da perda da independência, passando por alterações dos papéis, relações sociais e sexualidade.<sup>12</sup> Decorre daí que a doença crônica traz consigo perdas sucessivas de autonomia e controle, gerando sensações de luto e, como tal, sentimentos de ansiedade, tristeza, irritação e medo.

Saber viver com a doença crônica depende das características individuais, da forma como ela é aceita e do que se espera da vida, sendo que cada pessoa que sofre com situações de cronicidade apresenta demandas diferentes, e a adaptação aos efeitos prolongados da doença crônica constitui a principal dessas demandas. As mudanças nos hábitos de vida e a necessidade de deixar de fazer o que proporciona prazer à vida são ressaltadas pelo depoente em estudo como dificuldades decorrentes do existir com câncer.

*[...] não posso fazer nada, é da cama pra cadeira, da cadeira pra cama, nos braços dos outros [...] antes da doença minha vida era comendo água [alcoolizando-se], fumando muito, caçando na roça e pescando; mudou tudo na minha vida, parei de caçar, que era o que eu mais gostava, parei de pescar [...] mudou a minha vida, transformou tudo; [...]* (Sr. Magnésio).

As mudanças interferem em todo o processo de viver da pessoa com câncer e intensificam os sentimentos de angústia e incerteza em relação às suas possibilidades como ser. Esses sentimentos relacionam-se à condição do ser humano, de “estar-lançado” no mundo, um modo de ser que se refere às próprias possibilidades existenciais.<sup>13</sup> Para esse autor, o *Dasein*, isto é, “a forma como o ente se estrutura e se realiza como ser-no-mundo e com-os-outros”<sup>14</sup> possui diversos modos de ser: um deles é a condição de estar-lançado no mundo, e esta é passível de morte.

A partir da constituição fundamental do *Dasein*, o fenômeno da morte se revela como ser-para-o-fim. Trata-se de uma possibilidade ontológica que o próprio *Dasein* precisa assumir, configurando-se como a possibilidade de poder não mais estar presente.<sup>13</sup> Compreendido dessa forma, o fenômeno da morte deixa de ser visto como mero findar ou desaparecer e assume suas características humanas, existenciais.

Quando se fala do enfrentamento de uma situação de doença, emerge a tentativa de se recuperar a saúde. Conforme dispõe o pensamento heideggeriano, o sentido do ser do homem é o tempo, pois, diante da contingência do adoecer, atualiza-se uma orientação que vem desde o passado e lança-se ao porvir, visando à continuidade do viver saudável.<sup>14</sup> Nesse contexto, pode-se entender a ambiguidade saúde-doença.

Imagine-se uma pessoa antes de adoecer, vivendo sua temporalidade de perfil a perfil, ou seja, “tendo uma vida normal”. De repente, é surpreendida com o diagnóstico de câncer: nesse momento, ocorre uma interrupção em seus planos. Nessa circunstância, segundo a filosofia do corpo próprio, a pessoa interrompe a sexualidade (abertura ao outro) e cria uma estratégia de ajustamento para lidar com a situação. Em alguns casos, essa estratégia consiste em episódios de ansiedade, depressão, irritabilidade, isolamento social, enfim, uma descontinuidade dos projetos de vida.<sup>15</sup>

O sofrimento decorrente da doença e a dependência de outras pessoas na execução das atividades cotidianas foram ressaltados como situações que provocam sentimentos de insuficiência e inferioridade na seguinte fala do Sr. Magnésio: “[...] quando lembro da doença me sinto desprezado, me sinto desprezado porque não posso fazer nada, é da cama pra cadeira, da cadeira pra cama, nos braços dos outros [...]”.

A difícil adaptação à incapacidade produz não somente alteração na dimensão física, como também no domínio psicossocial. Surgem as diversas manifestações de medo resultantes da indefinição das capacidades econômicas e da aceitação familiar, social e profissional.<sup>2</sup>

O sentimento de medo em relação à morte é vivido no momento do diagnóstico e acompanha o ser-com-câncer durante toda a sua trajetória de enfrentamento da doença. A morte constitui-se no evento mais assustador da vida, frente ao qual não há controle ou previsão.<sup>15</sup> No presente estudo, o medo de morrer mostrou-se relacionado também ao fato de ele ter que se separar da família:

[...] no início me sentia muito triste, chorava muito, [...] chorava porque tinha medo de deixar a família, tristeza [...], a minha preocupação era deixar a minha família, tinha medo de morrer [...] tive medo de deixar meu pai, minha mãe, meus filhos, minha família. (Sr. Magnésio).

