



TRAJETÓRIAS EXISTENCIAIS E PROJETO DE SER DE PACIENTES COM CÂNCER

DOI: 10.22289/2446-922X.V6N2A18

Fabíola Langaro¹
Daniela Ribeiro Schneider

RESUMO

Narrativas em pesquisas de saúde oferecem o ponto de vista dos sujeitos sobre seus processos de adoecimento, contribuindo para a realização de uma clínica da “primeira pessoa”, indo ao encontro do preconizado nos cuidados paliativos, que enfatizam uma organização dos cuidados contemplando as pessoas em suas biografias. Este artigo apresenta análises de duas entrevistas narrativas realizadas com João e Maria, hospitalizados para tratamento paliativo de câncer. A pesquisa objetivou compreender a experiência do adoecimento e da perspectiva de morte com base no enfoque fenomenológico existencialista. Ao seguir o método biográfico proposto por Sartre, fez-se um movimento de mergulho nas trajetórias individuais e experiências destes participantes, buscando um entendimento do psíquico adquirido por dentro de suas histórias. Nas análises, evidenciaram-se duas histórias que apontam para a complexidade da vida, num movimento dialético entre as condições sócio materiais e as experiências subjetivas, que permitem refletir sobre os enredamentos e as tensões que passado, presente e futuro engendram no vivido. Considera-se, então, que a doença e a morte promovem (re)formulações nos projetos de ser dos sujeitos, mas que são esses projetos originários o pano de fundo das vivências de adoecimento e morte e das ressignificações da trajetória existencial realizadas frente à imposição da finitude.

273

Palavras-chave: Narrativas; Cuidados Paliativos; Existencialismo; Psicologia.

EXISTENTIAL TRAJECTORIES AND THE BEING PROJECT OF CANCER PATIENTS

ABSTRACT

Narratives in health research offer the subjects' point of view about their illness processes, contributing to the realization of a “first person” clinic, meeting the recommendations of palliative care, which emphasize an organization of care contemplating people in need. their biographies. This article presents analyzes of two narrative interviews conducted with João and Maria, hospitalized for palliative cancer treatment. The research aimed to understand the experience of illness and the perspective of death based on the existential phenomenological approach. Following the biographical method proposed by Sartre, a movement was made to dive into the individual trajectories and experiences of these participants, seeking an understanding of the psychic acquired inside their stories. In the analyzes, two stories were shown that point to the complexity of life, in a dialectical movement between sociomaterial conditions and subjective experiences, which allow reflecting on the entanglements and tensions that past, present and future engender in the lived.

¹ Endereço eletrônico de contato: flangaro@hotmail.com

Recebido em 08/09/2020. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 01/10/2020.



is considered, then, that disease and death promote (re) formulations in the subjects' projects of being, but that these original projects are the background of the experiences of illness and death and the reinterpretations of the existential trajectory carried out in view of the imposition of finitude.

Keywords: Narratives; Palliative Care; Existentialism; Psychology.

TRAYECTORIAS EXISTENCIALES Y EL PROYECTO DE SER DE PACIENTES CON CÁNCER

RESUMEN

Las narrativas en la investigación en salud ofrecen el punto de vista de los sujetos sobre sus procesos de enfermedad, contribuyendo a la realización de una clínica de "primera persona", que cumple con las recomendaciones de cuidados paliativos, que enfatizan una organización de cuidados que contempla a las personas necesitadas. sus biografías Este artículo presenta análisis de dos entrevistas narrativas realizadas con João y María, hospitalizadas para tratamiento de cáncer paliativo. La investigación tuvo como objetivo comprender la experiencia de la enfermedad y la perspectiva de la muerte basada en el enfoque fenomenológico existencial. Siguiendo el método biográfico propuesto por Sartre, se hizo un movimiento para sumergirse en las trayectorias y experiencias individuales de estos participantes, buscando una comprensión de lo psíquico adquirido dentro de sus historias. En los análisis, se mostraron dos historias que apuntan a la complejidad de la vida, en un movimiento dialéctico entre condiciones sociomateriales y experiencias subjetivas, que permiten reflexionar sobre los enredos y las tensiones que engendran el pasado, el presente y el futuro en lo vivido. Se considera, entonces, que la enfermedad y la muerte promueven (re) formulaciones en los proyectos de ser de los sujetos, pero que estos proyectos originales son el trasfondo de las experiencias de enfermedad y muerte y las reinterpretaciones de la trayectoria existencial realizada en vista de la imposición de finitud.

274

Palabras clave: Narrativas; Cuidados Paliativos; Existencialismo; Psicología.

1 INTRODUÇÃO

Narrar é uma forma de organizar as experiências vividas em situações específicas. Inicialmente, vive-se, mergulha-se em um determinado contexto, lança-se a uma experiência. Em seguida, é possível apropriar-se dessa experiência vivida por meio da reflexão e de uma elaboração que dê sentido a ela. A vida acontece, portanto, fora da narrativa – mas ganha vibrações e tonalidades por meio dela.

Como técnica de estudo, as narrativas têm sido utilizadas no campo da pesquisa social em saúde como forma de obter acesso aos sentidos atribuídos e à experiência de quem conta sua história, valorizando a singularidade dos participantes a partir das vivências que descrevem (Lira, Catrib & Nations, 2003). Assim, é fundamental que se tome como elemento central de reflexão a dimensão experiencial e as diferentes narrativas que cada sujeito produz (Serpa Junior, Leal, Louzada & Silva Filho, 2007), ainda que as narrativas sejam sempre abertas e não devam ter a



pretensão de recobrir a realidade, visto que viver é mais do que narrar, destacando sempre, de acordo com Spohr (2016), que a totalidade do para-si é sempre inapreensível.

Em relação à experiência de adoecimento, esta circunscreve-se ao modo como a pessoa que adocece, seus familiares e sua rede social a vivem e a ela respondem (Serpa et al., 2014). Os sentidos atribuídos ao adoecer são, assim, constituídos de modo intersubjetivo, em formas de coexistência entre sujeitos. Destarte, o ato de contar a história de adoecimento e vida cria uma distância da experiência vivida corporificada e se revela um momento em que sujeito explicita o entrelaçamento entre corpo, experiência, linguagem e cultura (Leal & Serpa Junior, 2013).

Como, porém, narrar uma existência que é *nada*? Ou seja, como narrar sobre uma existência que é para-si e que enfrenta sempre uma falta de ser constitutiva, na medida em que esse ser “[...] está sempre à distância de si, como já tendo sido (passado) e como não sendo ainda (futuro)” (Spohr, 2016, p. 67). Para Spohr (2016), isso só é possível em uma perspectiva sintética, em que o tempo deve ser apreendido como vivência temporal e em que o si do para-si deve ser considerado como devir, sempre inacabado. Assim, ao levar em conta a pluridimensionalidade temporal, a narrativa deve articular os diversos níveis de temporalidade que são vividos de forma inseparável, pois “[...] vida e narrativa não são, não podem ser contemporâneos, mas dizer a vida é tão essencial quanto vivê-la” (Spohr, 2016, p. 68).

