

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO**

CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE: CONVERSAS COM PACIENTES TERMINAIS

Maria Tereza Penha de Araújo Silva

**NATAL/RN
2006**

MARIA TEREZA PENHA DE ARAÚJO SILVA

CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE: CONVERSAS COM PACIENTES TERMINAIS

Dissertação de Mestrado apresentada à Comissão Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, sob a orientação do Professor Doutor Orivaldo Pimentel Lopes Júnior.

**NATAL/RN
2006**

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte: UFRN/ Biblioteca Central Zila Mamede

Silva, Maria Tereza Penha de Araújo.

Ciência e espiritualidade: conversas com pacientes terminais/ Maria Tereza Penha de Araújo Silva. – Natal, RN, 2006.

138 f.

Orientador: Orivaldo Pimentel Lopes Júnior.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

1. Ciências Sociais – Dissertação.
2. Espiritualidade – Dissertação.
3. Pacientes Terminais – Dissertação.
4. Doença – Dissertação.
5. Morte. – Dissertação. I. Lopes Júnior, Orivaldo Pimentel. II. Título.

RN/UF/NCZM

CDU 3 (043.3)

CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE: CONVERSAS COM PACIENTES TERMINAIS

MARIA TEREZA PENHA DE ARAÚJO SILVA

Aprovada em: _____ de _____ de 2006.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Orivaldo Pimentel Lopes Júnior
Orientador – UFRN

Prof. Dr. Gustavo de Castro – UNB
Examinador (a) Titular

Prof^a. Dr^a. Vânia de Vasconcelos Gico
Examinador (a) Titular - UFRN

Dedico esta pesquisa a memória de José Rodrigues de Araújo, meu pai, que na sua simplicidade soube ensinar a arte de viver e de morrer. Dedico ainda a dona Dora, Sônia Santos, Ailda, Albertina, Graça Barbosa, Auristela e tantas outras pessoas queridas e amigas que já partiram e que conheceram o tormento de conviver com uma doença terminal.

AGRADECIMENTOS

Estudar o tema espiritualidade ajudou-me a entender que ela começa com a gratidão: gratidão pelo dom da vida, pela Natureza e pelo Universo, do qual fazemos parte. Nesse ritual do cotidiano, cada ação pode tornar-se uma forma de celebração, de gratidão. Pensando assim, aproveito este espaço para agradecer a todas as pessoas que me auxiliaram nesse caminho em direção a um entendimento das experiências humanas, durante o Curso de Mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN.

Agradeço primeiramente Àquele que acredito ser a fonte de toda a energia que criou e mantém o equilíbrio do Universo, por essa oportunidade de vida.

A todos os professores que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN minha sincera gratidão; em especial aos professores Dr. Aldenor Gomes, Dra. Maria da Conceição Xavier de Almeida, Dr. José Willington Germano, Dra. Vânia de Vasconcelos Gico e ao professor Dr. Orivaldo Pimentel Lopes Júnior – meu orientador – pessoa que aprendi a admirar.

À diretora do Centro Estadual de Educação Especial, Irma de Medeiros Campos de Oliveira e aos colegas professores e funcionários, agradeço pelo apoio que me foi dado, durante todo esse tempo em que estive envolvida nesta pesquisa.

Ao professor Dr. Monsenhor João Penha Filho – grande teólogo e orador – agradeço a colaboração na revisão da pesquisa teórica.

Aos colegas de caminhada Francisco Jean da Silva, Eliude Gomes Souza e Érica Verícia Canuto; e, em especial à amiga Lenina Lopes Soares Silva, pelo incentivo, apoio e carinho.

Às minhas mães Crinaura Alves e Carmelita Penha, pelo tempo que dedicaram aos meus filhos, nos momentos em que não pude estar com eles.

Aos meus filhos, Lucas Emanuel e Lourdes Maria, e ao meu companheiro e parceiro Rogério, que souberam compreender os momentos em que precisei sacrificar o nosso lazer.

Finalmente, faço aqui um agradecimento todo especial às pessoas entrevistadas, que tiveram a humildade e a coragem de expor suas vidas: seus anseios, seus temores, os momentos difíceis... Sem elas essa pesquisa não teria sido realizada. Com elas aprendi a valorizar a arte de viver e de morrer.

A todos o meu muito obrigado!

RESUMO

Reflete-se sobre a ciência e a espiritualidade tendo como foco a relação entre elas e o processo vivido por pacientes terminais após a confirmação da finitude de suas vidas. Busca-se com essa pesquisa suscitar discussões que corroborem a tematização de um possível diálogo entre a ciência e a espiritualidade, sinalizando perspectivas de debates e de formação de um entendimento sobre a problemática que envolve esses construtos humanos no desenvolvimento de alternativas para a compreensão da finitude da vida. Apontamos o momento de cisão entre ciência e espiritualidade através do paradigma cartesiano dentro de um enfoque histórico para em seguida focalizar a doença e morte como aporte para nossa discussão. Utilizamos como estratégia metodológica conversas focais com pacientes terminais tendo como guia uma pauta com cinco pontuações: o sujeito singular, impactos do diagnóstico, indicadores da ciência, marcas da espiritualidade e medo da morte que serviram de base para a análise e a interpretação dos dados de acordo com os aportes teóricos selecionados. Assim, foi possível percebermos que a ciência, apesar de não manter um diálogo explícito com a espiritualidade, aponta através de suas formas de representação para os indicativos do processo que culminará com a morte. E esses indicadores mostraram que nesse sentido ela é eficiente. Acreditamos que o enfrentamento da morte pode acontecer por meio de uma ciência nova que dialogue com a espiritualidade e onde não haja disjunção entre razão e emoção, por parte da ciência; como também não haja desprezo da razão, por parte da espiritualidade.

Palavras-chave: Ciência, Espiritualidade, Pacientes Terminais, Doença, Morte.

ABSTRACT

It has been reflected on Science and spirituality having as focus the relation between them and the process lived by terminal patients after the confirmation of the finitude of their lives. It has searched with this research to excite discussions that corroborate the tematization of a possible dialogue between science and spirituality, signaling perspectives of debates and formation of an understanding of the problematic that involves these human constructs in the development of alternatives for the understanding of the life finitude. We point out the moment of split between science and spirituality through the cartesian paradigm from a historical approach and after focusing the illness and death as foundation for our discussion. We use as methodological strategy, focal talks with terminal patients having as guidance a guideline with five punctuations: the singular citizen, diagnosis impacts, indicators of science, spirituality marks and death fear that served of base for analysis and data interpretation in according to selected theoretical foundations. Thus, it was possible to perceive that science, although not to keep an explicit dialogue with spirituality, it has pointed through is representation forms to the process indicatives that will culminate with the death. And these indicators had shown that in this direction it is efficient. We believe that the confrontation of the death can happen through of a new science that dialogues with the spirituality, where does not have separation between reason and emotion on the part of science; as well as it does not have reason disdain on the part of the spirituality.

Key-words: Science, Spirituality, Terminal Patients, Illness, Death.

O livro do Gênesis ou o livro das origens (palavra pela qual começa o texto sacro) contém tradições da mais remota Antigüidade [...] Não se trata de um verdadeiro livro de história (ao menos no sentido em que entendemos hoje história), nem tampouco um manual de história natural com a finalidade de expor as origens do mundo e da humanidade [...] O seu autor teve em vista apresentar um ensinamento religioso que determina as relações entre o homem e seu Criador. Divide-se em duas grandes partes: as origens propriamente ditas, e em seguida a história dos três grandes patriarcas do povo de Deus [...] O ensinamento, por mais imaginativo e popular que seja é denso e profundo: Deus é o criador do mundo e é distinto do universo. O mundo é bom. A finalidade da criação é a presença de Deus, figurada no repouso do sétimo dia. O homem foi criado da terra, mas animado de um sopro de vida. (CASTRO, 1991, p.17)

[...] A viagem suscitou essas e outras questões, bem como dúvidas quanto à verdade do Gênesis interpretado ao pé da letra. Ao fim desse despertar de cinco anos, Darwin começou a examinar minuciosamente cada espécime que encontrava e estabelecer um novo e revolucionário paradigma para os seres vivos [...] Os críticos e inimigos de Darwin, tachando-o de 'o homem mais perigoso da Inglaterra', formavam um grupo diversificado [...] Muitos outros que tentaram desmerecer Darwin e sua teoria fizeram-no com base em crenças religiosas. (BRODY, 1999, p. 243-251)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OS CAMINHOS DA CIÊNCIA E DA ESPIRITUALIDADE A DOENÇA E A MORTE	34
2.1 A ESPIRITUALIDADE NA ANTIGUIDADE, O PARADIGMA CARTESIANO E A CISÃO ENTRE A CIÊNCIA E A ESPIRITUALIDADE.....	35
2.2 A ERA MODERNA E A RACIONALIDADE.....	42
2.3 A ESPIRITUALIDADE NA ERA MODERNA E O RETORNO DO SAGRADO....	46
2.4 AS PONTES ENTRE A CIÊNCIA E A ESPIRITUALIDADE.....	53
2.5 FALANDO SOBRE DOENÇA E A MORTE	59
2.5.1 Pacientes terminais.	60
2.5.2 O significado da morte na cultura ocidental.....	78
3 CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE: CONVERSAS COM PACIENTES TERMINAIS	88
3.1 UMA TERCEIRA VOZ: LEITURA E RELEITURA DAS CONVERSAS COM PACIENTES TERMINAIS	90
3.1.1 O sujeito singular.....	90
3.1.2 Impactos do diagnóstico	96
3.1.3 Indicadores da ciência	101
3.1.4 Marcas da espiritualidade	105
3.1.5 Medo da morte	112
3.2 CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE NA RECONSTITUIÇÃO DA FINITUDE DA VIDA	115
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	134

1 INTRODUÇÃO

[...] Vê-se o indivíduo como alguém que nasce, vive e sofre, e finalmente morre, como seus antepassados fizeram antes dele e seus filhos farão depois dele. Aceitando e fazendo interiormente sua essa visão do assunto, ele transcende a sua própria individualidade bem como a unicidade, - inclusive a dor única e os terrores únicos, de suas experiências individuais. Vê-se a si mesmo 'corretamente', isto é, dentro das coordenadas da realidade tal como é definida pela sociedade. Fazem-no capaz de sofrer 'corretamente' e, se tudo correr bem, ele poderá ter finalmente uma 'morte correta' (ou uma "boa morte"; como se costumava dizer). Em outras palavras, ele pode 'perder-se a si mesmo' no nomos que dá o significado de sua sociedade. Em consequência, a dor se torna mais tolerável, o terror menos acabrunhador, quando o dossel protetor do nomos se estende até cobrir aquelas experiências capazes de reduzir o indivíduo a uma animalidade uivante. (BERGER, 1985)

As últimas décadas do século XX foram marcadas por mudanças profundas nas sociedades o que conseqüentemente trouxe novas concepções para a compreensão de mundo e das relações sociais. O progresso tecnológico e a globalização norteiam um novo espaço de ação e a humanização vai cada vez mais se perdendo nesse universo caótico. Esta situação de crise é caracterizada por profundas transformações nos meios científicos, tanto de ordem metodológica quanto teórica, mobilizando cientistas e pesquisadores no sentido de buscarem caminhos que possam explicar, entender e propor situações alternativas que favoreçam um maior e melhor conhecimento acerca desse grande mistério que é o mundo em que vivemos, o homem, a vida, a morte.

Estamos na metade da primeira década do século XXI, vivendo num mundo em que cada vez mais aumentam as incertezas. E embora se possa afirmar que a humanidade deu um grande salto ao conseguir libertar-se do pensamento dogmático que prevaleceu até o século passado – o determinismo universal – ao mesmo tempo constata-se que ela não sabe para onde caminhar e o que fazer com todo o conhecimento que adquiriu.

As crises econômicas que acontecem e estão por acontecer, como sinaliza Morin (1997), não são passíveis de serem previstas nem mesmo pelos economistas

que são prêmio Nobel. Segundo ele, isso se deve ao fato de que, por se tratar de uma ciência quantitativa, a economia elimina de sua visão tudo o que diz respeito à vida, às paixões, aos sofrimentos e aos gozos humanos. A economia é exemplar neste ponto, pois, mesmo tratando-se de uma ciência exata ela não está desvinculada da dimensão humana. Por estar pautada numa ciência racional, positivista, estudar aquilo que possa amenizar o sofrimento humano ou melhorar as relações sociais entre os homens não faz sentido por não ser possível quantificar o sofrimento em termos numéricos. No que se refere à espiritualidade, então, esse é um assunto deixado de lado por estar à revelia pela ciência. Grande parte das universidades se desligou das pesquisas sobre o espírito e a espiritualidade. Essa mesma ciência que vem há algum tempo fazendo promessas de remédios e tratamentos milagrosos para a cura de doenças terminais, como o câncer, por exemplo e reacendendo a chama de esperança no coração de milhares de crianças, jovens, adultos e idosos e de suas respectivas famílias, não consegue ver a espiritualidade como um atributo que faz parte da essência do ser humano.

A espiritualidade, por sua vez, também se reveste de certo ressentimento em relação à ciência. Enquanto isso, o homem se digladiava com seus semelhantes por causa de territórios, petróleo, armas, poder, atraindo para o nosso planeta novos males incuráveis, vírus cada vez mais poderosos e desconhecidos, promovendo a **barbárie**.

Germano (2006) nos convida a pensar numa **sensibilidade solidária** tanto em nível científico como em nossas ações em relação com os outros humanos. Já Morin chama a atenção dos cientistas dizendo:

[...] é preciso pensar que o desenvolvimento da *big science* leva a um saber anônimo que não é mais feito para obedecer à função que foi a do saber

durante toda história da humanidade, a de ser incorporado nas consciências, nas mentes e nas vidas humanas. (MORIN, 2002, p. 127).