É oportuno, aqui, reportar às palavras de Merleau-Ponty:<sup>6,577</sup>

É-me tão essencial ter um corpo quanto é essencial ao porvir ser porvir de um certo presente, de forma que a tematização científica e o pensamento objetivo não poderão encontrar uma só função que seja rigorosamente independente das estruturas da existência, e reciprocamente um só ato “espiritual” que não repouse em uma infraestrutura corporal. Mais: não me é essencial apenas ter um corpo, mas até mesmo ter este corpo aqui.

A aproximação com o depoente permitiu compreender que a doença provoca repercussões na vida do ser como um todo e não apenas no corpo em si mesmo. Do mesmo modo, demon-

conta de que a vivência de medos e sofrimentos passa a integrar o existir humano e os agravos decorrentes da doença tornam-se, com o passar do tempo, mais frequentes e incapacitantes.

Um dos maiores medos e dificuldades enfrentados pela pessoa que vivencia a situação de câncer é a dor física, sendo que essa experiência e sua persistência podem gerar ansiedade, angústia, estresse, perturbações cardiovasculares e respiratórias.<sup>16</sup> Ela estará presente em determinados momentos, seja pelos tratamentos dolorosos muitas vezes necessários, seja pela própria doença. O sentido e o medo da dor, o medo da morte, a autoestima diminuída, a desesperança, a ansiedade e o desespero são variáveis psicológicas que contribuem para o sofrimento no contexto da dor no câncer. Enfim, a dor é lembrada pelo ser com câncer como algo que proporciona muito sofrimento físico e que pode também provocar situações de descontrole psíquico extremo, podendo levar, inclusive, ao suicídio, como se comprova na fala:

[...] pensei em me enforcar [...], procurava pedaços de fios pra colocar o dedo na tomada pra me matar, meus filhos que não deixaram, queria morrer naquele momento porque a dor era muita, não sentia tristeza nenhuma, a dor na barriga era muita, [...] nesses momentos só pensava em me enforcar, o Satanás estava mandando enforcar, não pensava em nada, a dor era demais! [...] (Sr. Magnésio).

Assim, as tentativas de suicídio revelam a incapacidade do ser em suportar a sobrecarga de conviver com um problema de saúde tão grave e incapacitante. Sob a perspectiva heideggeriana, é a vontade do *Dasein*, de não ser mais aí no mundo e essa compreensão pode significar um caminho para a reconstrução e o redimensionamento de suas perspectivas existenciais.

A maior causa do suicídio é a depressão: 70% dos suicidas apresentam sintomas depressivos, mas a intensidade dos sintomas não constitui em si um fator adicional do risco.<sup>17</sup> Estudo comparativo entre pacientes internados constatou que a prevalência de depressão foi maior entre pacientes com câncer do que entre os demais pacientes internados.<sup>18</sup> No aspecto da Psicologia clássica, a depressão é traduzida como um evento em que a pessoa não consegue manter a atitude de aceitação interior, estado que a nova Psicologia chamaria de “conflito nos processos intersubjetivos”, considerando que não existe experiência perceptiva no interior do corpo material, mas na relação, e esta é completamente exterior.<sup>6</sup>

Como o câncer é um fenômeno que se mostra totalmente no exterior, por meio de suas manifestações clínicas a pessoa não consegue negá-lo e vê-se obrigada a reconhecê-lo. Esse é um episódio que tende a bloquear a intersubjetividade, promove a diminuição do sentimento de valorização pessoal, o que favorece a ocorrência de depressão, que pode aparecer no início

da doença ou após a cirurgia e outros tratamentos, exigindo do paciente constantes adaptações.

Em decorrência do exposto, o câncer ainda é uma das doenças mais temidas atualmente, sobretudo por sua capacidade de mobilizar sentimentos de medo, angústia e desespero. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, capazes de interromper o progresso da doença quando esta é detectada precocemente, o câncer ainda é visto como um processo irreversível e, na imaginação popular, seu diagnóstico corresponde a uma sentença de morte e está vinculado a muita dor, sofrimento e mutilações físicas e psíquicas.<sup>19</sup>

O estigma em relação à doença, ao sofrimento, à dor e à mutilação comunica ao mundo a realidade da situação que interfere na capacidade produtiva e na autoestima e contribui para o aumento do abandono e do medo da morte.