E que vida é esta que pode ser, então, narrada, ainda que a um modo do devir? E que narrativas são possíveis e buscam dar conta de uma vida atravessada pela doença e pela perspectiva de morte dela decorrente?

Em um primeiro movimento, pode-se tentar compreender a perspectiva do próprio sujeito sobre o que lhe acontece. É a ação fenomenológica de voltar às coisas mesmas. Dar voz, vez e lugar para o sujeito, para os sentidos que atribui ao que lhe acontece, em uma rede de significados construídos em sua relação com o mundo, com seu corpo, com os outros.

Em um segundo movimento, pode-se olhar para os processos de saúde e doença para além da dimensão exclusivamente biológica e inseri-los em um contexto de biografias. Trata-se, assim, de compreender o adoecimento, por exemplo, não somente na perspectiva de um corpo que carrega sinais e sintomas, que padece de uma disfunção orgânica que será nomeada por um outro (equipe e profissionais de saúde), mas de um corpo que é vivido por um sujeito sempre psicofísico e que poderá adquirir algum sentido na medida em que seja nomeado e narrado também pelo sujeito que adocece e pelas pessoas que lhe são significativas.

A doença é vivida pelo sujeito em seu movimento no mundo e poderá ser compreendida a partir de sua biografia. Acontece em um corpo vivido e constituído no conjunto de relações que caracterizam seu ser. Adquirirá sentido a partir da narrativa construída pelo sujeito.

Por fim, é importante situar a narrativa no conjunto de relações que o sujeito estabelece com o mundo e que caracterizam sua existência. Isso significa compreender o processo de constituição



de sua personalidade e do modo como experiencia aquilo que lhe acontece, visto que aquilo que vive ganha sentido a partir do que busca realizar. É considerar que, ao estar-no-mundo, o sujeito está sempre inserido em uma rede de relações.

Nesse processo de constituição da personalidade, o corpo é o mediador essencial da relação do sujeito com os objetos. Essa relação pode ser abstrata, reflexiva, de “um corpo para o outro”, ou pode ser concreta, do “corpo como ser-para-si”, por meio do qual experiencia-se o mundo cotidianamente. Aqui ocorre o que Sartre (2013) denomina como *vivido*, como experiência vivida de modo pré-reflexivo: “[...] não há, aqui, categorias que, de fora, se apliquem ao vivido, pois é o próprio vivido que se unifica, em um movimento de circularidade, com os meios à disposição” (p. 653).

Nesse ponto aparece um elemento considerado pela psicologia sartriana como uma das noções centrais na relação do sujeito com o mundo: o projeto. Afirmar sobre o sujeito e seu projeto de ser é dizer, ao mesmo tempo, de sua relação com seu campo de possíveis (horizonte futuro) e das condições materiais de sua existência. É nesse processo que se dá a constituição do psíquico, sendo que a “[...] personalização nada mais é, no indivíduo, que a superação e a conservação (assunção e negação íntima), no seio de um projeto totalizador, daquilo que o mundo fez – e continua a fazer – dele” (Sartre, 2013, p. 657). Sendo assim, o sujeito concreto, em sua situação vivida, se unifica, em um movimento de totalização com os meios materiais, sociais e culturais que estiverem à sua disposição, constituindo-se em projeto de ser.

276

Conhecer o projeto de ser de alguém e, portanto, o futuro que busca realizar em cada ação empreendida, permite compreender de que modo aquilo que acontece ao sujeito o afeta e altera seu movimento no mundo. Da mesma forma, permite ter indicativos sobre como e porque reage do modo como reage, que elaborações realiza das suas vivências e como sofre e constrói alternativas para aquilo que lhe acontece.

O modo como cada pessoa vive uma situação de adoecimento grave e a perspectiva de morte se relaciona, portanto, com o modo como o projeto de ser vinha sendo vivido e organizado até então. Seja para manter, seja para alterar, seja para ultrapassar, é da relação com esse projeto que o sujeito retira as ferramentas para viver a experiência de adoecer e a possibilidade concreta de ter sua vida encerrada por ele.

É, então, das relações estabelecidas com a materialidade, com seu corpo, com os outros e com o futuro que o sujeito retira o material que fornecerá as estratégias para lidar com o que lhe acontece, apesar de seu esforço em cumprir um projeto de ser que apontava para outra direção. É do contexto concreto que retira suas possibilidades de ação, de posição e de relação com um mundo invadido pelo desconhecido campo da experiência do adoecimento grave. E é também desse tecido que retira elementos para narrar a sua história e dar sentido ao que lhe acontece e ao que ele faz com o que lhe acontece.



Com relação ao câncer, destaca-se que, apesar dos avanços nos tratamentos nesse campo, essa é ainda considerada uma das doenças de maior fatalidade na contemporaneidade, sendo considerado um problema de saúde pública. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), as neoplasias malignas constituem a segunda causa de morte na população, representando aproximadamente 17% dos óbitos de causa conhecida. De acordo com estimativas mundiais, a incidência de câncer no mundo cresceu 20% na última década: atualmente, 20 milhões de pessoas têm câncer, e um total de 8,2 milhões de mortes são causadas pela doença por ano em todo o mundo. Em 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer. Além disso, 60% das pessoas têm o câncer diagnosticado já em estados avançados da doença (INCA, 2016a).

Ao receber o diagnóstico de câncer, em decorrência de sua associação com a gravidade da doença e com suas taxas de mortalidade, com frequência pacientes e familiares são levados a reflexões existenciais relacionadas ao sentido da vida e da morte (Ambrosio & Santos, 2011). Porém, conforme dados da literatura, a percepção do paciente sobre a morte e o morrer ainda tem sido pouco investigada (Borges et al., 2006; Hales et al., 2014).

Diante do exposto, este artigo propõe analisar o modo como o projeto de ser de duas pessoas doentes de câncer vinham sendo vividos até o processo de adoecimento e sobre como, então, a experiência de adoecimento grave e de um futuro que ainda se impõe, apesar da doença, passou a se constituir a partir deste projeto.

277

2 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa apresentada se caracteriza como de abordagem qualitativa, visto que compreende os fenômenos humanos como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também por pensar sobre o que faz, por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhá-la com seus semelhantes. Desse modo, buscou-se por meio deste estudo compreender o sentido da realidade investigada, considerando seu caráter não somente individual, mas coletivo (Minayo, 2010).

Do ponto de vista de seus objetivos, trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, tendo em vista que teve como fim primordial a descrição das características de determinado fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 2008). Nesse sentido, realizou-se uma aproximação aos fenômenos do adoecimento e da morte em pacientes com câncer, com o objetivo de descrever as vivências desses participantes em relação aos fenômenos focalizados e ao seu projeto de ser, estabelecendo uma compreensão das relações entre as variáveis observadas no estudo.