Foi refletindo sobre estas questões que envolvem a vida, a humanidade e a ciência com o auxílio dos pensadores já citados além de outros autores, os quais faremos referência ao longo desta dissertação, que idealizamos a presente pesquisa, fruto de nossa inquietação diante da temática: ciência e espiritualidade. Como não se trata de uma temática nova, pois vem sendo discutida ao longo dos tempos também nos espaços acadêmicos, nos propomos investigar a conformação da ciência e da espiritualidade num diálogo com pacientes terminais para tentarmos compreender como os avanços científicos na área da medicina são entendidos por esses pacientes e como são incorporados às suas vidas na iminência da morte, no sentido em que observaremos como a espiritualidade é exercida por eles e quais instrumentos objetivos e subjetivos são utilizados para o enfrentamento desse momento do processo da condição humana chamado morte.

Nessa trilha reflexiva, ouvimos com certa frequência discussões acerca da impressionante relação entre as pesquisas e a história de vida do pesquisador, entre o sujeito e o objeto, entre a objetividade e a subjetividade na produção do conhecimento. Uns apontam para a dicotomia formada por cada uma destas díades, outros sinalizam para a não separação entre os dois elementos constituintes da investigação. Isso é que para nós mais se aproxima da pesquisa que empreendemos. Nela utilizamos a espiritualidade para tematizar a vida e a morte, o ser e a existência e suas relações com a ciência. Não negamos que o mistério sempre nos fascinou, mas na verdade nunca nos interessamos pelo tema morte; o que sempre tivemos curiosidade em estudar é o que há em torno dela: a dúvida, o medo, a dor, a esperança, a sensação de paz, o fim de um ciclo, o mistério, o inexplicável...

Vimos de duas famílias que sempre primaram pelas tradições e tiveram como marca o respeito aos mais velhos, o amor à terra, a valorização do conhecimento, a fé em uma força superior. Portanto, a religiosidade sempre esteve presente nessa junção de sertão e praia que nos conduziu a pensar na vida e sua finitude de forma singular, assim como também, é o espaço no qual nos formamos social e culturalmente. Com o sertão – aprendemos a gostar de ler; ler tudo: contos, poesias, romances, os evangelhos. Com a praia – aprendemos a ler, escutar e sentir a música, a pintura, a arte. Enfim, com ambos aprendemos – a viver a natureza e a observar as similitudes e as diversidades sociais e a condição humana articuladas com os avanços científicos, seus usos e abusos.

Por essa linha de reflexão, a temática que nos propomos discutir traz alguns aspectos inovadores para a sua discussão tanto nas Ciências Sociais, como para as Ciências da Saúde e apresenta-se para nós como bastante relevante a partir do momento em que provoca curiosidade e promove talvez novos debates em torno da polêmica inter-relação ciência e espiritualidade.

O que nos motivou a pesquisar sobre a temática foram duas grandes inquietações que acabaram levando-nos a uma terceira. A primeira surgiu de uma conversa com um jovem médico, que era nosso cliente na clínica psicológica. Esse médico muito bem conceituado, recém-chegado de um estágio com a principal equipe responsável no Brasil pelas pesquisas com células-tronco, falou-nos, durante uma das sessões, sobre sua angústia e frustração apesar de todo o conhecimento adquirido durante o curso de graduação, o tempo em que fora médico-residente e os cursos de pós-graduação (Mestrado e Doutorado), portanto, com uma vasta formação científica. Relatou o médico que tudo isto não fora suficiente para torná-lo forte, para tomar decisões sem sofrer ou sem se envolver com a situação do

paciente, no momento de dar a notícia ao paciente ou a família sobre o pouco tempo de vida que resta, mesmo dispondo ele dos indicadores da ciência necessários à confirmação de seu diagnóstico. Ele nos questionou: como fazer? Como agir diante da situação? Esse cliente levou-nos a pensar sobre o que é feito na formação médica em relação à questão da ciência e da espiritualidade no tocante a relação médico e paciente e, a morte.

A segunda motivação foram os relatos de algumas das experiências espirituais de proximidade da morte, vividas por três amigas, uma das quais faleceu em 2004, logo que iniciamos esta pesquisa.

A terceira inquietação surgiu como consequência das outras duas: a necessidade de um maior entendimento do que significa morrer, partindo-se de concepções filosóficas, sociológicas, antropológicas e religiosas, especialmente do que significa estar morrendo, o que a ciência tem a dizer, sobre o inexplicável fim da vida humana. E, também sobre a espiritualidade e o que ela pode ou não fazer para colaborar com a ciência nesse sentido. O momento de proximidade da morte talvez seja o mais difícil da vida do ser humano; lidar com o inevitável, com o reconhecimento do acabamento, do fim de sua unidade viva, com sua individualidade ameaçada.

Compreendemos que durante muito tempo o ceticismo científico não via a mínima possibilidade da ciência e da espiritualidade dialogarem para que juntas pudessem trilhar um caminho em busca dos males humanos, dos sofrimentos que não têm explicação científica extraída de laboratório. E, apesar de antiga, essa polêmica relação continua abrindo divisas não só nos espaços acadêmicos, mas também nos espaços religiosos, familiares e sociais sempre atrelada às

conformações culturais de cada sociedade em seu tempo e espaço histórico. Capra nos incita a pensar sobre essas relações e imbricações afirmando:

O fato de as duas mudanças em nosso sistema de valores afetarem muitas de nossas ciências parecer surpreendente aos que acreditam numa ciência objetiva, livre de valores. [...] Embora grande parte de suas pesquisas detalhadas não seja explicitamente dependente dos seus sistemas de valores, a estrutura mais abrangente dentro da qual essas pesquisas são atenuadas nunca será independente de valores. Os cientistas, portanto, são responsáveis não apenas intelectual, mas também moralmente por suas pesquisas. Desse ponto de vista, a conexão entre a Física e o misticismo é não apenas muito interessante mas extremamente importante. Mostra que os resultados da Física moderna têm aberto dois caminhos muito distintos para os cientistas trilharem. Eles podem nos conduzir – colocando o problema em termos extremos – ao Buda ou à Bomba, e cabe a cada cientista decidir que caminho escolher. (CAPRA, 1983, p. 19)

Contudo, vislumbra-se hoje a possibilidade de um diálogo entre a ciência e a espiritualidade. É comum lermos sobre ele em artigos de revistas e jornais e ouvirmos notícias na mídia falada, ao acessarmos a Internet, ou simplesmente nos reportarmos aos escritos de cientistas, líderes religiosos, místicos, terapeutas modernos. Embora reconheçamos que o conceito de espiritualidade seja compreendido e tratado de maneiras diferentes por diversos autores e pesquisadores dentre os quais, podemos destacar: Edgar Morin, Fritjof Capra, Teilhard de Chardin, Ted Peters, Aldo Natale Terrin, Jean-Yves Leloup, Roberto Crema, Leonardo Boff, Rubem Alves, Eduardo Cruz, Orivaldo Pimentel Lopes Jr., que vêm empreendendo esforços no sentido de viabilizar um diálogo entre a ciência e a espiritualidade, sem descartar as especificidades de suas formas de representação da realidade

Leonardo Boff (2001) aponta a espiritualidade como uma das fontes primordiais, mesmo não sendo a única, de inspiração do novo, de esperança, de geração de um sentido pleno e de capacidade de autotranscendência do ser humano. Para ele espiritualidade é tudo aquilo que produz dentro do ser humano uma

mudança. Afirma que nos tempos atuais a espiritualidade vem sendo descoberta como dimensão profunda do humano; como um espaço de paz no meio de conflitos e desolações sociais existenciais. Ressalta a experiência da espiritualidade de Jesus, enquanto religiosidade profunda e enquanto política como as verdadeiras pilstras que até hoje sustentam o cristianismo como caminho espiritual e como Igreja.

Boff, Roberto Crema e outros autores pertencentes às áreas de conhecimento da natureza e do ser humano percebem a espiritualidade como algo que estaria ligado com o transcendente. Dentre os líderes religiosos ele cita o Dalai-Lama, que considera uma das pessoas mais messiânicas dos tempos atuais. Cita ainda Teilhard de Chardin, místico e cientista moderno, para reafirmar que o ser humano é um templo de Deus, assim como a natureza e o universo.

A reflexão de Boff (2001), acerca do tema espiritualidade, enquadra-se numa relação com o Sagrado, com a mística. Contudo, ele procura deixar evidente que existe uma distinção essencial entre a religião e a espiritualidade, na qual a primeira estaria associada a crenças, dogmas, rituais; e a segunda, relacionada às qualidades do espírito humano – compaixão, amor, tolerância, capacidade de perdoar, solidariedade, contentamento, noção de responsabilidade e harmonia – que trazem felicidade para a própria pessoa e para os outros. Será que essas qualidades do espírito são importantes quando da conscientização da finitude da vida? Como a religião mescla-se da espiritualidade nos momentos finais da vida no processo de formação para a morte? Como os pacientes terminais a partir dos indicadores da ciência passam a exercer a sua espiritualidade? Como reagem ao medo da morte? Estas são questões que poderão ou não ser compreendidas nesse trabalho, mas com certeza serão pensadas.

No livro, **Pertencendo ao Universo**, Fritjof Capra e David Steindl-Rast (1991) dialogam sobre os confrontos existentes entre o pensamento dos “novos paradigmas” na ciência e na religião, que juntas oferecem uma visão holística e profunda do universo, baseada numa percepção da complexa natureza da verdade e do mito da objetividade. Como Boff, Steindl-Rast faz uma distinção entre a religião e a espiritualidade; e antes mesmo de fazer essa distinção, ele procura evidenciar que existe uma distinção entre “Religião”, com um R maiúsculo, e “uma religião”. Citando a análise comparativa feita por Panikkar sobre a Religião e a Linguagem, ele sinaliza que não se pode ter Religião exceto na forma de *uma* religião, assim como não se pode falar a Linguagem; fala-se *uma* língua. Seu pensamento assemelha-se ao de Weber, quando afirma que não é possível ter apenas Religião pura; como também não é possível falar a linguagem pura. Talvez, também, não seja possível hoje, falarmos de espiritualidade pura num mundo culturalmente místico e religioso, superlotado de conhecimentos híbridos fazendo com que possamos dizer que também, não há ciência, pura.

Nessa direção, afirma Steindl-Rast (1991, p. 26) que “religião deveria ser escrita com R maiúsculo para distingui-la das várias religiões. Religião é o sentido pleno de religiosidade da qual fluem todas as religiões”. Assim, no cotidiano, Religião torna-se espiritualidade; quando institucionalizada torna-se *uma* religião.

A espiritualidade seria então, para ele, a atuação dessa experiência de Religião em cada aspecto da vida diária, fazendo com que o significado simplesmente possa fluir (no ato de alimentar-se, no ato de escrever, no ato de cortar as unhas, etc.). Portanto, se a pessoa teve uma experiência de pico, aponta ele, livrou-se dela, e continua a viver como vivia antes, não houve nenhuma espiritualidade.

Podemos afirmar que a visão de espiritualidade de Steindl-Rast, segue a mesma linha de pensamento de Boff: espiritualidade é tudo aquilo que produz uma mudança qualitativa dentro do ser humano, e que flui a partir da experiência religiosa.

Com relação ao tema morte, Boff (2001) aborda-o da mesma maneira que aborda o tema espiritualidade. São temas que para o cristão só podem ser entendidos e explicados pela fé. Concorde que a morte é o fim da vida, e que ela marca a ruptura de um processo. Contudo, entende esse fim como meta alcançada e lugar do verdadeiro nascimento, pois ela cobre um aspecto apenas do homem e da morte: o biológico e o temporal. “O homem é mais que um animal, é mais do que *BIOS*; é mais do que o tempo porque ele suspira pela eternidade do amor e da vida”. (BOFF, 2002, p. 35) Por isso, para o homem, a morte não significa um fim-fim, mas um fim-plenitude e um fim-meta alcançada.

Para Edgar Morin (2002), espírito significa mente (*mind*). O espírito emerge e desenvolve-se na relação entre a atividade cerebral e a cultura. Segundo ele, o espírito é o organizador do conhecimento e das ações humanas; é generalista, poli competente, capaz não só de resolver, mas também de estabelecer problemas, inclusive insolúveis. Nada é mais fechado (no sentido de unir as partes separadas) que o espírito humano, cujo fechamento, contudo, permite a abertura. O espírito é organização do pensamento e energia da vontade.

Partindo-se desse conceito de espírito, a espiritualidade dentro da visão de Morin não tem o mesmo significado que o dos autores supracitados. Ele deixa claro que o espírito não é apenas uma superestrutura, mas uma emergência da extraordinária conjunção organizadora entre o cérebro humano e a cultura. Essa emergência, afirma Morin, dotada de propriedades novas em relação ao que

produziu, não somente faz surgir as mais ricas qualidades do ser humano, mas manifesta surpreendentes poderes através das magias, dos xamãs e dos desenvolvimentos inusitados das técnicas.

O espírito, sinaliza o pensador, é um complexo que comporta o psiquismo, noção que revela a sua subjetividade afetiva. A alma humana emerge a partir das bases psíquicas da sensibilidade, da afetividade; é intuitiva, ressentida e presente. Alma e espírito são emergências de virtudes complexas, de fenômenos de totalidade, e, por isso, não podem sobreviver à morte, que é a desintegração de tudo e a dispersão dos seus elementos. Para ele, é na morte que se encontra a maior ruptura entre o mundo humano e o mundo biológico. A morte é o nosso destino cósmico, físico, biológico, animal; e é, ao mesmo tempo, a nossa ruptura psicológica, mitológica e metafísica radical com esse destino. A morte é a fonte mais profunda da mitologia humana. Por isso a consciência humana da morte é de que ela não é somente a decomposição de um corpo, mas é, ao mesmo tempo, um buraco negro onde se aniquila um sujeito, pela perda da sua individualidade.

A morte é o esperado, não é o paradoxo. O paradoxo, o incomum, é a vida. A morte é o caminho natural; o equilíbrio. A ordem necessita da desordem. A sociedade só existe, enquanto organização, pela morte, por causa da morte e na morte. A cultura só tem sentido porque as gerações morrem.