Nesse cenário, o momento de definição diagnóstica do câncer é difícil de ser enfrentado, uma vez que traz consigo, além da certeza de muito sofrimento, a aproximação concreta com a morte.<sup>20</sup> Assim, o drama de experienciar a situação de cronicidade exige da pessoa com câncer a luta incessante para o enfrentamento das diversas dificuldades, entre as quais se destaca a conduta social discriminante e preconceituosa, que pode determinar o autoisolamento da pessoa desacreditada, fazendo com que se torne desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa, confusa e insegura.<sup>21</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo facultou a oportunidade de realizar uma reflexão sobre a natureza humana como ser ambíguo e sobre a necessidade de cuidado e atenção especial às pessoas que vivem a experiência do câncer em estágio avançado. Isso porque o momento em que a pessoa tem consciência da degeneração progressiva, da incurabilidade e do estigma social em relação à doença afeta profundamente a dimensão sensível da pessoa. Portanto, o construto tem relevância significativa para a área da saúde, em especial para a Enfermagem, por se tratar de uma ciência cuja tônica é o cuidado, em qualquer campo de atuação da profissão, seja na atenção básica, no atendimento domiciliar, seja no tratamento hospitalar.

Uma vez que o(a) enfermeiro(a) busca desenvolver o cuidado na perspectiva da integralidade, no sentido de compreender a pessoa em suas dimensões biopsicossociais, constitui-se como profissional essencial na equipe interdisciplinar em saúde. É capaz de produzir cuidado à pessoa com câncer em estágio avançado, procurando conhecer e entender a esfera sociocultural e os valores morais desse ser em sofrimento, ouvindo e partilhando suas vivências, opiniões e conhecimentos, na tentativa de compreendê-los e responder às demandas de cuidado. Isso significa ter uma atitude pro-

fissional e humanitária, que caracteriza a Enfermagem como ciência e arte.

Os resultados do estudo fornecem elementos que podem subsidiar a assistência global às pessoas que sofrem de câncer em estágio avançado, destacando que a atenção à saúde, nesse âmbito, não deve ser direcionada apenas à doença em si, mas também aos conflitos que as pessoas afetadas estão vivenciando, tanto em função do sofrimento decorrente do tratamento quanto por causa do estigma da discriminação social. Assim, é essencial a abertura de possibilidades para a criação de grupos de ajuda mútua entre pessoas que vivenciam o câncer, com o objetivo de promover a intersubjetividade e, com isso, ajudá-las a elevar a autoestima, melhorar o desempenho do tratamento, socializar as angústias, a esperança e melhorar o enfrentamento da doença. Destaca-se, ainda, a necessidade de sensibilizar profissionais de saúde e gestores para a adoção de políticas públicas efetivas, fundamentadas no que há de mais essencial nos seres humanos, que são as experiências perceptivas. O desafio é sistematizar essas experiências na busca da incorporação de saberes visando ao respeito à vida em sua integralidade.

## REFERÊNCIAS

1. Sena ELS, Carvalho PAL, Reis HFT, *et al.* são 6 nomes antes do *et al*, faltam 3 Percepção de familiares sobre o cuidado à pessoa com câncer em estágio avançado. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4):774-81.
2. Salci MA, Marcon SS. As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o Início do tratamento para o câncer. *REME - Rev Min Enferm.* 2010;14(1):43-51.
3. Brunner LS, Suddarth DS. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica.* 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca; 2011. 118 p.
5. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. *Rev Enferm UERJ.* 2008; 16(4):495.
6. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção.* 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
7. Merleau-Ponty M. *A prosa do mundo.* São Paulo: Cosac & Naify; 2002.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Ética e Pesquisa. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
10. Sena ELS. Análise da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(4):769-75.
11. Silva MJP. *O amor é o caminho.* 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2005.
12. Husserl E. *Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia.* Porto, Portugal: RÉS; 1983.
13. Heidegger M. *Ser e Tempo.* 13ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
14. Pacheco ZML, Paz EPA, Silva GA. Relacionamentos afetivos no cotidiano do adolescente portador do HIV: des-velando seus significados. *REME Rev Min Enferm.* 2011;15(4):567-72.

15. Sena ELS. A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer [tese] Florianópolis. (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.
  16. Lamino DA, Mota DDCF, Pimenta CAM. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):508-14.
  17. World Health Organization. Prevención del suicidio: Um instrumento para docentes y demás personal institucional. [Citado em 2008 maio 22]. Disponível: [http://www.who.int.mental\\_health/suicide](http://www.who.int.mental_health/suicide).
  18. Fanger PC, Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(2):173-8.
  19. Souza MGG. Representações sociais do câncer para o familiar do paciente oncológico em tratamento quimioterápico [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011.
  20. Sales CA, Molina MA. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(6):720-3.
  21. Barbosa LNF, Fracisco AL. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. *Rev SBPH*. 2007; 10(1):9-24.
-