Participaram do estudo um total de doze pessoas atendidas em uma unidade de cuidados paliativos em um hospital público oncológico em uma cidade no sul do Brasil. Todas elas tinham entre 39 e 57 anos, haviam recebido diagnóstico de câncer e estavam sob a atenção de um serviço e de uma equipe de cuidados paliativos. Além disso, estavam conscientes e em condições de saúde suficientes para participação na entrevista. Neste artigo, porém, apresenta-se a análise de duas das doze narrativas realizadas, visto que ambas se destacaram pelos detalhes de acontecimentos vividos, em ocorrências significativas para a compreensão do seu projeto de ser, bem como informações importantes sobre suas relações familiares e sobre como o adoecimento alterou seu vir-a-ser.

João e Maria relataram histórias marcantes, permeadas de elementos sensíveis e detalhes surpreendentes. Duas histórias que apontam para a complexidade da vida, num movimento dialético entre as condições sócio materiais e as experiências subjetivas, que permitem refletir sobre os enredamentos e as tensões que passado, presente e futuro engendram no vivido de cada um deles – antes e depois da experiência de adoecer de câncer.

João, homem de 55 anos, pardo, casado, evangélico, tinha filhos adultos e netos crianças e adolescentes. Trabalhava com serviços gerais, sendo aposentado à época da entrevista, estava doente devido a um Linfoma de Hodgkin. Maria, mulher de 47 anos, era negra, solteira e sem filhos. Tinha o ensino fundamental completo, trabalhava com serviços gerais, estando afastada para tratamento do câncer de vulva que gerou sua hospitalização.

278

Para conhecer as experiências de adoecimento de João e Maria as entrevistas ocorreram a partir de um roteiro que os questionava sobre suas histórias de vida, o diagnóstico da doença, o tratamento e a relação que estabeleciam com o fato de não haver perspectiva de cura para sua condição. Além disso, questionou-se sobre seus relacionamentos familiares, as vivências com as equipes de saúde e a compreensão que cada um realizava sobre a situação atual.

As entrevistas ocorreram de modo a incentivar os participantes a construir uma narrativa sobre suas vidas, o adoecimento, a trajetória de tratamento e as perspectivas de futuro. Em geral, entrevistas narrativas utilizam-se de questões gerativas, que devem ser formuladas com clareza e que abordam o tópico de estudo, tendo por finalidade estimular a narrativa principal do entrevistado (Flick, 2009).

A escolha dessa técnica de coleta de dados relaciona-se ao modo histórico e dialético de compreensão da realidade e dos fenômenos proposto pelo existencialismo sartriano, tendo em vista que, para Sartre (1978), o conhecimento provém da experiência concreta dos sujeitos nas relações que estabelecem com o mundo. Utilizando-se da fenomenologia como modo de acesso à realidade, Sartre (1978) assinala que é necessário descrever a experiência dos sujeitos, seu movimento no mundo, para que se possa compreender o modo como eles se constituem.



Assim, entre suas proposições está a de um método biográfico como recurso para a compreensão rigorosa do movimento do sujeito no mundo. Por meio da biografia, Sartre (1997) preconiza uma forma objetiva de investigar a dimensão de ser do sujeito humano, compreendido como ser-no-mundo, como ser-em-situação, um singular/universal. Dessa forma, o ponto de partida da investigação deve ser os aspectos concretos de sua vida, ou seja, as diferentes dimensões da vida de relações. O caminho da investigação deve desvelar, entre esses diferentes aspectos e suas dimensões, aquilo que processa a unificação do conjunto, que é o ser do sujeito, ou seja, seu projeto de ser (Schneider, 2008).

Conforme destacam Leal e Serpa Junior (2013), as narrativas são um modo privilegiado de acesso ao que o outro vivencia em sua experiência de adoecimento. Para os autores:

[...] nos estudos sobre experiência do adoecimento na perspectiva fenomenológica interessa conhecer como a interação com o mundo é vivenciada pelo adoecido. Concebe-se que a relação que a pessoa constituirá com o mundo, mediada por tal experiência, também é constituinte da “realidade” vivida, ou pelo menos de parte dela (Leal & Serpa Junior, 2013, p. 2940).

Assim, Leal e Serpa Junior (2013) consideram que à fenomenologia interessa o estudo das experiências, “[...] com foco na relação intencional onde consciência e mundo constituem-se mutuamente e coexistem como polos inseparáveis” (p. 2941). Ainda, enfatizam:

[...] o objeto [...] é o vivido subjetivo [...] o ponto de vista singular de quem vive a experiência e sobre o qual se apoia posteriormente a reflexão [...]. Assim, deixa-se de buscar narrativas abstratas ou generalizantes ancoradas em representações coletivas e no conhecimento comum, afastadas do caráter singular das experiências relacionadas ao fenômeno estudado (Leal & Serpa Junior, 2013, p. 2941).

A análise das entrevistas ora apresentada objetivou, assim, compreender os participantes em suas trajetórias e experiências de vida e as condições de possibilidade para que a vivência do adoecimento e da perspectiva de morte tenha ocorrido na direção de seus relatos. É um exercício de entrelaçamento na temporalidade do ser e daquilo que é singular/coletivo em cada um. Ao mesmo tempo, trata-se de um exercício de “[...] desvelamento da perspectiva própria aos participantes da pesquisa acerca do fenômeno estudado e dos significados das suas experiências singulares” (Leal & Serpa Junior, 2013, p. 2942).

Nesse sentido, o movimento de compreensão se deu em dois momentos, separados de modo didático, mas que ocorrem de modo simultâneo: o primeiro, de apreensão da universalidade em que cada participante esteve inserido, incluindo as mediações a que esteve sujeito e o campo de possibilidades em que realizou suas escolhas; o segundo, da análise da singularização desse universal e da forma como suas escolhas se desvelaram em uma práxis, construindo o mundo que, por sua vez, voltará a construí-los (Vieira Junior, Ardans-Bonifacino & Roso, 2016). “Nesse



movimento, compreendemos como as relações mediadas, as experiências vivenciadas e as escolhas que fizemos (mesmo as alienadas), construíram o sujeito que somos e abriram as possibilidades para nossa realização enquanto projeto” (Vieira Junior, Ardans-Bonifacino & Roso, 2016, p. 127).

Utilizando do método progressivo-regressivo, portanto, este artigo visa compreender as experiências singulares de adoecimento e de perspectivas sobre a morte narradas por João e Maria. Trata-se de um processo de compreensão sobre o modo como as experiências de adoecimento grave e a finitude se constituíram a partir de quem esses sujeitos são e das relações que vinham estabelecendo até então. A tentativa de síntese e de análise que se apresenta envolve, assim, produções afetivas que se originaram da experiência dos participantes frente às suas trajetórias de vida e seus acontecimentos. “Sentido é aqui compreendido, portanto, não apenas como produção cognitiva, representacional, mas como algo que envolve elementos sociais, institucionais, afetivos, históricos e atuais do sujeito” (Freitas, 2010, p. 79).