A espiritualidade, esclarece Morin, não é descolada da morte; somos nós que damos cor. O que há de comum entre vida e morte, espiritualidade e materialidade é exatamente a humanidade.

Embora o pensamento de Boff e o de Morin apresentem algumas divergências, percebe-se que nem Boff, nem tampouco Morin defendem o dualismo alma e corpo. Morin vai nos conduzir no entendimento da compreensão da ciência

que para ele é elucidativa e há mais de três séculos vem promovendo progressos técnicos que vão da energia nuclear à engenharia genética, mas não consegue se pensar enquanto atividade pensante e consciente. Não tem sido capaz de religar seus próprios saberes para compreensão da vida na Terra.

Lopes Jr. sinaliza que a espiritualidade entendida como uma forma de ação e atitude diante do mundo pode ser chamada apropriadamente de **piedade**, como o fez Giambattista Vico.

[...] No princípio da Modernidade havia espaço para que filósofos e cientistas como Blaise Pascal, Isaac Newton e Giambattista Vico exercessem sua atividade intelectual em perfeita harmonia com sua fé. Vico, por exemplo, pôde terminar sua obra, *Princípios de uma ciência Nova* com a seguinte afirmação: “Em suma, de tudo quanto nesta obra se refletiu é de finalmente concluir-se que esta ciência traz indivisivelmente consigo o estudo da piedade, e que, se não formos piedosos, não poderemos ser verdadeiramente sábios”. (LOPES JR., 2003, p. 313).

Para o autor, embora a disjunção entre o pensamento racional e o mítico tenha provocado divergências incompatíveis na modernidade, o que tornou a ciência e a espiritualidade mutuamente excludentes, hoje tal afirmação soa como algo irracional. Sinalizando que tal disjunção foi construída socialmente, estando sujeita aos equívocos e ideologias que acompanham as construções sociais, Lopes Jr. argumenta que Vico pode estar certo, ser sábio é ser piedoso. Ele acredita que Vico certamente preferiu a palavra piedade pelo fato da palavra espiritualidade ser muito carregada de dualismo. Assim, tudo aquilo que se referisse a outra realidade, mantendo com ela algum tipo de relacionamento misterioso seria espiritual.

Falar sobre a existência ou não de uma outra realidade distinta do mundo material, ele afirma, é caminhar por um terreno delicado. A religião tem tentado dar conta desse discurso ao longo dos séculos. De acordo com Lopes Jr.:

[...] É difícil imaginar uma religião que não seja construída sobre uma série de “realidades paralelas” e destituídas de materialidade. No entanto, duas das mais representativas religiões da humanidade, o Judaísmo e o Cristianismo (e, de certo modo, também o Budismo), não possuíam, originalmente, uma perspectiva dualista de origem indo-helênica. Se nos abstermos da visão dualista, tão entranhavelmente presente no modo de ser moderno de ver o mundo, perceberemos que esta perspectiva é perfeitamente dispensável para entendermos estas religiões. (LOPES JR, 2003, p. 314)

O autor procura mostrar a postura não dualista do cristianismo, sinalizando que a fé inteira num **Deus-Homem**, que ressuscita **corporalmente** no terceiro dia após sua morte é considerada loucura para o pensamento grego. Esclarece, ainda, que a distinção feita entre carne e espírito no Novo Testamento leva frequentemente a se associar **carne com corpo** e **espírito com alma**. Porém, na tradição judaico-cristã o conceito de carne está mais próximo da natureza perecedoura e transitória da carne sem vida; já o espírito como fôlego divino só se visualiza em corpos. Assim, carne-espírito tem tudo a ver com a distinção morte e vida como condições do ser, e não com matéria e espírito.

Lopes Jr. aponta que o judaísmo e o cristianismo foram transformados em religiosidades dualistas pelo fato de terem associado alguns de seus conceitos com os conceitos de matéria e espírito, na busca de se fazer entendidas na hegemônica cultura grega.

Um outro autor que pode nos ajudar a pensar sobre esta questão conceitual a respeito da alma e do dualismo corpo e alma é James Hillman (1989). Hillman critica a psicologia quanto ao exorcismo que fez do estudo da alma. Profundo conhecedor da obra de Carl Jung – embora tenha seguido caminho próprio – foi também influenciado pelas idéias de Gaston Bachelard, fundando uma corrente de pensamento denominada de psicologia arquetípica.

Hillman defende que o desenvolvimento do processo psicológico implica necessariamente em dor, em sofrimento. Afirma que “é preciso que haja dor para que tomemos consciência de alguma coisa” (HILLMAN, 1989, p. 25). Diferentemente do que acredita ser feito na psicologia acadêmica, ele defende que a psicologia deveria ser a procura do *logos* da alma, este entendido enquanto **poder discernente da mente de criar um cosmos e dar-lhe sentido**. Para Hillman a psicologia ainda está presa à psicologia da teologia, aos dogmas sobre a alma estabelecidos pela tradição teológica (sobre a natureza e a imortalidade da alma, por exemplo), mas que pode se desprender destas concepções a partir de outras tradições de pensamento. Diz Hillman: “A alma não é dada, ela deve ser feita. E deve ser feita a partir da tradição em que você se encontra” (HILLMAN, 1989, p. 28).
Afirma ainda Hillman:

A patologia é o lugar que mantém a pessoa presa na alma, aquele tormento, aquela torção a qual você não pode simplesmente ignorar, não pode simplesmente seguir adiante de uma maneira natural, por há algo quebrado, torcido, doendo, que força uma reflexão constante – e um trabalho no sentido de Bachelard. Há um trabalho acontecendo o tempo todo, um fogo queimando, algo elemental ocorrendo. O analista que vem para a terapia com uma bagagem médica vê as patologias dentro de um enquadramento médico e lida com elas como problemas médicos a serem curados, sanados, tratados. Se você encara a patologia de uma perspectiva psicológica, você estará lidando com patologias e vendo nelas a forma pela qual a alma trabalha a si mesma. Então eu penso que a patologia é necessária para o trabalho da imaginação (HILLMAN, 1989, p. 32).

O autor nos fala de um determinado tipo de teologia: a dualista. Fala da necessidade de libertarmos a noção de alma também da psicanálise, do Vaticano, de Kant, de Descartes e de nossa própria experiência pessoal recolocando-a no mundo como a **alma mundi** dos platônicos. Para ele, as coisas também seriam **almadas**, tudo teria uma alma, uma imaginação que nos é dada. Ele explica que não se trata de antropomorfizar as coisas, nem tampouco de animismo primitivo; “e que

qualquer coisa é uma apresentação fenomenológica, com uma profundidade, uma complexidade, um propósito o mundo de reações, com uma memória, uma história – portanto ela é uma subjetividade” (HILLMAN, 1989, p. 137). Trata-se de “uma apresentação estética da forma como as coisas se apresentam e que, portanto elas estão de alguma maneira formadas, alçadas e falando à imaginação” (idem, p. 137).

Com base em discussões como essas, pretendemos conduzir esta pesquisa, buscando fazer uma leitura dos relatos de pessoas que estão enfrentando o processo de finitude da vida, tendo como referência as prováveis pontes, elos e conexões entre a ciência e a espiritualidade.

As estratégias metodológicas fundamentam-se no princípio da dialógica, que nos permite considerar os fenômenos de forma integrativa numa ordem, desordem interativa e organizativa de forma aleatória, mas ao mesmo tempo inteligível; cujo objetivo é a compreensão do fenômeno em estudo, no presente, impregnado de sua cultura, que embora aparentemente pareça ser carregado de antagonismos tem, no entanto, como um dos imperativos a unidade do conhecimento, engendrada no sujeito, em suas falas e em seu modo de ser e de encarar a vida e a morte.

Segundo Minayo (2000), a rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica do seu objeto: o aspecto qualitativo; pois implica considerar o sujeito de estudo; gente, em determinada condição social, pertencendo a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados. Além disso, temos que entender as concepções Saúde/Doença como frutos e manifestações de condicionamentos históricos e sociais que se vinculam a acesso, a serviços, tradições culturais, concepções dominantes veiculadas e a inter-relação de tudo isso. Tais concepções formam um fenômeno social não apenas porque expressam certo nível de vida ou porque correspondem a certas concepções

e práticas. Mas também porque são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário individual e coletivo.

Para auxiliar a nossa experiência sobre a escuta e a interpretação dos relatos estudamos não só Minayo, mas também Marie de Hennezel – psicóloga, com vasta experiência na área de tratamentos paliativos e Elisabeth Kübler-Ross médica suíça radicada nos Estados Unidos da América que realizou uma experiência de escuta e interpretação a partir de relatos de pacientes terminais.

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em duas dimensões: uma focada no referencial teórico e outra na pesquisa de campo em momentos concomitantes. As duas dimensões apontadas, embora tendo funções complementares, foram tratadas metodologicamente de formas diferentes no sentido em que a primeira nos serviu de suporte para a compreensão dos conceitos acerca da ciência, da espiritualidade e de pacientes terminais; e a segunda nos permitiu refletir sobre ciência e espiritualidade diante do enfrentamento da morte por meio do conteúdo dos depoimentos dos sujeitos.

A dimensão teórica foi tecida a partir de leituras e fichamentos de livros e artigos sobre a ciência e a espiritualidade, principalmente no que diz respeito aos pacientes terminais; no sentido de fazer uma pesquisa da visão sócio-antropológica e fenomenológica, com a finalidade de construir as reflexões acerca da vida e da morte e das marcas da ciência e da espiritualidade, que forem encontradas nos depoimentos.

Nossos procedimentos passaram por fichamentos das leituras de livros e artigos que abordavam o tema ciência, espiritualidade, pessoas com doenças terminais e morte, além das pesquisas na Internet. Assistimos também a documentários e filmes que tratavam do tema morte, dentre os quais: um

documentário do **Discovery Health**, sobre a história da morte; além dos filmes **Blade Runner: o caçador de andróides**, **Fildadélfia**, **Anjo de vidro**, **Dom Quixote: o cavaleiro solitário**, dentre outros, e que virão a ser usados no corpo da dissertação no momento oportuno.

A dimensão empírica foi desenvolvida tendo como instrumento básico para a “colheita” de dados uma conversa focal sobre os momentos da descoberta da doença até o momento no qual se deu a conversa.

Para a tessitura desse instrumento nos apoiamos em Minayo (2000), que trabalha com grupo focal, por ser uma técnica que viabiliza tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, já que se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área da saúde, bem como da área das ciências sociais; e em Kübler-Ross (1981), devido à experiência dessa terapeuta em entrevistas com pacientes terminais; nas quais procura focalizá-los como seres humanos, com seus temores, ansiedades e esperanças.

As conversas aconteceram na própria residência do sujeito. Estas conversas foram marcadas por telefone, onde explicávamos rapidamente o que estávamos pretendendo estudar e a importância do depoimento dele para a nossa pesquisa. No primeiro contato, explicamos mais detalhadamente o nosso trabalho e perguntamos ao sujeito se ele realmente estava disposto a conversar conosco. Após a aceitação do convite pelo sujeito, marcamos o horário do próximo encontro para a tomada do depoimento.

Este direcionamento de “colheita” de informações permite uma aproximação direta, próxima e enriquecedora; principalmente por ter sido realizada na residência, e não no espaço anônimo e limitado de um quarto de hospital.

Embora reconheçamos as limitações – conseqüentes da própria doença – os depoimentos colhidos muito nos ensinaram. Aprendemos com as agonias, os temores, a raiva, a esperança de sujeitos que apesar de nunca nos terem visto tiveram a coragem de desnudar-se por meio da verbalização de seus sentimentos e emoções.

Cabe aqui ressaltar que os momentos iniciais foram difíceis. Por mais que tivéssemos nos preparado para esta etapa nos perguntávamos: como iniciar a conversa? Como pedir para alguém que está morrendo que fale sobre o morrer sem pronunciar estas palavras? E pensamos que era melhor deixar acontecer; deixar que a conversa fluísse. E assim aconteceu.

Foi uma experiência bastante significativa, pois aprendemos muito com esses sujeitos; sobre como estão conseguindo enfrentar esse estágio final de suas vidas. Sobre isto Klübler-Ross (1998, p. 308) nos diz falando de sua própria experiência: “A morte em si é uma experiência positiva e maravilhosa, mas o processo de morrer, quando prolongado como o meu, é um pesadelo. Vai minando todas as nossas faculdades, em especial a paciência, a resistência e a equanimidade.” Já Albom, repetindo a fala de seu professor Morrie Schwartz em seus últimos dias de vida, nos informa que ele disse:

_ Morrer é natural [...] Se fazemos disso um cavalo-de-batalha é porque não nos consideramos como parte da natureza. Pensamos que, por sermos humanos, estamos acima da natureza. [...] _ Não estamos. Tudo que nasce morre. (ALBOM, 1998, p. 167)

Daí porque cremos na relevância deste estudo para a compreensão do processo final da vida que conduz à morte.

Interessante também, foi poder observar que mesmo se tratando de pacientes que sofriam da mesma doença – câncer, cada entrevista, cada conversa

teve o seu impacto próprio, particular, carregado de singularidades; ou seja, o impacto que sentimos a cada conversa foi totalmente diferente; tanto para nós, como para os sujeitos. Por isso acreditamos que fomos muito felizes em optar por esse tipo de abordagem metodológica dentro da visão de pesquisa qualitativa.

Como sinaliza Minayo (2000), neste tipo de pesquisa o envolvimento do entrevistador com o entrevistado, ao invés de ser tomado como um risco comprometedor da objetividade é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva; “pois contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum, que é condição ‘sine qua non’ do êxito da pesquisa qualitativa” (MINAYO, 2000, p. 124, *grifo da autora*).

O referencial teórico foi a argamassa fundamental para construir o objeto. Ele serviu como uma diretriz para a reflexão acerca do tema escolhido. Embora tivéssemos claro o nosso propósito para direcionar a condução da pesquisa, foi necessário, em muitos momentos, refazê-la. Para tanto, tivemos que rever o texto muitas vezes e acrescentar novas leituras, novas reflexões.