O projeto da pesquisa foi analisado e aprovado por dois Comitês de Ética. O primeiro deles, com Parecer nº 1.721.598, está vinculado à uma universidade federal; e o segundo está vinculado à instituição em que a coleta de dados foi realizada, com Parecer nº 2.014.273.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

280

Narrativas pessoais: a vivência subjetiva como dimensão necessária para a compreensão dos processos de adoecimento e enfrentamento da morte

A história de João

João tem 55 anos, é natural do Rio de Janeiro. Fala com sotaque carioca, é simpático e quis muito realizar a entrevista. Mesmo quando o chamaram para o almoço, não quis interromper a conversa. Fazia questão de contar sua história e de ser ouvido. Conforme descreve Hennezes (2004, p. 103)

Contar a própria vida, antes de morrer. O relato é um ato e prova para quem se vê tão reduzido na própria autonomia ter uma grande importância. Há uma necessidade de dar forma à própria vida e entregar esta forma, criadora de sentido, a alguém.

João é de cor parda e menciona ter tido infância e adolescência pobres, morador da periferia. Analfabeto até os 16 anos, considera que era marginalizado da sociedade nesse período, visto que era privado de oportunidades e possibilidades de construir uma vida que considera digna. Foram



sua irmã e seu cunhado que lhe propuseram uma mudança de Estado, oferecendo estudo e auxílio para a construção de uma nova vida:

Aí minha irmã, e meu cunhado, [...] me propôs pra eu ir com eles; eu disse: é a única chance que tenho para sair dessa situação, porque se eu ficar aqui eu vou virar marginal, porque eu já estava marginalizado. [...] eu já comecei a pensar [...] eu posso melhorar minha vida estudando pra ajudar minha mãe, minha família, e parti [...] fiquei quatro anos [...] estudando, aí nós ingressamos na Marinha e vim para cá. E aqui eu casei, encontrei a minha esposa aí determinei ficar com ela e estou com ela até hoje.

Observa-se no relato de João o movimento dialético entre as condições materiais e as experiências sociológicas e subjetivas, sendo que descreve as transformações em seu grupo familiar, que lutou para sair da escassez, como “determinação contingente de nossa relação unívoca à materialidade” (Sartre, 2002, p. 237). Assim, para que os sujeitos construam sua essência, eles têm necessidade da materialidade e, ao mesmo tempo em que ela se mostra como limite à sua ação humana, age como força propulsora, capaz de levar os indivíduos a se reunirem em grupos para vencê-la. Esse seria, assim, o sentido de escassez, representada por uma ameaça real ou pela adversidade do mundo objetivo, trabalhado pelas práxis de outros que o ser humano encontra ao nascer e que será o palco onde seu projeto de ser será forjado (Sartre, 2002).

Evidencia-se aqui o contexto antropológico em que João e sua família se constituíram sujeitos e dos quais retiram também elementos para a constituição de sua condição psicológica: uma sociedade e uma cultura produtoras de exclusões, imersas em uma lógica e racionalidade de que a responsabilidade pela superação da condição de escassez é do sujeito – e somente dele –, ignorando as condições de possibilidades, as ferramentas e os instrumentos de que dispõe para alterar sua situação. Como descreve Souza (2009), o Brasil é um país em que a meritocracia se mostra como ideologia legitimadora das desigualdades, sendo essa lógica incorporada e reproduzida pelos sujeitos, que ratificam o julgamento que os condena.

Assim, ao nascer em uma camada social baixa, as condições de materialidade dão os contornos às ações dos sujeitos, impõem-lhes dificuldades concretas. No entanto, a lógica contemporânea brasileira busca amenizar essas dificuldades, por meio de representações sobre o modo de ser brasileiro e sobre sua capacidade de superar a escassez. É uma conformação que retira a responsabilidade coletiva e localiza no sujeito a incumbência de fazer-se outro.

O depoimento de João aponta, então, para experiências de tecimento e reciprocidade, em que os membros de sua família, pessoas significativas que compunham sua rede sociológica, forneceram mediação para a realização do seu projeto, produzindo, alimentando e, ao mesmo tempo, tornando possível um ser-em-família viabilizador de seu desejo como sujeito. Conforme destaca Schneider (2011, p. 153), esse é o processo de “[...] sociologização, ou seja, o tecimento



afetivo, existencial com os outros que me são significativos e que, por isso mesmo, ajudam a definir o contorno de meu ser [...], delineando meu projeto”.

Em seu relato, João diz ainda que “*desde novo*” pensava no futuro, preocupava-se em ter segurança e, por isso, desejava um emprego com carteira assinada. Foi assim que passou a trabalhar como segurança (vigilante). Interessante observar aqui a coincidência de palavras: ao buscar segurança econômica, social, simbólica, passou a trabalhar na função que leva este nome. Por outro lado, talvez a possibilidade de acesso a esse trabalho tenha se dado por seu porte físico (João é alto e forte), pela pouca necessidade de formação, pelo modo como as pessoas eram contratadas para esse cargo, pela experiência de viver na periferia – ou seja, ainda dentro de um contexto de restrições em um campo de possibilidades, nos quais João construiu alternativas. Dessa forma, procurou essa condição de proteção e de luta para si mesmo, para os outros, para os seus. Nesse ponto, observa-se um movimento de busca por superação de condições iniciais de vida, em direção ao um projeto de ser-em-família, mas também de saída de condições materiais precárias, por meio do trabalho e de sua ação no mundo.

Assim, confirma-se o que diz Sartre (2015), de que o ponto em que melhor se reconhece a subjetividade é no resultado da práxis, em resposta a uma situação. Para o autor, “se posso descobrir a subjetividade será por uma diferença existente entre o que a situação costuma exigir e a resposta que lhe dou” (Sartre, 2015, p. 40), indicando que o campo de possibilidades em que o sujeito é lançado diz respeito às possibilidades no movimento de subjetivação e objetivação da realidade do meio circundante e à consequente objetivação através da práxis.

282

Lutando para superar sua condição inicial, agindo dentro de um campo de possibilidades restritos, João desejava viver muito e, por isso, cuidava de si: “[...] *eu sempre tive um projeto de viver até uns 85, até 90 anos. Então eu me projetei sempre me cuidando, quer dizer do fumo, da bebida, das drogas, de todas essas coisas da vida à noite*”. Viver estes anos seria viver para estar com a família: “[...] *viver bastante [...] que eu já tinha projetos de netos [...] e a saúde como eu queria curtir eles, eu já estava preparando pra ter essa saúde*”.

Estava há 15 anos trabalhando como segurança, de carteira assinada, quando descobriu o câncer. Diz que, apesar de seus esforços, a doença apareceu: “[...] *comecei a fazer esses tipos de projeto de vida pra não ficar doente, mas não adiantou*”. João descobriu o câncer por meio de uma consulta realizada na rede básica de saúde:

[...] *eu cheguei no médico e falei “senhor dá uma olhadinha nisso aqui doutor” [...] Ele falou “aparentemente é só uma íngua, mas vamos fazer o teste da hérnia”, fez o teste pra ver aí falou assim: “oh, João, sinto muito mas não tá parecendo ser hérnia” [...]. Dali pra cá foi como se fosse assim um trovão, tudo que ele pediu era urgente [...] começamos a fazer os exames, [...] aí foi feita a biópsia e constatou que era o câncer.*



Sobre o fato de João ter sido inicialmente avaliado em uma Unidade Básica de Saúde, no mês de outubro de 2018 foi publicada a Resolução nº 41, que dispõe sobre as “diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS)”. Assim, o SUS demonstra caminhar na direção atualmente preconizada por órgãos nacionais e internacionais competentes em saúde, atualizando-se e constituindo parte integrada e atualizada dos cuidados, oferecendo atenção humanizada e ampliando suas ações, desde a promoção e a prevenção da saúde até as de cunho paliativo. Nessa resolução foi determinado que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (CONASS, 2018).

Depois do diagnóstico, João fez cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Diz que chegou até “a última etapa da quimioterapia”, quando uma médica lhe propôs realizar transplante de medula óssea, um dos tratamentos possíveis visando à cura do câncer. Chegou a realizar os exames pré-transplante e estava apto a realizar o procedimento, mas desistiu dele na noite anterior, após conversar com um paciente. Este, ao lhe contar sobre sua situação, disse que não havia tido melhora após os tratamentos que, em sua percepção, o deixaram mais debilitado; além disso, uma enfermeira comentou que observava que João estava indeciso quanto ao procedimento, o que, de certo modo, legitimou sua dúvida em seguir o tratamento curativo e contribuiu para sua decisão de não realizar a cirurgia. Nesse momento, disse à médica:

[...] então obrigado, porque daqui pra frente a única coisa que eu vou fazer é ir pra casa, curtir meus netos, meus filhos, minha mulher e esquecer da doença, porque morrer todo mundo morre, e a doença está aí para matar; se fosse de ser, será, se não for, Deus vai me ajudar e eu vou ficar curado e vou continuar a caminhar.

Falando um pouco mais acerca de como tomou a decisão de não realizar o transplante, João conta de uma “conversa franca” que teve com a médica, enfatizando quanto para ele era importante o diálogo honesto, saber a verdade acerca de sua condição, bem como ser considerado em seu desejo e em seu modo de pensar e viver.

Falei para a médica “então a senhora está me dizendo que mesmo passando por todo esse processo, a cura não existe?” Falou assim “é bem isso, a cura não existe. Estamos fazendo tudo que é possível [...] a nossa maior esperança e tentativa é de curar, mas a cura na realidade ela não existe”. [...] Falei assim [...] “eu tô aqui para procurar a cura, eu quero me curar, mas se vocês também não têm a cura, eu prefiro ir pra casa curtir meus netos, minha esposa, eu prefiro ir pra casa me manter no remédio”.

A partir desse momento, João foi encaminhado aos cuidados das equipes de cuidados paliativos, pois não desejava realizar tratamentos invasivos e que o mantivessem hospitalizado de modo prolongado, visto que isso o afastaria do convívio familiar. Seu projeto de ser, forjado como ser-em-família, impactou não somente o modo como vivenciou o adoecimento, mas no modo de



realizar escolhas acerca do tratamento e do que privilegiou para seu futuro. Durante toda a entrevista, João destaca quanto o estar em família atravessou suas escolhas ao longo da vida, deu sentido para seus dias, o amparou em momentos de sofrimento e, portanto, estava intimamente vinculado ao que projetava como futuro possível.

A fala de João indica, portanto, que, se há limites para as possibilidades de cura, o mesmo não ocorre para as possibilidades de cuidado. Além disso, João destaca a importância que a relação médico-paciente adquiriu ao longo do seu tratamento, como elemento organizador e que dava sentido às ações realizadas em relação ao seu adoecimento. Nesse aspecto, aponta para a importância de as equipes não somente tomarem decisões compartilhadas, mas oferecerem condições para que os pacientes assumam a autonomia sobre seu tratamento, na medida em que recebam informações adequadas, tempo, espaço e amparo para elaborar emocionalmente as opções terapêuticas e suporte para enfrentar esse momento de suas vidas.

Quando questionado a respeito do que pensa sobre a morte, João diz do contato que teve com a morte ao longo da vida, o que fez com que pensasse a morte como uma possibilidade muitas vezes presente:

[...] a morte para mim desde pequeno [...] eu era uma pessoa assim que, era uma criança marginalizada né, de periferia muito pobre de região muito violenta [...] então as maiores atrocidades com essa idade eu já via [...] que a vida era muito violenta e a morte ela poderia a qualquer momento estar lá na vida.

284

Em outro momento da entrevista diz que “[...] quem tem medo da morte não sabe o que é a vida”. Assim, explicou que ter vivido uma vida em família e hoje ter as lembranças do que foi realizado, ter por perto pessoas da família que guardam memórias importantes do que viveram juntos, faz com que não tenha medo da morte.

Aí quando você chega no momento da morte você começa a pensar: o que eu fiz da minha vida? [...] então eu não tenho medo da morte [...] eu não tenho do que reclamar, ainda que a gente fosse pobre, eu tive uma vida muito boa, curti bastante meus filhos, os sobrinhos [...] então eu tive uma vida legal, então se for de partir hoje, e partir amanhã, para mim não faz diferença, claro eu tenho a preocupação, é fato vai sofrer, mas é um processo, não tem como você correr, mas não tenho medo da morte.

Neste trecho, a fala de João indica que o seu modo de viver o processo de morte relaciona-se à vida que viveu. Ainda há muitos planos que João gostaria de concretizar – como todos os humanos, é um vir a ser, abertura para o futuro: mas ter vivido experiências que o viabilizaram no projeto de ser escolhido até então o auxilia a enfrentar a possibilidade concreta da morte como algo a ser ainda integrado à vida.

Dessa forma, quando o projeto de ser está bem estabelecido e foi vivido na potência de sua força propulsora, como se verifica na trajetória de João, o sujeito ganha condições de estabelecer



uma relação com a morte que não inviabiliza a vida (pode-se viver até que a morte aconteça), pois tem a sensação de “missão cumprida” e de que servirá como exemplo e como mediação para aquelas pessoas significativas que a ele sobreviverão.

A história de Maria

Maria tem 47 anos, é de cor negra, tem o ensino fundamental completo. Nunca se casou, nem teve filhos. Conta que é “de família pobre”, o pai é pintor e a mãe, do lar. Aos 18 anos fez um concurso do Estado e começou a trabalhar como copeira em um hospital público. Disse que, então “[...] a vida mudou, era uma maravilha, eu fiquei trabalhando doze anos”.