Retomamos a idéia de ciência e de sua aplicabilidade no tocante ao trato com pacientes terminais, uma ciência que esteja voltada para a prática humanitária da medicina; que resgate o espaço da sensibilidade. Uma ciência que entenda que o seu caminho e sentido não leva à eliminação da espiritualidade, não leva a negação de sentimentos nem de sofrimentos tendo em vista uma postura não dualista, bem resumida por Edgar Morin, quando diz que...

...o cérebro não explica o espírito, mas necessita do espírito para explicar-se a si mesmo; o espírito não explica o cérebro, mas necessita do cérebro para explicar-se a si mesmo. Assim, o cérebro só pode conceber-se via espírito, e este só pode conceber-se via cérebro. (MORIN, 1999, p. 84)

Também retomamos a idéia de espiritualidade; uma espiritualidade que nos possibilite ver a temporalidade das coisas, para entendermos que não estamos vivos apenas porque ainda não morremos, mas porque a vida se constitui numa oportunidade para crescermos, para aceitarmos nossas limitações, nosso envelhecimento e nossa mortalidade. E por assim pensarmos procuramos compreender como esses dois construtos humanos: a ciência e a espiritualidade estão presentes nos depoimentos de pacientes terminais, formando uma *unita-multiplex*.

Os sujeitos que compuseram a pesquisa foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: pacientes com diagnóstico de câncer, adultos, residentes na cidade de Natal/Rio Grande do Norte/Brasil, com acompanhamento médico sistemático e em perfeito estado de consciência, sem comprometimento fonoaudiológico (pois isto dificultaria a compreensão do relato do sujeito), com formação superior e considerados pela Medicina, através de indicadores científicos tais como radiografias, resultados de exames, entre outros, como pacientes terminais.

Para podermos selecionar os sujeitos a pesquisa foi apresentada em dois eventos na Universidade Federal do Rio Grande do Norte – a XII e a XIII Semana de Humanidades, realizadas, respectivamente durante os anos de 2004 e 2005 – nos quais foi solicitado que se algum dos presentes tivesse parente ou amigo que se enquadrassem naqueles critérios entrassem em contato com a pesquisadora. Das pessoas alistadas, foram selecionados seis sujeitos. Contudo, durante o tempo em que mantivemos contato com o médico que acompanhava os pacientes, dois deles morreram. Diante disto, apenas quatro sujeitos foram entrevistados.

A opção por adultos, com grau de instrução superior, deriva-se da constatação de que estes sujeitos podem responder por si mesmos, possuem o pensamento formal, e conseqüentemente uma linguagem mais elaborada, o que facilitaria a conversa; já que iríamos falar sobre um tema que, na nossa cultura, não está muito presente no dia-a-dia das crianças e dos adolescentes e é considerado com restrição até mesmo por adultos.

As leituras foram direcionadas durante todo o curso de Mestrado (nas disciplinas; e nos momentos de orientação). Elas nos possibilitaram construir um quadro teórico que deveria estar coerente com a problemática a ser pesquisada, formando, assim, uma unidade teórica capaz de nos fazer compreender a temática e de nos permitir explicá-la com certa clareza.

A bibliografia indicada foi um instrumento fundamental para trabalharmos a problemática em questão; principalmente as leituras que foram sugeridas na qualificação e no seminário de dissertação as quais foram incorporadas às já selecionadas dentre elas: **História da morte no ocidente**, de Philippe Ariés; **Psicologia arquetípica e Entre Vistas**, de James Hillman; **Imaginação é realidade**, de Robert Aven; **Do ser ao devir**, de Ilya Prigogine; **O alegre desespero**, de André Comte-Sponville; **Cenas Médicas: pequena introdução à história da Medicina**, de Moacyr Scliar. Todas essas leituras viabilizaram um melhor entendimento do procedimento metodológico que pensávamos desenvolver para realizarmos a pesquisa empírica.

Os instrumentos utilizados para a colheita de material empírico foram: um gravador pequeno, um bloco de anotações e caneta esferográfica. Optamos por gravar os depoimentos para que pudessemos conversar mais à vontade com o sujeito, sem ficarmos presos a perguntas estereotipadas.

Pensamos que assim a conversa fluiria naturalmente e poderíamos, também, fazer a leitura da linguagem não-verbal do sujeito durante a entrevista. É importante ressaltar que todos os sujeitos entrevistados foram consultados se poderíamos gravar a conversa. Na ocasião da mesma, um dos sujeitos solicitou que deixássemos uma cópia com ele; pois estava guardando tudo o que estivesse relacionado ao período da sua doença.

A conversa foi pensada a partir de um roteiro dialogal composto por questões abertas, mas que continham uma pauta para orientar a conversa. Essa pauta foi guiada por cinco pontuações que conduziram a análise:

a) o sujeito singular ideado como aquele que encontra sua maneira particular de se reconstituir, de se reorganizar para continuar vivendo, e de reencontrar as forças para poder chegar até a fase final da doença e da vida;

b) impactos do diagnóstico, onde procuraremos fazer a leitura do impacto causado pela notícia da doença em cada sujeito;

c) indicadores da ciência, ou seja, quais os instrumentos apontados pela Medicina para se chegar ao diagnóstico, e como o sujeito singular reagiu a ele;

d) marcas da espiritualidade onde verificaremos as expressões do espírito – dos sentimentos, da afetividade, da arte, da religiosidade – no enfrentamento da doença e a perspectiva real da finitude da vida;

e) medo da morte, aqui procuraremos ressaltar o que os sujeitos verbalizam com relação ao medo da morte.

Estas pontuações além de nos servir como guia na análise nos auxiliarão a compreender o que nos foi dito para podermos interpretar à luz dos fundamentos teóricos que selecionamos para a pesquisa.

Esta dissertação está estruturada, além dos elementos pré e pós-textuais, em quatro partes, o que possibilita oferecer aos leitores uma panorâmica da pesquisa. A primeira parte é esta introdução, através da qual problematizamos a temática de pesquisa, apontamos a metodologia e como será conduzida a estruturação do texto ao mesmo tempo em que sinalizamos objetivos, motivações, questionamentos, relevância e aportes teóricos.

Pretendemos, na segunda parte, intitulada: **Os caminhos da ciência e da espiritualidade, a doença e a morte**, mostrar os caminhos percorridos pela espiritualidade desde a Antigüidade, passando pelo Renascimento, até chegarmos à Modernidade, identificando os antigos paradigmas bem como os paradigmas contemporâneos, e as possíveis pontes existentes entre a ciência e a religião. Para isso nos apoiamos em autores como Ted Peters, Mircea Eliade, Aldo Natale Terrin, Eduardo Cruz, Silas Guerriero, João Emanuel Evangelista, Orivaldo Pimentel Lopes Jr. Falando sobre a doença e a morte, procuramos fazer uma incursão pela história da prática da medicina a partir de Hipócrates, além de um breve relato sobre a doença câncer. Definimos, na ocasião, o termo paciente terminal, mostrando como o médico lida com o apoio da ciência sobre a questão da morte e finalizamos discorrendo sobre o sentido que tem a morte no mundo ocidental apoiando-nos na arqueologia da morte realizada por Phillippe Ariès e na experiência terapêutica de Elisabeth Kübler-Ross.

Na terceira parte, como já explicitamos a forma metodológica de condução da pesquisa nesta introdução, tentamos em certa medida, descrever detalhadamente o caminho que percorremos para realizar a pesquisa teórica e empírica, apontando os critérios adotados, bem como os instrumentos e procedimentos utilizados na pesquisa de campo e também esclarecendo como foi feita a análise dos dados

colhidos; aqui enfocamos também como foram realizadas as conversas, o processo em si e sua concretização que vai sobre o título: **Ciência e espiritualidade: conversas com pacientes terminais**. Apontamos por outro lado, uma terceira voz nas leituras e releituras das conversas com esses pacientes e apresentamos os sujeitos com suas particularidades possíveis de serem informadas e os seus relatos, de acordo com as pontuações que elegemos para nos auxiliar na condução da análise e interpretação dos depoimentos. E, por fim, tentamos mostrar a possibilidade de um dueto entre ciência e espiritualidade, ancorados nos depoimentos dos sujeitos, procurando fazer uma articulação com a literatura, com o cinema e com a teoria.

A quarta parte são as considerações finais, nela procuramos fazer uma síntese de nossa compreensão sobre o que foi pesquisado e seus achados. Seria até desnecessário dizer que não temos resultados, pois buscávamos caminhos, pontes, espaços em movimentos que nos conduzissem a fazer reflexões sobre a ciência e a espiritualidade, tendo como foco reflexivo o processo que antecede a morte vivido por pacientes terminais.

Mesmo sabendo que não se trata de um tema novo para as Ciências Sociais e para a Saúde, ele nos ajuda a enxergar como a ciência e a espiritualidade estão presentes nos depoimentos, formando uma unidade de conhecimentos, embora se constitua apenas num recorte. Por isso, não acreditamos que seja correto fazer generalizações a partir dos resultados desse estudo. Além disso, diante de um universo bem significativo de pessoas com doenças terminais, selecionamos, para a pesquisa, pacientes terminais com câncer e colhemos os depoimentos de apenas quatro sujeitos.

Sendo assim, cada leitor encontrará motivos e meios para fazer novas considerações sobre a temática, que vimos, observamos e sentimos, parte de um todo que conseguimos explicar minimamente e de forma ponderada, mas que aqui está posto como uma luz para iluminar novas reflexões...

2 OS CAMINHOS DA CIÊNCIA E DA ESPIRITUALIDADE A DOENÇA E A MORTE

O computador e o cérebro são duas máquinas, mas uma é produzida, fabricada, organizada pela mente humana, saída de uma máquina cerebral inerente a um ser dotado de sensibilidade, de afetividade, e de autoconsciência. Nenhum espírito emerge do computador, mesmo numa cultura; já o cérebro tem a capacidade, pela mente de reconhecer-se como máquina e mesmo de saber que é mais do que uma máquina [...]. Os pensamentos mítico e mágico alimentam-se de símbolos, não apenas no sentido indicativo do termo, em que o símbolo identifica-se com o signo, mas no sentido quase mágico em que o símbolo contém a presença afetiva, mística, do que simboliza (a cruz) [...]. O pensamento estabelece uma dialógica entre o racional e o empírico, o lógico e o analógico, o racional e o mítico, o preciso e o vago, a certeza e a incerteza, a intenção e a ação, os fins e os meios. Por trás dessas dialógicas, há a dúvida, a vontade, a imaginação, o sentimento, a angústia diante do mistério do mundo. (MORIN, 2002, p. 98-101)

[...] O sagrado é intocável, inviolável, seja como objeto de estudo – se o sagrado é, por definição, aquilo que está ‘separado’, não pode ser profanado nem mesmo pelos sociólogos da última geração; também eles devem ‘tirar as sandálias’ antes mesmo de se aproximarem da sarça ardente –, seja como experiência que se consolida numa tradição e que se traduz numa auto-referencialidade dos próprios valores e posições básicas. (TERRIN, 1998, p.12)

A vida se sucede sem que o ser humano consiga enfrentar o processo de morte, ou a fronteira entre a vida e morte sem medo, sem sofrimento. A busca da espiritualidade fica sempre para um depois e atualmente a espera pelas explicações da ciência é uma realidade. Por isso, pensamos ser interessante iniciar esta parte fazendo uma retrospectiva histórica dos caminhos percorridos pelo processo de formação do conhecimento científico e pela espiritualidade desde a Grécia Antiga, passando pela Idade Média e pelo período do Renascimento – onde ocorreu a cisão entre esses dois domínios de conhecimento – até a Idade Moderna; quando se inicia toda uma campanha para banir o sagrado, através de um trabalho de dessacralização filosófica e tecnológica. Sabemos que a espiritualidade enfrenta inúmeras barreiras quando se faz necessário darmos a ela uma conceituação científica, o que só nos é possível se enveredarmos por uma explicação complexa, como vimos na introdução. Mas, vale a tentativa de sistematização especialmente

por termos começado nossa reflexão pelas epígrafes iniciais desta parte, as quais interpretamos como uma forma transdisciplinar de apresentação da temática.

2.1 A ESPIRITUALIDADE NA ANTIGÜIDADE, O PARADIGMA CARTESIANO E A CISÃO ENTRE A CIÊNCIA E A ESPIRITUALIDADE

Na Antigüidade, por volta do ano 700 a.C., a história do pensamento humano começa um período áureo; já que a Grécia fora a civilização mais evoluída dessa época. Os avanços arquitetônicos, que possibilitaram a geração de riquezas, de crescimento e progresso exigiam soluções práticas, não só para a arquitetura, mas também para a agricultura e a organização social. Daí o grande progresso da época na Física, na Geometria e na teoria política. Foi nesse período que um grupo de filósofos preocupou-se em definir a relação do homem com o mundo através da percepção. O grande questionamento era se o mundo existe porque o homem o vê ou o homem vê o mundo que já existe. Havia uma oposição dentro da própria esfera filosófica: de um lado, os idealistas, postulavam que a idéia forma o mundo; do outro, os materialistas, afirmando que a matéria que forma o mundo já é dada pela percepção. Surgem, então, três grandes filósofos – Sócrates, Platão e Aristóteles – que começam a especular em torno do homem e da sua interioridade.

Sócrates (469-399 a.C.), preocupou-se em estudar o limite que separava o homem dos animais. Postulava que a principal característica humana era a razão. A razão era a essência humana. A introspecção é característica da filosofia socrática, expressa no famoso lema **conhece-te a ti mesmo** – ou, melhor dizendo, torna-te consciente da tua ignorância. A psicologia serve-lhe de preâmbulo para a espiritualidade; a teodicéia, de estímulo à virtude e de natural complemento da ética.

Em teodicéia, estabelece a existência de Deus, primeiramente com o argumento teológico, formulando claramente o princípio: tudo o que é adaptado a um fim é efeito de uma inteligência; argumenta ainda em forma de esboço que; se o homem é inteligente, também deve ser inteligente a causa que o produziu. O seu argumento moral é de que a lei natural supõe um ser superior ao homem, um legislador, que a promulgou e sancionou. Deus existe, e é também Providência; governa o mundo com sabedoria e o homem pode propiciá-lo com sacrifícios e orações.

Platão (427-347 a.C.), discípulo de Sócrates, procurou definir um **lugar** para a razão no próprio corpo humano. Afirmava que a cabeça era esse lugar, pois era nela que se encontrava a **alma** do homem. Concebia a alma separada do corpo e acreditava que quando alguém morria, o corpo desaparecia, mas a alma ficava livre para ocupar outro corpo. A espiritualidade platônica liga-se, portanto, à simplicidade e à imortalidade da alma.

Aristóteles (384-322 a.C.), foi discípulo de Platão, mas discordava do seu pensamento. Para ele alma e corpo não poderiam ser dissociados. Acreditava que tudo aquilo que cresce, se reproduz e se alimenta possui a sua alma (**psyché**). Entretanto, os vegetais teriam a alma vegetativa, que se define pela função de alimentação e reprodução, e os animais teriam a alma sensitiva, que tem a função de percepção e movimento. O homem teria esses dois níveis e teria ainda a alma racional, responsável pela função pensante.

A teoria aristotélica da alma-forma é sugerida pela primeira vez no início do tratado **Da Anima** (Da alma), ao criticar a noção de alma-movimento:

Eis ainda ali uma obscuridade trazida por esta doutrina e pela maior parte daqueles que tratam da alma: é que eles unem e situam a alma no corpo, sem precisar em nada a razão desta união, nem como o corpo se comporta. Todavia, pode parecer que uma tal explicação seja indispensável, porque é em virtude de sua comunidade que um age e o

outro padece, que um é movido e o outro move; e nenhuma destas relações recíprocas pertence à coisas tomadas ao azar. Ora, estes filósofos se esforçam somente em explicar a natureza da alma, mas, no que concerne ao corpo que a recebe, não apresentam nenhuma determinação suplementar. (ARISTÓTELES, In: Da Alma, 407b 14-22).

Surge enfim, no tratado ***Da Alma***, a solução que fez a união substancial de corpo e alma consistir em atribuir ao corpo a função de matéria determinável e à alma a de forma determinante, ambas no mesmo gênero substancial.

Embora os três mais destacados filósofos da antiguidade apresentem características diferentes em suas teses sobre a espiritualidade, observa-se que há uma interação entre essas três posturas. Por vezes não fica claro o divisor entre o que vem de um e o que vem de outro. Considerando-se que Sócrates nada deixou escrito, percebe-se que sua filosofia perdurou nos diálogos de Platão, em que foi mencionado como um dos dialogantes. Por isso, não se sabe exatamente distinguir se certas nuances são de Sócrates, ou se são efetivamente da pena do seu versátil discípulo. Na verdade, se os antigos filósofos gregos não chegaram a concluir nenhuma ciência, eles colocaram, pelo menos, os fundamentos de todas.

Com a proximidade da chamada Era Cristã, surge um novo império que iria dominar não só a Grécia, mas também parte da Europa e do Oriente Médio: o Império Romano. Esse, apesar de perseguir duramente o Cristianismo por séculos, acaba por servir à sua difusão, tornando-o inclusive uma força religiosa e política dominante. O cristianismo consegue sobreviver às invasões bárbaras, que acontecem por volta do ano 400 d.C., levando à desorganização econômica e ao esfacelamento dos territórios, chegando a se fortalecer ainda mais, tornando-se a principal religião da Idade Média.

Cabe aqui ressaltar que no apogeu do Império Romano, a prática médica usual (como tratar dos ferimentos, das pústulas e excreções orgânicas) era um ofício

reservado aos escravos, já que aos nobres e cidadãos de primeira classe estavam destinadas as artes marciais.

É nesse período que a Igreja Católica Romana passa a monopolizar tanto o poder econômico e político, como o saber científico, e, conseqüentemente, o saber espiritual. Santo Agostinho e São Tomás de Aquino são os dois grandes filósofos que representam esse período.

Santo Agostinho (354-430), inspirado em Platão, também fazia a cisão entre alma e corpo. Contudo, acreditava que a alma além de ser a sede da razão, do pensamento, era também uma forma de manifestação divina no homem, e o elemento que ligava o homem a Deus. Por isso era imortal.

São Tomás de Aquino (1225-1274) viveu num período que prenunciava a ruptura da Igreja Católica; a Igreja e seus dogmas passam a ser questionados. São Tomás de Aquino encontra na teoria aristotélica – que pregava a mortalidade da alma e a sua relação de pertencimento ao corpo – a distinção entre essência e existência. Considerava como Aristóteles, que o homem, na sua essência, busca a perfeição através de sua existência. Entretanto introduziu a explicação religiosa para justificar seu pensamento. Ao contrário do filósofo grego, afirma que somente Deus seria capaz de reunir a essência e a existência, em termos de igualdade, e afirmava, ainda que a busca da perfeição pelo homem seria a busca de Deus.

Segundo São Tomás de Aquino as plantas têm uma alma (alma vegetativa: que se alimenta, cresce e se reproduz), como também os animais (alma sensitiva: que, a mais da alma vegetativa, sente e se move). À psicologia racional, que diz respeito ao homem, interessa apenas a alma racional. Além de desempenhar as funções da alma vegetativa e sensitiva, a alma racional entende e quer; pois de acordo com Tomás de Aquino, existe uma forma só e, por conseguinte, uma alma só

em cada indivíduo; e a alma superior cumpre as funções da alma inferior. No homem existe uma alma espiritual – unida com o corpo, mas transcendendo-o – porquanto além das atividades vegetativa e sensitiva, que são materiais, manifestam-se nele também atividades espirituais, como o ato do intelecto e o ato da vontade. A atividade intelectual é orientada para entidades imateriais, como os conceitos; e, por consequência, esta atividade tem que depender de um princípio imaterial, espiritual, que é precisamente a alma racional. Assim, a vontade humana é livre, indeterminada – ao passo que o mundo material é regido por leis necessárias. Portanto, a vontade não pode ser senão a faculdade de um princípio imaterial, espiritual, ou seja, da alma racional, que pelo fato de ser imaterial, isto é, espiritual, não é composta de partes e, por conseguinte, é imortal.

Como a alma espiritual, afirma o filósofo, transcende a vida do corpo depois da morte deste – é imortal – assim transcende a origem material do corpo e é criada imediatamente por Deus, com relação ao respectivo corpo já formado, que a individualiza. Mas, diversamente do dualismo platônico-agostiniano, Tomás de Aquino sustenta que a alma, embora espiritual, é unida substancialmente ao corpo material, de que é a forma. Desse modo o corpo não pode existir nem viver sem a alma. Também a alma, por sua vez, ainda que imortal, não tem vida plena sem o corpo, que é o seu instrumento indispensável.

Ao encontrar argumentos racionais para justificar os dogmas da Igreja, São Tomás de Aquino continua garantindo para ela o monopólio do estudo da mente (**alma/espírito**). Com a sua morte, inicia-se uma época de transformações radicais no mundo europeu. É o chamado período do Renascimento.

A descoberta de novas terras – a América, o caminho marítimo para as Índias, a rota do Pacífico – propicia a acumulação de riquezas pelas novas nações

que surgem: França, Itália, Espanha e Inglaterra. Esse período de transição faz emergir uma nova forma de organização econômico-social, juntamente com o processo de valorização do homem. Ocorrem transformações em todos os setores da produção humana; principalmente na Arte e na Ciência.

O avanço científico é surpreendente. Em 1564, Nicolau Copérnico revoluciona o conhecimento humano mostrando que a Terra não é o centro do universo. Em 1610, Newton estuda a queda dos corpos, realizando assim as primeiras experiências da Física moderna.



Figura 1: René Descartes (1596-1659)
Fonte; ABREU (2005, p.1)

Os avanços na reprodução de conhecimento propiciam o início da sistematização do conhecimento científico: começam a se estabelecer métodos e regras básicas para a construção da ciência. É neste período que René Descartes (1596-1659) postula a separação entre mente (alma, espírito) e corpo, afirmando

que o homem possui uma substância material, e uma substância pensante, e que o corpo, quando desprovido do espírito, é apenas uma máquina. O dualismo mente-corpo de Descartes possibilita um grande avanço nas ciências, principalmente na prática médica: o estudo do corpo humano morto, pela Anatomia e Fisiologia. Porém, tal avanço traz como consequência a ruptura entre religião e ciência, pois o corpo que era considerado sagrado pela Igreja, por ser a sede da alma, torna-se dessacralizado pela ciência.

Inicia-se, então, uma crise paradigmática profunda, consequência do antagonismo **Fé/Razão**. A ciência que surge elabora os princípios e métodos que iriam construir o novo paradigma de um conhecimento doravante separado e emancipado da política, da religião, da arte, da moral e da própria filosofia.

Não podemos negar as conquistas indiscutíveis da ciência e a cura de um número crescente de doenças, o que se tornou possível a partir do estudo do corpo humano. Contudo, a ruptura proporcionada pelo pensamento cartesiano (a dissociação razão-emoção) ancorou a medicina num projeto ambicioso de modelo matemático. Ou seja, à medida que a ciência avançava, a subjetividade perdia espaço. Morin, reforçando esse pensamento, chama atenção dizendo:

Mas o conhecimento científico é antes de tudo e cada vez mais aos olhos de todos, fecundo e eficaz. Progride de descoberta em descoberta, de elucidação em elucidação, de previsão em previsão, de manipulação em manipulação. Os triunfos rápidos do novo conhecimento do mundo físico acarretaram a proliferação dos trabalhos científicos e, no movimento, a ciência autonomizou-se e institucionalizou-se (MORIN, 1998, p. 76).

2.2 A ERA MODERNA E A RACIONALIDADE

No século XIX o avanço da ciência torna-se necessário. O crescimento do capitalismo traz consigo o processo de industrialização, para o qual a ciência deveria dar respostas e soluções práticas no campo da técnica. Por isso há um impulso muito grande para o desenvolvimento da ciência, enquanto sustentáculo da nova ordem econômica e social e dos problemas colocados por ela.

Antes, na sociedade feudal, o homem tinha seu lugar social definido a partir do nascimento: a razão era submetida à fé como garantia de centralização do poder; o homem vivia num mundo natural, organizado e hierárquico; a visão que tinha do mundo era de um universo estático. Devido à necessidade de abastecer e produzir cada vez mais, o capitalismo possibilitou a busca de novas matérias-primas na Natureza, criou necessidades, contratou o trabalho de muitos que, por sua vez, tornavam-se consumidores daquilo que produziam; questionou as hierarquias para derrubar a nobreza e o clero de seus lugares estabilizados há tantos séculos. O universo, o sol e o homem foram postos também em movimento. O homem deixou de ser o centro do universo, passando a ser concebido como um ser livre, capaz de construir seu futuro. A racionalidade do homem apareceu como a grande possibilidade de construção do conhecimento. A burguesia surgia como nova classe social e econômica e defendia a emancipação do homem para também emancipar-se. E para poder transformar o universo era preciso quebrar a idéia de estabilidade; era preciso questionar a Natureza como algo dado, para viabilizar a sua exploração em busca de matérias-primas.

Estavam dadas, portanto, as condições materiais para o desenvolvimento da ciência moderna. As idéias dominantes fermentaram essa construção: o

conhecimento como fruto da razão e a possibilidade de desvendar a Natureza e suas leis pela observação rigorosa e objetiva. A busca de um método rigoroso, que possibilitasse a observação para a descoberta dessas leis, apontava a necessidade de construção de novas formas de produzir conhecimento pelos homens, que não seria mais determinado pelos dogmas religiosos e/ou pela autoridade eclesial. Sentiu-se necessidade da ciência. Surgem, nesse período, homens como Hegel, que demonstra a importância da História para a compreensão do homem, e Darwin, que enterra o antropocentrismo com sua tese evolucionista. A própria Filosofia procura adaptar-se aos tempos modernos, com o surgimento do positivismo de Augusto Comte, que postulava a necessidade de maior rigor científico na construção dos conhecimentos nas ciências humanas, propondo então o método da ciência natural – a Física – como modelo de construção do conhecimento.

A medicina torna-se essencialmente classificatória, em que tudo aquilo que se referia ao sujeito doente – a queixa, a história de vida, o ambiente – devia ser descartado. As doenças passam a ser estudadas como entidades naturais, destacadas de quem as abrigavam, como uma espécie animal ou uma planta.