Após um período de uma vida estável e em melhores condições financeiras e materiais, diz que sua vida “desandou”:

[...] eu tinha trinta e dois anos, aí conheci gente que não era para conhecer, minha vida, eu tava no céu, foi pro... aí fiquei nessa vida mais doze anos e tô até hoje, aí tem um ano e meio que eu descobri essa doença, aí eu saí dessa vida.

Sobre “essa vida” diz que “[...] me joguei nos mundos das drogas, da bebida, do cigarro, aí perdi tudo”.

Em decorrência do envolvimento com drogas, Maria passou a não cumprir mais o trabalho como era esperado e foi exonerada do seu cargo. Depois disso, acabou indo morar na rua. Nesse momento, diz que perdeu tudo o que havia construído até então e que não recebeu ajuda da família. Quem a auxiliou foi um amigo, que a levou para sua casa e ofereceu ajuda, sendo este mesmo amigo a pessoa que a apoia no período do adoecimento.

Porém, não foi somente no momento da perda do trabalho, da condição financeira e da moradia que Maria diz não ter podido contar com a família. Conta que antes disso sua mãe não era afetivamente envolvida com os filhos:

[...] porque a família me abandonou por completo. Aí eu também me isolei, fiquei com vergonha de mim mesma, com vergonha do mundo que eu estava, do jeito que eu era, aí eu me isolei, não tenho mais contato com a minha mãe. Tenho, mas não tem nada de carinho [...] ela até tenta, mas não consegue, ela não consegue e a minha vida é essa.

Importante observar que a mãe, durante a hospitalização de Maria, em algum momento oferece sua presença. Mas há uma mágoa que Maria carrega, uma barreira construída ao longo da vida e que impossibilita uma possível aproximação. Aponta, assim, para um projeto de ser em família fragilizado, uma família talvez serializada, produtora de solidão.

Para Sartre (1978), a família estabelece a mediação entre a classe universal e o indivíduo. Segundo ele, sendo produto de seu produto,



o homem existe ao mesmo tempo no meio de seus produtos e fornece a substância dos “coletivos” que o corroem; [...] a criança não vive somente sua família, ela vive também – em parte através dela, em parte sozinha – a paisagem coletiva que a circunda (Sartre, (1978, p. 146).

Porém, muitas vezes uma família vive um processo de serialização, em que a unidade entre os membros é dada de fora, como por um observador que, do exterior, indicaria sua unidade. Internamente, porém, a série é constituída por um conjunto de solidões. Nesse modo de ser-em-família, há a reunião de pessoas com um mesmo interesse, porém sem que haja uma identidade entre elas (Schneider, 2011). Nesse agrupamento, o projeto dos sujeitos é individual, não havendo relações de mediação entre eles. Há negação da reciprocidade, sendo um tipo de relação na qual cada membro aparece como substituível por outro, ou seja, indiferenciado, sendo somente mais um número.

A fragilidade dos vínculos familiares e a experiência de solidão podem ter contribuído para a fragilidade do projeto de ser de Maria, uma vez que esta foi realizando escolhas de modo espontâneo, sem criticamente avaliar suas consequências e o futuro que constituía para si. Desde criança, estando inserida em relações de alteridade, sem que houvesse mediação para a viabilização de seu ser, suas escolhas foram realizadas na espontaneidade. Ou seja, estando Maria tão absorvida na situação, de modo que não havia espaço para o posicionamento do seu eu (Schneider, 2011), não conseguiu “[...] atribuir significado às suas experiências e, assim, colocá-las a serviço de um projeto de vida, um desejo de ser” (Schneider, 2011, p. 127).

286

Maria diz que até hoje não compreende como passou a fazer uso abusivo de drogas: “*Até hoje eu não consigo entender como eu fui tão fraca, como eu fui tão ingênua a ponto de deixar me levar assim*”. Desse modo, não integra suas escolhas ao projeto que desejava. Realizou escolhas que a afastaram de seu desejo de ser. No entanto, o uso de drogas deve ser compreendido como uma ação no mundo, realizada dentro de um campo de possibilidades, por alguém que se direciona ao futuro buscando realizar seu ser em determinada direção.

Para Schneider et al (2017, p. 216):

Em cada ato humano [...] assim como no uso de drogas, há uma significação que o transcende e que remete ao projeto originário de ser, que deve ser compreendido em sua constituição histórica. Os atos forjam o sujeito em seu ser por serem formas de realizar este fim vislumbrado, este sentido originário.

Em relação ao uso de drogas, as autoras citam que esta “[...] é uma forma de pôr o mundo e nele se inserir, com seus prazeres, suas possibilidades de lazer e relacionamentos, sua exigência de espontaneidade” (Schneider et al, 2017, p. 217), ou seja, uma forma de se lançar no mundo lidando com as exigências que a realidade impõe.



Nessa dificuldade de localizar-se sobre o que ocorreu em sua trajetória, que levou Maria a fazer certas escolhas, entre elas o uso de drogas, a participante não fornece informações mais precisas para uma elaboração sobre os variados elementos que devem ter entrado no “jogo” que acabou por determinar seus caminhos existenciais. Mas é possível vislumbrar em sua narrativa um certo tipo de dinâmica psíquica, levada pelo imperativo da espontaneidade. Assim, Maria deixa vislumbrar um distanciamento que acabou por ocorrer de seu projeto originário, quando “entrou nas drogas” e perdeu seu trabalho e seus vínculos significativos. Mas não fornece informações que ajudem a compreender o que levou a esta ruptura com o projeto de ser, distanciamento este que a doença grave a levou a se reaproximar.

Sendo assim, logo em seguida ao relato sobre o uso de drogas, Maria diz que o adoecimento foi um “resgate”, visto que, após o diagnóstico e o início do tratamento e das hospitalizações, parou de fazer uso de álcool e drogas: “[...] hoje eu sei que aconteceu isso na minha vida [...] eu tô hoje aqui, mas eu não uso mais droga, eu não uso mais bebida, estou me resgatando, mas eu sou muito sozinha, a minha família é assim”.

Seus relatos oscilam entre contar sua história no período em que conseguiu superar uma condição inicial de necessidade material e financeira, para os momentos de compreensão da gravidade da doença e do sofrimento ampliado pelo sentimento de solidão. Conta que uma de suas irmãs ainda a visita no hospital, sendo a única familiar que a procura.

A ausência de pessoas significativas no momento da doença pode ser compreendido como consequência do modo como os relacionamentos pessoais e familiares se estabeleceram, mas também pela frequente dificuldade que as pessoas sentem, de modo geral, em oferecer apoio àqueles que enfrentam seu final de vida. Parte dessa dificuldade está relacionada ao fato de que a morte é assunto afastado do cotidiano; assim, quando se deparam com ela, as pessoas não sabem como oferecer apoio, vendo-se sem ferramentas, palavras e ações que possam contribuir com os cuidados de quem adocece.

Maria entende a gravidade da doença, sabe da proximidade da morte, sofre pelo isolamento e diz que sempre pediu aos médicos e demais membros da equipe para serem honestos com ela – como uma forma também de garantir sua presença de modo autêntico e não isolado por meio do silêncio ou de mentiras. Deseja ter relações de reciprocidade com eles, relações essas que não foram possíveis com a família.

No entanto, relata que seu maior desejo seria ter uma “segunda chance”, poder se curar para voltar a cuidar de si e de sua vida, ter um trabalho, pagar suas contas, resgatar o que com muito esforço havia conseguido construir, considerando sua condição socioeconômica inicialmente precária, mas que conseguiu ultrapassar com esforço e empenho. Aponta que a esperança de um futuro melhor não é incompatível com a compreensão da gravidade de seu adoecimento, mas a



mantém lançando-se para um vir-a-ser em outro tempo e lugar, em um futuro viabilizador de seu projeto de ser.

Quanto à sua família, Maria diz não ter esperanças de que haja superação das dificuldades vivenciadas, que não acredita que seja possível se reconciliarem. Retomar a sua vida, rever sua trajetória e aquilo que não pôde realizar, bem como as dificuldades vivenciadas com a família, são os processos que talvez mais sejam geradores de sofrimento para ela. Conforme destaca Hennezel (2004, p. 93), “[...] falamos da angústia que não é tanto o medo de morrer quanto o de encontrar-se, face a face, consigo mesmo, com a própria vida”.

Aqui verifica-se como o impacto das histórias familiares sobre a condição dos sujeitos significam seu sofrimento. Ao contrário de João, os relatos de Maria indicam um processo de serialização em seu grupo familiar. Conforme destaca Schneider (2011), a marca da serialidade é a alteridade, ou seja, “cada um é o mesmo que os outros enquanto é outro distinto de si; ou seja [...] cada um é cada um, sem tecer qualquer identidade coletiva, permanecendo na solidão” (Schneider, 2011, p. 155). Evidencia-se novamente a importância da mediação familiar e do impacto psicossocial quando ocorre a fragilização do tecido sociológico. A família é a mediação entre a classe universal e o indivíduo (Sartre, 2002). Sendo assim, na psicologia sartriana, o papel mediador da família na estruturação do projeto de ser do sujeito é fundamental.

Porém, devido a condições históricas, muitas vezes uma família acaba por estabelecer relações de conflito entre seus membros, corroendo seus vínculos. Esse parece ter sido o caso de Maria, que pode estar relacionado ao seu processo de abuso de drogas, assim como na solidão experimentada em seu tratamento do câncer, que lhe trazem dificuldades para além do próprio sofrimento da doença em si. Desse modo, como destaca Elias (2001, p. 75), “[...] se uma pessoa sentir quando está morrendo que, embora ainda viva, deixou de ter significado para os outros, essa pessoa está verdadeiramente só” e a saída da solidão poderia ocorrer na medida em que possa adquirir significado afetivo para outros – função esta que, em casos em que as famílias estão ausentes afetivamente, pode ser desempenhado pelas equipes de saúde.

Sobre a situação socioeconômica destacada na história de Maria, assim como na de João, pesquisas indicam que a maioria das doenças, incluindo o câncer, tem influência das desigualdades sociais, econômicas e culturais e de questões raciais. Para Visentin et al (2018), etnias afetam a incidência de câncer e seus índices de mortalidade; muitas vezes, as disparidades raciais são marcantes e podem resultar de questões biológicas/genéticas ou advindas do meio. As taxas de mortalidade de vários tipos de câncer mais comuns são maiores entre os negros em comparação com outros grupos étnico-raciais, tendo como hipótese a diferença no acesso a serviços médicos, tratamentos e condições econômicas que possam favorecer não somente a prevenção da doença, mas terapêuticas em tempo e condições adequadas.



Por fim, esses autores destacam que, quando pessoas com baixo nível socioeconômico e também de escolaridade adoecem gravemente, as dificuldades vivenciadas a partir da “entrada” em cuidados paliativos somam-se a outras dificuldades, como a falta de condições financeiras e de suporte social para a organização dos cuidados. Ainda, destacam que as pessoas com baixo nível de escolaridade podem ter dificuldade em acessar e “[...] entender as informações relacionadas à saúde e, portanto, a equipe que atua na terapêutica paliativa encontra neste perfil a possibilidade de suprir essa deficiência” (Visentin et al., 2018, p. 276).

Em relação ao papel das equipes de saúde, é possível destacar que Maria foi uma das participantes da pesquisa que mais fez menção à presença e ao apoio da psicóloga da equipe da instituição em que este estudo foi realizado. Em sua fala, essa profissional aparece como alguém que busca auxiliar Maria a (re)construir, por meio de uma narrativa de sua biografia, sentidos para o que lhe aconteceu ao longo de sua trajetória de vida, para o que ela fez com o que lhe aconteceu, bem como para o vir-a-ser que se impõe à sua frente.

Desse modo, considera-se que o papel do psicólogo em cuidados paliativos é, principalmente, o de compreender quem é o sujeito que adoece, quais são suas necessidades e seus desejos, bem como estabelecer mediação para que o doente e sua família tenham amparo para realizar escolhas condizentes com seus projetos de ser. Com frequência, o profissional de psicologia realiza uma “ponte” entre pacientes e famílias e demais membros da equipe, buscando contribuir para que se coloquem em evidência as biografias de quem recebe os cuidados e quem participa da construção deles, para que essas pessoas sejam incluídas nas decisões e intervenções clínicas. Desse modo, poderá também contribuir para que todos os profissionais construam um olhar integral sobre os sujeitos, com uma “[...] visão de complexidade, pautada na interação sistêmica de fatores de diferentes ordens na constituição do fenômeno do sofrimento psíquico” (Schneider, 2015, p. 41)

Ainda, observou-se no depoimento de Maria que havia uma busca das equipes em contribuir para que recebesse, do modo como lhe fosse possível, apoio de sua família, realizando com ela uma reaproximação. Essas ações vão ao encontro do que se preconiza nos princípios dos cuidados paliativos, em que o ato de perdoar e ser perdoado, se este for o desejo dos pacientes, faz parte de uma trajetória para o que poderia ser considerado como uma “boa morte” (Menezes, 2004).