A arte do século XIX também nos indica elementos para se refletir sobre a morte e a racionalidade como podemos observar no quadro **O Doutor**, de Samuel Luke Fields, segundo Bezerra

Fields, ao pintar a criança enferma, inspirou-se no drama que viveu com o falecimento de seu filho no dia de Natal de 1877. Na verdade, o quadro foi uma homenagem do pintor ao médico que assistiu seu filho na hora da morte. (Bezerra, 2002, p. 108)

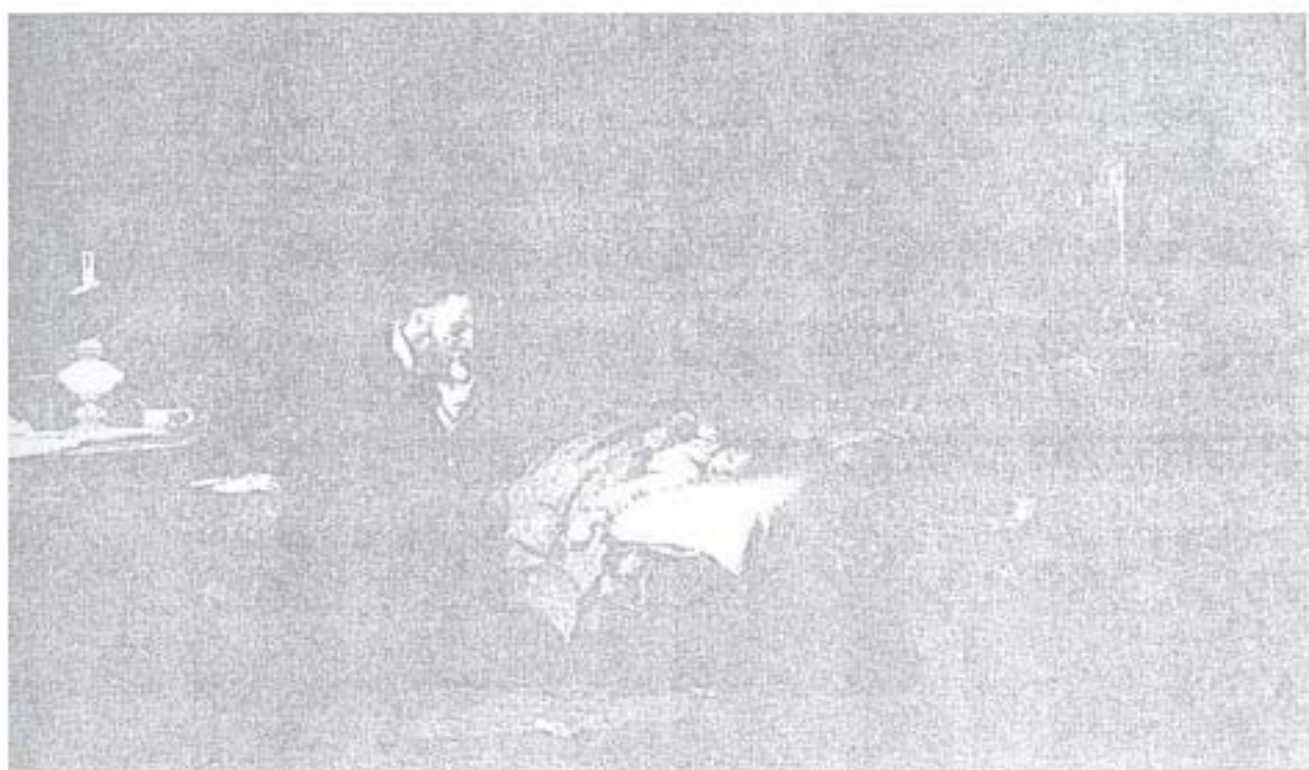


Figura 2 - O Doutor
Fonte: Bezerra (2002, p. 108)

Observamos que o Doutor diante da criança enferma deixa transparecer uma atitude de quem está a pensar sobre o que vê; o doutor parece refletir diante da sua impotência por não poder salvar a vida da criança. Assim, podemos perceber através da arte que mesmo com os avanços da ciência, o sofrimento diante da morte permanece; apesar da razão começar a tomar o lugar da emoção.

A poesia é também uma manifestação estética que evidencia o quanto podemos expressar, por meio da arte, nossas pulsões. Gravos defende a idéia de que "a poesia é uma prova da disposição humana, na maioria das vezes inconscientes, no sentido de superar os freios emocionais que nos são impostos

desde a infância” (GRAVOS, 2006, p. 1). Afirma, ainda, que ela é uma eficiente resposta às amarras morais que nos revestem com os andrajos do medo e da insegurança, que nos condenam muitas vezes a uma existência permeada de conflitos não resolvidos. E percebemos a não aceitação da morte pela espécie humana como um conflito não resolvido.

Dentre os polêmicos poetas românticos ele destaca a figura de William Blake (1757-1827), autor de uma obra que não guarda apenas a característica de exaltar os valores da subjetividade, mas distila também uma forte crítica ao capitalismo e à religião, como podemos observar no poema:

O Jardim do Amor

Eu fui ao Jardim do Amor,
E vi algo jamais avistado:
No centro havia uma Capela,
Onde eu brincava no relvado.

Tinha os portões fechados, e “Proibido”
Era a legenda sobre a porta escrita.
Voltei-me então para o Jardim do Amor,
Que outrora dera tanta flor bonita,

E vi que estava cheio de sepulcros,
E muitas lápides em vez de flores;
E em negras vestes hediondas os Padres faziam rondas,
E atavam com nó espinhoso meus desejos e meu gozo.

No poema, Blake fala que a morte e a dor nascem da proibição, da censura e do impedimento de vivermos nossos desejos. Sobre esses versos Gravos comenta que quando o corpo é tolhido, restam apenas as pedras frias que recobrem um jardim outrora marcado pela beleza. Na visão do poeta, explica ele, o homem alienado em sua própria carne, recorda um outro tempo, cujas marcas de liberdade e pleno prazer deixaram-lhe lembranças indeléveis. A verdadeira religião, capaz de religar o homem ao seu estado original, “está proibida àqueles que são puros de

coração – como o próprio poeta-criança, que brinca, em seu sonho, no gramado” (GRAVOS, 2006, p. 2).

2.3 A ESPIRITUALIDADE NA ERA MODERNA E O RETORNO DO SAGRADO

A Modernidade inverteu o axioma ***fora da religião não há solução*** e impôs um novo dogma: ***fora da razão não há solução***. Depois de Descartes e de Kant tudo passou a ser “pensável”. A ciência nasce com a incumbência de desmistificar e desmitologizar o mundo moderno. Não podemos negar, é claro, os progressos oriundos da razão instrumental. A qualidade de vida no mundo melhorou consideravelmente, mas a bandeira da razão instrumental, defendida pelo progresso científico e tecnológico, trouxe também sua própria destruição; principalmente a destruição do sonho.

A modernidade instrumental criou indivíduos obcecados pelo poder; criou um mundo onde as árvores, as montanhas, os lagos e mares, os pássaros, os seres humanos, a natureza enfim, passaram a ser vistos apenas como fonte de lucro. Então, a experiência do encantamento, do fascínio pelo belo, pelo misterioso, deixou de ter sentido.

A verdade é que a ciência não conseguiu – como se pensava – resolver todos os problemas da humanidade; mas ao contrário, mostrou o seu lado perverso e destruidor. O triste e trágico episódio acontecido em Hiroshima e Nagasaki plantou a semente do medo e de insegurança na humanidade, passando a humanidade, como reflete Comte-Sponville a perceber que é mortal

[...] a partir de Hiroshima e pela primeira vez na história dos homens, a humanidade dispõe dos meios para sua própria destruição. É um acontecimento considerável na história da humanidade: a humanidade inteira pode suprimir a si mesma! [...] Após a Segunda Guerra Mundial, após Hiroshima, não são apenas as civilizações que são mortais, mas é a própria humanidade. (COMTE-SPONVILLE, 2002, p. 30)

O tão esperado sonho de liberdade caiu por terra. O Homem Moderno percebeu que não era tão livre como pensara ser; a liberdade não era para todos. Descobriu-se como um ser fragmentado, solto no tempo e no espaço, carente de explicações acerca de sua existência no mundo e sem controle de suas próprias criações.

A humanidade, desde os primórdios, sempre necessitou de um ponto de apoio em que pudesse depositar sua esperança de ser feliz. Nessa busca, os homens percorreram caminhos dos mais diversos; dentre esses muitos caminhos encontra-se o caminho do sagrado.

O sagrado manifesta-se sempre como uma realidade inteiramente diferente das realidades “naturais”. Estudiosos como Aldo Natale Terrin e Mircea Eliade interessaram-se por estudar esse fenômeno diferente partindo também de diferentes concepções: históricas, sociais, psicológicas, antropológicas. Mircea Eliade procura apresentar o fenômeno do sagrado em toda sua complexidade.

A primeira definição que se pode dar ao sagrado é que ele se opõe ao profano. O homem toma conhecimento do sagrado porque este se mostra como algo absolutamente diferente do profano. Na verdade, o sagrado é fundamental, porque traz uma dimensão moral para a existência humana. A dessacralização da religião caracteriza a experiência do homem moderno. Para ele ou para a consciência moderna um ato fisiológico – como o alimentar-se, a sexualidade, a morte – são simplesmente fenômenos orgânicos. Porém, para o homem religioso, à semelhança

do homem “primitivo”, tais atos não se constituem simplesmente de fenômenos fisiológicos; mas são ou podem tornar-se uma comunhão com o sagrado.

A experiência do sagrado caracteriza-se pela ruptura com o ordinário da vida. Arranca as pessoas do cotidiano comum e as transporta para uma atmosfera diferente. Abre-se para um mistério maior, para uma realidade transcendente, para um universo que escapa à compreensão humana.

O sagrado não é transcendente nem é Deus, mas desvela, revela, aponta para o transcendente, para Deus. Melhor dizendo, é uma das experiências humanas que desperta as pessoas para a transcendência. Enquanto mantiver essa tensão, o sagrado favorece a experiência verdadeira de Deus. No momento em que perde sua força provocadora, seculariza-se, ou, no momento em que se deixa apoderar pelo ser humano como uma força manipulável, corrompe-se. Portanto, o sagrado somente conservará sua forma de fascínio se mantiver essa janela aberta para a transcendência, sem se identificar com ela.

Para Eliade, o homem moderno não consegue abolir completamente o comportamento religioso; mesmo a existência mais dessacralizada conserva ainda os traços de uma valorização religiosa do mundo. Como exemplo pode-se citar a experiência do espaço sagrado.

Para o homem religioso, o espaço sagrado é não-homogêneo; o único que é real. É a **rotura** operada neste espaço, diz Eliade (2001, p. 26), que permite a constituição do mundo; porque é ela que opera o **ponto fixo**, o eixo central de toda a orientação futura. **A manifestação do sagrado funda ontologicamente o mundo.** Pois na extensão homogênea e infinita, onde não é possível nenhum ponto de referência, e onde, portanto, nenhuma orientação pode efetuar-se, a **hierofania** (manifestação do sagrado) revela um **Centro**.

Na experiência do espaço profano ainda intervém valores que, de certo modo, lembram a não-homogeneidade específica da experiência religiosa do espaço. Existem locais privilegiados qualitativamente diferentes dos outros que guardam, mesmo para o homem assumidamente não-religioso, uma qualidade **única**: são os **lugares sagrados** do seu universo privado, como, por exemplo, a paisagem da terra natal, os sítios dos primeiros amores, a primeira cidade estrangeira visitada na juventude, etc.

A igreja é um espaço sagrado totalmente diferente. Trata-se de um recinto aonde o mundo profano é transcendido. No interior do recinto sagrado, torna-se possível a comunicação com os deuses; conseqüentemente deve existir uma **porta** para o alto, por onde os deuses podem descer à Terra e o homem pode subir simbolicamente ao Céu.

Na verdade cada um busca o seu modo próprio de vivenciar o sagrado com base em seu repertório sócio-cultural. A experiência do sagrado não necessita de explicações racionais, lógicas; ou se vive, ou não se vive. Conversando com pessoas que já atravessaram momentos críticos, de pico – que já estiveram no limite entre a vida e a morte – percebemos que elas afirmam que quando vivenciada, a experiência sagrada abala a noção de identidade e instiga a mudança interior. *A experiência sagrada refaz a nossa ligação com a vida e ajuda-nos a enfrentar a morte*, (palavras de um paciente terminal). Alguns falam até em **afrontar** a morte.

Em suas falas, alguns pacientes com doenças graves, explicitam que quando se sentem mais espiritualizados conseguem lidar melhor com a doença; embora não deixem de sentir medo ou dor. Contudo, esses momentos são vistos como partes do processo vital, de uma forma bem tranqüila; o que facilita a assimilação da finitude.

Para entendermos o **retorno do sagrado** no mundo contemporâneo nos reportamos ao pensamento de Mircea Eliade e Aldo Natale Terrin (2004). Terrin defende a tese de que ***os fenômenos religiosos, para poder manter a própria e verdadeira identidade, devem ser estudados em escala religiosa***. Afirma que não é possível pensar em um estudo dos fenômenos religiosos, principalmente quando se trata do sagrado, dissociado da fenomenologia ou da antropologia da religião. Tal estudo, quando desenvolvido por meio de métodos não religiosos e interpretações feitas somente à luz da história, da sociologia ou da psicologia, por exemplo, embora importantes e necessários, contemplam uma visão reduzida do mundo religioso.

Mircea Eliade encontra-se entre aqueles que defendem a tese de que a religião deve ser estudada a partir de critérios religiosos. Para ele o sagrado não se submete a nenhum reducionismo das ciências sociais, psicológicas e históricas porque faz parte de uma categoria que não pode submeter-se à análise científica.

A crise da racionalidade ocidental vai renovar a busca pelo sagrado nas mais diversas modalidades. No campo religioso percebe-se uma forte tendência à gnose e à idéia de **pan**¹. A essência das religiões passa a ser a busca de harmonia com a natureza e, de forma geral, com o **pan**.

Nos anos 60, as revoluções comportamentais moldam o ambiente propício ao chamado fenômeno da Nova Era; um fenômeno que teve início na Inglaterra e nos Estados Unidos, chegando ao Brasil nos anos 70. Como aponta Evangelista:

O pensamento pós-moderno instauraria uma nova modalidade de "racionalidade" e de cultura, que é a expressão de um conjunto de transformações econômicas, sociais e políticas, produzindo uma mudança qualitativa nas instituições da sociedade moderna. Assim, o pensamento

¹ Idéia que defende que partículas divinas estariam por toda parte, exalando energias cósmicas que produzem prazer no homem. Essas partículas seriam as fontes de prazer e da sensação.

pós-moderno significaria, simultaneamente, uma crítica e uma ruptura com a modernidade, com implicações que atingem desde a vida cotidiana até a produção do conhecimento social. (EVANGELISTA, 2000, p. 61)

A Pós-Modernidade pode ser entendida como o conjunto de características que demarcam uma nova **era histórica**, o fim da modernidade do mundo contemporâneo e uma nova maneira de ver e se ver no mundo. Tendo sido gerada na Modernidade, assim como a Revolução Francesa o foi no Absolutismo e no Protestantismo, ela representa, por um lado, uma ruptura com a Modernidade, e por outro, uma simples continuação de um processo transformador que começou antes mesmo dessa Modernidade.

Como conseqüência da ausência de uma verdade objetiva e de um deus pessoal, a Modernidade faz surgir uma visão ecumênica das religiões. As religiões dirigem-se agora às emoções do homem. O foco deixa de ser a busca da **crux** e da **salvação eterna**, como era antigamente, e passa a ser a busca do prazer e da cura de alguma doença corporal. Enquadram-se nesse campo os movimentos pentecostais, o espiritismo, a renovação carismática católica, protestantes de diversas linhas, etc. Com relação às práticas místicas tudo é aceito: astrologia, numerologia, quiromancia, tarô, cristais, etc. Além das práticas orientais como ioga e meditação, há também uma revitalização de tradições religiosas díspares, incluindo as de origem judaico-cristã. A Modernidade ressuscitou deuses em tudo. Deus passou a ser uma energia que move todo o Universo. Não mais um deus comunidade e fraternidade, mas um deus impessoal.

O ser humano deixa de se preocupar com o outro e passa a preocupar-se exageradamente consigo mesmo. O que importa agora é um corpo bem cuidado, o prazer, a liberdade, a ética pessoal, o bem-estar. É a chamada sociedade do bem-estar que só existe para uns poucos; pois a grande maioria tornou-se excluída numa

sociedade onde coisas antigas se misturam às coisas novas: computadores, realidade virtual, telefone celular, Internet, pirâmides, cartomantes, ioga, religiões orientais. Há uma busca imensa de felicidade pessoal. O individualismo e a indiferença passaram a ser a marca registrada desse tempo.

Sobre essa mudança o pensamento de Evangelista ajuda-nos a refletir:

É inegável que são muitos os enigmas que emanaram do desenvolvimento histórico da sociabilidade humana contemporânea e que é igualmente premente a sua decifração intelectual. Dentre as múltiplas problemáticas, destaca-se a questão da constituição da individualidade, num processo de entrecruzamento relacional das dimensões sociais e psíquicas e dos condicionantes objetivos e subjetivos, que estão presentes na formação histórica do indivíduo e sua passagem à condição de sujeito na sociedade capitalista. Para essa análise, a esfera da cultura apresenta a maior relevância e possui uma importância decisiva no seu deslindamento. (EVANGELISTA, 2000, p. 59)

Ocorre nesse período contemporâneo um verdadeiro despertar do sagrado, nas mais variadas formas de expressão. Pensamos que isso talvez de deva ao fato de que, para algumas pessoas, o sagrado tem um caráter fascinante: ele rompe com a normalidade do cotidiano e nos transpõe para uma outra realidade, para além da materialidade das coisas e extrapola os limites do tempo e do espaço. O sagrado exerce sobre o homem – independente da época em que esteja vivendo – um poder arrebatador, que ora amedronta e atemoriza, ora atrai e seduz. Ele emerge no cotidiano da vida levando o homem à admiração, fascinação, encantamento diante dos fenômenos da natureza, de acontecimentos e experiências marcantes ou detalhes inesquecíveis que ultrapassam as contingências e a transitoriedade do tempo.

A cultura moderna tentou, de várias maneiras, banir o sagrado através de um trabalho de dessacralização e secularização filosófica e tecnológica, procurando

explicar tudo pela razão. Tal processo conduziu a um florescimento de muitas instâncias sagradas; algumas até um tanto problemáticas.

Autores como Mircea Eliade e Aldo Natale Terrin procuram dialogar sobre esse **retorno** à luz de novas propostas paradigmáticas, que rediscutem o antigo duelo entre ciência e fé, razão e religião, permitindo o questionamento sobre qual o sagrado que de fato retorna.

O fato é que, o retorno ao sagrado surge como uma conduta necessária ao homem moderno, sedento de necessidade de participar das mudanças espirituais de sua época e desejoso de tornar-se capaz de não apenas conhecer-se, mas de compreender a si mesmo e ao mundo em que está vivendo. O retorno do sagrado permite colocar os fundamentos de visão renovada, embora eterna, do mundo.

2.4 AS PONTES ENTRE A CIÊNCIA E A ESPIRITUALIDADE

Desde os primórdios o homem percebeu que existem forças que transcendem o seu domínio e passou a respeitar, a temer e a se subjugar diante das ameaças dos fenômenos da natureza, da conjunção dos astros e da incerteza do futuro. Por causa disto nasceram as crenças, os mitos, os deuses, as magias, os sortilégios, o misticismo. Surgiram os templos e igrejas com suas liturgias, seus sacerdotes e as **instituições religiosas** prosperaram.

O antigo jargão popular **religião não se discute**, hoje já não é mais aceito. Afinal, se aceitássemos tal afirmação estaríamos perdendo a oportunidade de compreender mais amplamente a nós mesmos. Como afirma Vygotsky (1991), apenas nós, seres humanos, possuímos a capacidade de produzir símbolos e construir mundos que só existem em nossa imaginação; transcendentem da

experiência sensorial e empírica; característica que nos diferencia das demais espécies.

Dentre os muitos atributos que fazem parte da essência do ser humano encontram-se a espiritualidade e a busca pelo conhecimento científico ou a verdade absoluta acerca das coisas do mundo. Autores como Ted Peters, Gaymon Bennett, Eduardo Cruz, Rubem Alves, Orivaldo Pimentel Lopes Jr. dentre outros, chamam atenção para o fato de que mesmo se tratando de domínios diferentes existe a possibilidade de construir pontes entre ambos os domínios; que é possível um dueto harmonioso – tal como acontece em uma sinfonia – entre essas duas áreas de conhecimento do ser humano.

Como já apontamos anteriormente, a religião consiste num conjunto de crenças e dogmas; implica numa organização institucional com maior ou menor participação do indivíduo. Ela é filha da religiosidade, ou espiritualidade, que é mais ampla e fluida, sem forma definida. Cada pessoa pode ser caracterizada por sua religiosidade, suas crenças particulares e práticas relativas à sua religião. Porém essas práticas e crenças muitas vezes não mantêm um vínculo estreito com a espiritualidade.

A vivência espiritual comumente é uma vivência subjetiva, individual, particular, que algumas vezes pode ser compartilhada com os outros. Espiritualidade não envolve, necessariamente, religião. Trata-se de um conceito complexo e multidimensional.

Para uns, a espiritualidade se manifesta ou é vivenciada em um momento de ganhos materiais prazerosos tão simples como, pisar na relva descalço ou caminhar pela noite, solitário; para outros será um momento de contemplação, de meditação;

uma reflexão profunda sobre o sentido da vida; uma sensação íntima de conexão com o que pensa amar ou um contato psíquico com seres espirituais.

Silas Guerriero (2005), sinaliza que a espiritualidade se manifesta em três domínios, pelos quais podemos sistematizar sua avaliação com critérios científicos: os domínios da **prática**, das **crenças** e o da própria **experiência espiritual**.

Na **prática**, ela acontece quando se exercita a contemplação, a meditação, a prece ou uma atividade de culto religioso.

O domínio das **crenças** varia com a cultura e inclui a crença na existência de Deus, da Alma, da vida após a morte e da realidade da dimensão espiritual para além do nosso conhecimento sensorial e intelectual.

Com relação ao domínio da **experiência espiritual**, há uma série enorme de situações que parecem sugerir contato direto com a espiritualidade. Incluem-se aqui, por exemplo, aquelas vivências rotineiras, representadas pelo encontro íntimo e pessoal que cada um faz com o transcendente e o sagrado, e aqueles quadros frequentemente mais dramáticos, quase sempre súbitos, acompanhados de forte transformação pessoal que se seguem a um acontecimento psíquico marcante na vida. Incluem-se também nesse domínio os relatos de experiências de quase morte e as projeções fora do corpo físico – citadas por Elisabeth Kübler-Ross (1998) – onde o indivíduo transita com sua consciência por outras dimensões, vivenciando a plenitude da vida espiritual.

Henry Sobel (2004), presidente do rabinato da Congregação Israelita Paulista, procura definir a espiritualidade numa frase bem simples: **espiritualidade é algo que tem significado diferente para pessoas diferentes**. Dependendo do território onde ela se encontra, pode ter um sentido religioso, místico, de ação social; quer

dizer, as pessoas podem buscar a espiritualidade tanto no mundo interior, como no mundo exterior.

A ciência tem se debruçado sobre o fenômeno religioso há muito tempo. A filosofia, bem como outras áreas das ciências humanas, procurou sempre colocar luz sobre o mistério. É bem verdade que muitas vezes essa tentativa aconteceu no sentido de desmerecimento das idéias defendidas pela religião. Como vimos, desde a filosofia, que procurou desbancar a mitologia, até a ciência moderna, com o discurso de que a racionalidade científica suplantaria as ilusões da fé, essas investidas foram marcadas pelo desmerecimento do fenômeno religioso, acabando por não percebê-lo em sua complexidade.

Com relação ao discurso científico e o discurso religioso, alguns lingüistas afirmam que eles não são necessariamente conflitantes. A busca da **verdade** e o caráter persuasivo de ambos, mesmo voltados para dimensões diferentes como o inexplicável da espiritualidade e a racionalidade da ciência, isso não os torna necessariamente contraditórios. Certamente existem ambientes sociais em que a presença do discurso científico e religioso possui demarcações bem mais rígidas. Em uma igreja, em um templo evangélico, ou numa mesquita, por exemplo, o discurso do sacerdote, do pastor, do rabino e dos fiéis seria predominantemente religioso; já em uma universidade seria marcadamente científico. Contudo, mesmo nesses ambientes existem intercâmbios constantes entre esses dois dizeres.

Uma postura muito comum com relação à realidade é acreditar que as crenças só existem porque não temos uma explicação para muitas coisas que acontecem na natureza. O mistério fica reduzido, dessa forma, a uma limitação temporária de nossos instrumentos de medição.

Quanto mais a ciência avançar sobre o desconhecido, mais afastará qualquer explicação sobrenatural. A religião estaria, assim, reduzida a uma incapacidade cognitiva. A resposta da religião acaba sendo muitas vezes, uma defesa intransigente de seus pontos de vista, recusando-se a enxergar aquilo que a ciência descobre, como por exemplo, a clonagem e a pesquisa com células-tronco embrionárias de seres humanos, além da grande polêmica acerca do ensino do criacionismo.

Quando se tenta colocar ciência e religião no mesmo patamar, incorre-se o erro de não se perceber suas especificidades e de se ficar discutindo interminavelmente quem tem mais razão. Como disse Jay Gold (2002) em, **Pilares do tempo**, religião e ciência não podem ser confundidas, pois são dois *magistérios* distintos do conhecimento humano, cada um cobrindo uma faceta da existência humana.

A permanência do velho duelo ciência versus religião propicia empecilhos ao próprio avanço da ciência, visto que a religião se vê portadora de um direito de interferência no campo alheio. Por outro lado, se guardadas as devidas distâncias, um diálogo entre as partes pode ser bastante benéfico. Guerriero fala de pesquisas recentes que foram realizadas por cientistas da área de medicina contratadas por testemunhas de Jeová, que propiciaram novos conhecimentos no campo da hematologia e cirurgias sem necessidade de transfusão de sangue. As novas religiões, por sua vez, diz o professor, “também acabam contribuindo para os estudos de programas de ação sustentável, principalmente nas áreas de ecologia, quando se pautam numa visão holística da natureza como um bem sagrado” (GUERRIERO, 2005, p. 3).

O discurso da modernidade deveria apontar para o exercício de uma reflexão acadêmica, disciplinada e sem paixões, na interface entre ciência e religião. Pensamos que essa relação não precisa acontecer necessariamente em forma de conflito, de duelo, mas de diálogo, de dueto. Como ocorre numa orquestra; onde muitos instrumentos **falam** linguagens diferentes, mas mesmo assim conseguem que se faça compreender a partitura e tocar harmonicamente a sinfonia.

Lopes Jr., no artigo **Ciência e Espiritualidade**, complementa esse pensamento quando afirma que

Cruzar a linha transversalmente é fechar os olhos para as verdadeiras questões e abandonar os verdadeiros aliados. A ciência, que tem muito a oferecer para a transformação da realidade social, precisa dar o braço para a espiritualidade histórica e transformadora para, juntas, agirem com maior eficácia em prol de um mundo melhor. A ignorância de ambas as partes impede uma ação conjunta de imensas possibilidades transformadoras. (LOPES JR., 2003, p. 316)

Construir pontes significa procurar encontrar uma forma harmônica de diálogo entre os dois **magistérios**. Talvez devamos, quem sabe, espiritualizar mais a ciência e buscar possíveis explicações científicas para a vivência da espiritualidade. Repudiar a religião ou o fenômeno religioso pode ser o caminho mais simples. É preciso encontrar um ponto de convergência; a consonância e não a dissonância entre a ciência e a espiritualidade; entre a razão e a religião; entre o mito e a ciência; entre local e global. É possível sim, continuar transitando em vários mundos.

Como essas pontes estão sendo construídas nosso trabalho procurará a partir da definição de paciente terminal mostrar como o médico lida com o apoio da ciência com essa questão inevitável: a morte, dissertando sobre que sentido tem a morte no

mundo ocidental. Para isto nos apoiaremos no pensamento de Ariés (2003) que nos instiga a observar que no mundo no qual rodeiam milhões de seres humanos estes não são ensinados a morrer. Tudo é feito para esconder a morte, escamoteá-la, torná-la inexistente.

2.5 FALANDO SOBRE DOENÇA E MORTE

O regresso da morte é um grande acontecimento civilizacional e o problema de conviver com a morte vai inscrever-se cada vez mais profundamente no nosso viver. E isso vai levar-nos a um modo de viver de dimensão simultaneamente pessoal e social. Mais uma vez, o caminho da morte deve levar-nos mais fundo na vida, como o caminho da vida nos deve levar mais fundo na morte. (MORIN, 1970, p.11).

No prólogo de seu livro, **O homem e a morte**, Morin (1970) utiliza o pensamento de La Rochefoucauld onde ele aponta que não se pode olhar de frente para o Sol e para a morte, pois ambos tratam do processo de combustão da vida. A morte é nossa própria imagem e nosso próprio medo. A morte é o grande paradigma de instituição da cultura. A dificuldade de olharmos para a morte, talvez seja o medo de olharmos para nós mesmos; de olharmos para a nossa condição humana, biológica.