Porém, a boa morte aqui não se refere a um ideal, em que pessoas se entendem, doentes “aceitam” sua condição e se adequam aos cuidados, morrendo silenciosos e sem queixas. A boa morte pode ser pensada como aquela possível, a que ocorre após a vida ter sido cuidada por pessoas interessadas em amparar o sofrimento dos sujeitos que por ela irão passar e que com ela estabeleceram relações de reciprocidade. As equipes, assim, não podem prometer que serão capazes de aplacar toda e qualquer angústia. Por outro lado, podem se comprometer a acompanhar os doentes e suas famílias ao longo de uma trajetória que pode ser dolorosa, permeada por perdas



e angústias, mas que pode também ser preenchida por interesses genuínos em quem são essas pessoas que adoeceram e precisam ser cuidadas em toda sua complexidade. Por sua vez, os próprios profissionais de saúde se (re)constróem nesses encontros, tendo oportunidade de aprender com aqueles que se despedem da vida.

Além disso, no esforço conjunto realizado pelas equipes em contribuir para a (re)construção de sentidos pelos doentes e seus familiares para a vida, a doença e a morte, há espaço para alegrias, reencontros, revisões, (re)descobertas e (re)criações. A morte, como a vida, não comporta um único sentido. Ela está sempre aberta ao devir.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas de João e Maria permitem compreender como as experiências de adoecimento foram vivenciadas por eles a partir de suas biografias. Mais ainda, permitiram esboçar formulações sobre o modo como seus projetos de ser vinham sendo vividos até então e que compuseram o pano de fundo das vivências de adoecimento, do engajamento em tratamentos e das ressignificações da trajetória existencial frente à imposição da finitude.

Diante de suas histórias, destacam-se alguns aspectos relacionados ao cuidado de pessoas em final de vida a partir de um olhar existencialista. O principal deles é fazer o possível para que o paciente continue a ser quem é durante seu período de adoecimento, dando-lhe o direito de morrer conforme sua biografia. Ainda, criar condições de possibilidade para a realização de escolhas críticas frente ao que o sujeito vive a partir do adoecimento grave, compreendendo que essa experiência o afeta pela sua condição de um vir-a-ser.

Desse modo, pode ser tarefa dos profissionais de cuidados paliativos auxiliar o sujeito a ampliar um campo de possibilidades que se estreita com o surgimento da doença e a perspectiva de morte, mas que comporta ainda escolhas possíveis. Da mesma forma, é possível realizar esse processo também com os familiares, auxiliando-os a reformularem seus próprios projetos de ser, constituídos na relação com o doente e que se alteram diante de sua perspectiva de morte. Possibilita-se, ainda, dar ferramentas para que os familiares sejam mediação para seus entes queridos que sofrem a doença, para que se fortaleçam como grupo e possam, quem sabe, criar ou reforçar relações de tecimento, reciprocidade e viabilização de ser de cada um.

Por fim, é possível construir narrativas compartilhadas que contribuam para a compreensão de sentimentos gerados frente ao adoecer e morrer que possibilitem ressignificar trajetória e fatos vividos, o que contribui para a elaboração de lutos, culpas, arrependimentos e auxilia os doentes a permanecerem conectados ao que confere significado às suas vidas. É possível promover um resgate de memórias, auxiliando pacientes e familiares a perceberem o que foi concretizado em



suas trajetórias e que pode haver um legado a ser deixado. Mesmo quando o caminho percorrido até então possa ter sido permeado de dificuldades, escassez, solidão e angústia, toda história de vida merece ser contada e registrada na memória daqueles que ficarão, ao abrir possibilidades de ressignificações, reconciliações e novos sentidos para o legado que cada sujeito constituiu para os seus e para o mundo.

5 REFERÊNCIAS

- Ambrósio, Daniela Cristina Mucinhato, & Santos, Manoel Antônio dos. (2011). Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 475-484. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400011>
- Borges, A. D. V. S., da Silva, E. F., Toniollo, P. B., Mazer, S. M., do Valle, E. R. M., & dos Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 361-369.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2018). *Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018*. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Freitas, J. de L. (2010). *Experiência de adoecimento e morte: diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-terapia*. Curitiba: Juruá.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Hales, S., Chiu, A., Husain, A., Braun, I., Rydall, A., Gagliese, L., Zimmermann, C., Rodin, G. (2014). The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative care and place of death. *J Pain Symptom Manage*, 48(5), 839-851.
- Hennezel, M. de. (2004). *A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver*. Aparecida: Ideias e Letras.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2016a). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Recuperado em 22 de maio de 2016.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2016b). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Câncer*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Recuperado em 22 de maio de 2016.



- Leal, E. M., & Serpa Junior, O. D. de. (2013). Acesso à experiência em primeira pessoa na pesquisa em Saúde Mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2939-2948. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000018>
- Lira, G. V., Catrib, A. M. F. & Nations, M. K. (2003). A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *RBPS*, 16(1/2), 59-66. Recuperado de: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/333/2035>
- Menezes, R. A. (2004). *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (12a ed.). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Schneider, D. R. (2008). O método biográfico em Sartre: contribuições do existencialismo para a Psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(2).
- Schneider, D. R. (2011). *Sartre e a Psicologia Clínica*. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Schneider, D. R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção*. Sinopsys Editora e Sistemas Ltda. (pp. 33-52).
- Schneider, D. R., Strelow, M., & Levy, V. (2017). Um olhar existencialista sobre o uso problemático de drogas. In F. Castro, D. R. Schneider, & G. Boris, *Sartre e os desafios à psicologia contemporânea* (v. 1). Rio de Janeiro: Ed. Via Veritas.
- Sartre, J-P. (1978). *Questão de método* (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural (pp.110-191). (Original publicado em 1957).
- Sartre, J-P. (1997). *O Ser e o Nada* (14a ed.). Petrópolis: Vozes. (Texto original publicado em 1943).
- Sartre, J-P. (2002). *Crítica da razão dialética* (G. J. de F. Teixeira trad.). Rio de Janeiro: Ed. DP&A. (Original publicado em 1960).
- Sartre, J-P. (2013). *O idiota da família* (v.1). Porto Alegre: R&PM. (Original publicado em 1971).
- Sartre, J-P. (2015). *O que é a subjetividade*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Original publicado em 2014).
- Serpa Junior, O., Campos, R. O., Malajovich, N., Pitta, A. M., Diaz, A. G., Dahl, C., & Leal, E. (2014). Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1053-1077. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400005>



- Serpa Junior, O. D. de, Leal, E. M., Louzada, R. de C. R., & Silva Filho, J. F. da (2007). A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 207-222. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200003>
- Souza, J. (2009). *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Ed. UFMG.
- Spohr, B. (2016). A concepção restauradora da narrativa em Sartre. *Psicologia USP*, 27(1), 61-69. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0103-656420150037>
- Vieira Junior, C. A., Ardans-Bonifacino, H. O., & Roso, A. (2016). A construção do sujeito na perspectiva de Jean-Paul Sartre. *Revista Subjetividades*, 16(1), 119-130. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.1.119-130>
- Visentin, A., Mantovani, M. de F., Kalinke, L. P., Boller, S., & Sarquis, L. M. M. (2018). A terapêutica paliativa em adultos com câncer: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 252-258. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-056>