Viver, adoecer, envelhecer, morrer, são questões sobre as quais conversamos com os sujeitos dessa pesquisa. Refletimos sobre a doença e a morte, e sobre a medicina enquanto caminho científico que norteia as concepções mais aceitas sobre os fenômenos adoecer e morrer. Tentando explicar de forma compreensível o estado de vida em que se encontram os sujeitos desta pesquisa, considerados pela medicina como pacientes terminais, faremos uma breve incursão pela história da prática médica para depois apontarmos o significado do termo,

tecendo também algumas considerações sobre a doença que esses sujeitos têm em comum: o câncer.

2.5.1 PACIENTES TERMINAIS

Para entender a doença é preciso entender o que é saúde. Estar com saúde significa um estado cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; íntegra. As palavras saúde e integridade são irmãs lingüísticas pois partilham ascendência comum em várias línguas, tanto na forma e derivação, como também em significado.

Em inglês, a palavra **Whole** (íntegro) significa estar sólido, em boa condição, inteiro; livre de doença ou defeito; bem, restaurado à saúde, recuperado da moléstia; estar mentalmente são. **Heal** significa: tornar uno ou são, recuperação de doença ou ferimento, restaurar uma pessoa de algum mal ou condição deletéria à integridade. **Hale** (são) quer dizer livre de males, doença ou enfermidade; em boa saúde, robusto, vigoroso, íntegro, inteiro, completo, sem faltar parte. **Health** (saúde) significa não apenas solidez do corpo, mas também sanidade espiritual, moral, mental; bem-estar, felicidade, salvação.

Da mesma raiz vem **Holy** (santo), uma palavra mais distintamente religiosa, que significa ser espiritualmente íntegro. Assim, semanticamente saúde significa integridade e consiste em “ter-se vida copiosa e transbordante energia, a realização das potencialidades humanas e o funcionamento eficiente de todas as partes, em coordenação unificada” (JOHNSON, 1964, p. 239). É o contrário da doença; pois esta constitui um estado anormal do corpo, reconhecido por exames objetivos. A percepção da doença, contudo, é subjetiva e consiste em distúrbios da saúde, que

são experimentados e reconhecidos pela pessoa afetada. "A saúde positiva abrange o funcionamento normal do corpo e da mente de forma harmônica; é o exercício e o desfrutar dos poderes e funções da vida como um todo" (JOHNSON, 1964, p. 239).

Estar íntegro é a norma da saúde; tal norma já era defendida pelos estudiosos gregos. O fundador da ciência médica, o grego Hipócrates de Cós (468 a 377 a.C.), defendia a idéia de separar os sintomas do diagnóstico e do prognóstico para se chegar a um conhecimento conjunto dos sintomas.



Figura 3: Hipócrates
Fonte: ISMAEL (2005, p.57)

Hipócrates é considerado pelos seus adeptos um revolucionário progressista, principalmente por sua determinação em negar qualquer espécie de causa sobrenatural e de punição divina no aparecimento das doenças, dando ênfase, como aponta Scliar (1996), ao exercício da razão e à observação do paciente, insurgindo-se contra as explicações para a natureza dos procedimentos serem feitas por especulações *a priori*; ou seja, não sujeitas a nenhum controle ou prova, base do tratamento médico da época.

Em um de seus famosos textos, *Dos ares, das águas, dos lugares*, Hipócrates demonstra estar à frente de sua época, preocupando-se com a repercussão do meio ambiente na saúde das pessoas, recomendando determinados cuidados como a escolha de uma boa alimentação, do trabalho e do local de moradia, para que a saúde pudesse ser preservada. Para Hipócrates, o paciente é o foco de toda atenção, dedicação e respeito, devendo o médico abster-se da prática de qualquer procedimento que possa prejudicá-lo. Sua contribuição encontra-se na desvinculação da formação e da prática médica das crenças nos deuses e nos poderes místicos. O médico deve curar o doente e não impor a ele suas crenças religiosas, libertando assim, a profissão médica do sacerdócio, da magia e das superstições, partindo da criação de um conhecimento tecido pelo poder curativo da natureza. Segundo Ismael (2005) o ideário hipocrático continua influenciando o pensamento médico contemporâneo e algumas de suas categorias, como a observação e o acompanhamento do paciente.

Entre os pensadores gregos que nos dois primeiros séculos da era cristã conquista o prestígio em Roma, o mais importante é Claudius Galeno (130 a 201 d.C.). Nascido em Pérgamo, na Ásia Menor, desde jovem dedica-se ao estudo da filosofia platônica e estóica, e é particularmente atraído pela teoria do conhecimento

de Epicuro, centrada na experimentação exaustiva e sistemática dos fatos observados, metodologia que transpôs para o estudo da medicina a partir de seus estudos, que tiveram como base o *Corpus Hipocraticum*; inferiu que a razão e a observação não eram suficientes para avaliar a saúde ou a doença, embora tenha defendido o primado do racionalismo na medicina, já que o importou da lógica, talvez sua principal paixão.

Propôs a exatidão como premissa para os procedimentos médicos, concedendo à doença um conceito especificamente anatômico e localizado. Personagem controverso, mas de indiscutível importância na história da medicina e do pensamento, nele convivem o cientista pragmático, o religioso monoteísta e o filósofo estóico. Defendia o estudo da filosofia, pelo médico, pois assim ele adquiriria as bases teóricas exigidas pela profissão.

Galeno não deu trégua ao obscurantismo das seitas médicas que proliferavam, disputando entre si a prática de tratamentos irracionais. Revolucionou, assim, grande parte do que se sabia sobre fisiologia, principalmente ao demonstrar que as artérias transportavam sangue, e não ar, como se ensinava havia mais de quatrocentos anos. Também se delega a ele a ênfase na cirurgia e na farmacologia como recursos terapêuticos para erradicação de doenças. Importante ressaltarmos que a cirurgia já fazia parte da literatura médica, desde os tempos mitológicos. Contudo, foi o pensamento de Galeno que predominou durante o Império Romano. Focalizava-se na estrutura e na função do corpo humano, apoiando-se na concepção de que só se compreende o todo pelo estudo detalhado das partes, lançando, assim, os fundamentos iniciais para as especializações médicas.

De acordo com Ismael, apesar da sua inegável visão humanista, Galeno dá pouca importância à pessoa do paciente. Este é para ele um conjunto de órgãos

sem outra finalidade a não ser mantê-lo vivo, e submetido a um poder superior inexplicável e amedrontador. Essa visão mecanicista de homem, completada por um paradoxal viés espiritual, seria incorporada por muitas escolas de medicina da Idade Média, época em que o controle das informações, exercido pelo fundamentalismo *avant la lettre* cristão, amordaça a divulgação das já tímidas pesquisas científicas.

Os primeiros séculos do cristianismo dificultaram a individualização do tratamento das doenças, em termos essencialmente médicos. A doença era vista como punição divina transmitida de geração a geração, e o doente era deixado entregue à sua própria sorte, amargando a espera por um milagre como simples coadjuvante dos próprios infortúnios. Aterrorizado por seus males, ele se convertia, sinceramente ou não, à fé cristã em busca do alívio prometido. Algumas passagens do Antigo Testamento reforçam a idéia de que nenhuma cura é possível sem a participação divina: como no capítulo 15, versículo 26 do Êxodo, no capítulo 17, versículo 14 de Jeremias, e, principalmente no capítulo 38 do Eclesiástico, onde o papel do médico é valorizado por ser uma criação de Deus e paradoxalmente eleito como algoz de quem não respeita os ensinamentos divinos².

1 Honra o médico por causa da necessidade,
Pois foi o Altíssimo que o criou.

2 (Toda a medicina provém de Deus),
E ele recebe presentes do rei:

3 A ciência do médico o eleva em honra,
Ele é admirado na presença dos grandes.

² Esse texto é considerado apócrifo pelos judeus e protestantes, por entre outros motivos ter sido escrito muito tardiamente, ou seja, já próximo da era cristã e na influência greco-romana.

- 4 O Senhor fez a terra produzir os medicamentos:
O homem sensato não os despreza.
- 5 Uma espécie de madeira não adoçou o amargor da água?
Essa virtude chegou ao conhecimento dos homens.
- 6 O altíssimo deu-lhes a ciência da medicina
Para ser honrado em suas maravilhas;
- 7 E dela se serve para acalmar as dores e curá-las;
O farmacêutico faz misturas agradáveis,
Compõe unguentos úteis à saúde,
E seu trabalho não terminará,
- 8 Até que a paz divina se estenda sobre a face da terra.
- 9 Meu filho, se estiveres doente não te descuides de ti,
Mas ora ao Senhor, que te curará.
- 10 Afasta-te do pecado, reergue as mãos
E purifica teu coração de todo o pecado.
- 11 Oferece um incenso suave e uma lembrança de flor de farinha;
Faze a oblação de uma vítima gorda.
- 12 Em seguida dá lugar ao médico, pois ele foi criado por Deus;
Que ele não te deixe, pois sua arte te é necessária.
- 13 Virá um tempo em que cairás nas mãos deles.
- 14 E eles mesmos rogarão ao Senhor que mande por meio deles
O alívio e a saúde (ao doente) segundo a finalidade de sua vida.
- 15 Aquele que peca na presença daquele que o fez,
Cairá nas mãos do médico.

Certamente milhares de vidas se perderam devido a essa postura obscurantista, pois durante muito tempo doença e pecado foram sinônimos. Essa perversa sinonímia costuma ressurgir de tempos em tempos, como é o caso do aparecimento da Aids, que foi apontada pelos fundamentalistas religiosos como uma punição exemplar e merecida aos homossexuais. No filme **Filadélfia**, quando o protagonista descobre-se aidsético, passa a viver uma existência de morto em vida; o espectro da morte fica em torno de si, ela é vista como negatividade, pois se afasta da ordem. Ele é o degenerado, o pecador, aquele que trouxe a desordem para dentro da ordem. No livro, **A roda da vida**, Elisabeth Kübler-Ross (1998) relata toda a discriminação que sofreu da população do condado de Highland, na Virgínia, quando resolveu criar em seu rancho uma clínica para tratamento de pacientes aidséticos, chegando até mesmo à perda de sua propriedade causada por um incêndio criminoso.

Não é difícil constatar o paradoxo do duplo vínculo na maneira como o emergente fundamentalismo cristão avaliava os doentes: de um lado eram vistos como pessoas, pois do contrário seriam indignos de merecer o milagre da cura, de outro tinham sua individualidade negada, na medida em que nada mais significavam do que justicados alvos da ira divina; e neste sentido eram coisificados. Somente com o surgimento das primeiras luzes do Renascimento a história das individualidades, anuladas na longa noite da Idade Média, começa a ser reescrita, e no campo da medicina a importância dada à pessoa começa a ser discutida sob uma perspectiva ética, humanizada, que até então estava esquecida. É somente com Paracelso que a valorização do paciente como pessoa alcança uma dimensão inédita.

Philippus Aureolus Paracelsus (1493-1541) ou simplesmente Paracelso, é considerado uma das figuras mais exóticas e fascinantes da história da medicina. Nascido em Einsiedeln, na Suíça, repudiava o ensino convencional, o que o levou a abandonar o curso formal, passando a viajar compulsivamente pela Europa sem destino certo. De volta a terra, em 1526, é contratado para proferir palestras na universidade local. Porém é acolhido com frieza pela maioria do corpo docente e com desconfiança pelo discente. É preso na Alemanha, quando chegava para proferir mais um de seus polêmicos cursos, geralmente carregado de insultos e repreensões ásperas.

Paracelso era praticante de um pomposo estilo teatral, e começava suas palestras rasgando e queimando livros de Galeno e Avicena (médico árabe que viveu de 980 a 1037 d.C., e que desenvolveu sua obra para a medicina no mundo islâmico) que considerava odiosos retrógrados. Os tratamentos prescritos por ele, e que já contavam com muitos seguidores, eram baseados principalmente na

interpretação cristã da teoria holística dos neoplatônicos que viam na vida humana e na arquitetura do cosmo uma origem comum. “Assim a doença significa o resultado de uma ruptura entre essa ligação primordial, que nem mesmo a morte consegue romper; ao contrário, transforma-a em eterna” (ISMAEL, 2005, p. 68). Paracelso defende a idéia de que a prática médica, ao invés de se restringir pura e simplesmente à prescrição de remédios, só atinge a excelência quando o tratamento – a alquimia mística – é exercido com devoção incondicional e desinteressada, e com a consciência do poder das forças misteriosas da natureza humana responsáveis por sua unidade sistêmica, mas, ao mesmo tempo, pela diversidade que faz de cada indivíduo um **sujeito único** e insubstituível. Para ele, o médico ideal seria aquele que possuísse percepção espiritual, conhecimento espiritual e força espiritual – qualidades que pertencem não ao que é humano no homem, mas à luz do espírito que nele brilha.

Considerava a Arte da medicina, chamada por ele a mãe de todas as filosofias, um dom que não pode ser herdado nem estudado em livros, pois é uma profissão nobre e sagrada, que jamais deveria ser maculada por pensamentos, gestos e atos impuros. Afirmava que da mesma maneira que o filósofo, o médico não pode contentar-se com a aparência externa das coisas ou com o efeito de tudo que observa, devendo buscar as causas (da doença) e o conhecimento profundo do paciente se quiser obter êxito no tratamento. Uma das teses que mais causaram indignação entre seus pares foi a que debitava a desvios de rígidos códigos morais a causa das moléstias, só curáveis após a mudança de comportamentos e atitudes que afastavam o homem de sua natureza divina. Não se pode negar a importância da sua abordagem da relação médico/paciente. Ela repousa muito mais na defesa irrestrita da compaixão e da visão humanista – oriunda de seus estudos de alquimia

e de ocultismo, pela qual o médico deve exercer seu ofício sem vaidade, inveja e atração pelo poder – do que nas herméticas formulações oriunda da crença em milagres, muitas vezes contestadas pela medicina científica e ortodoxa.

Paracelso morre em Salzburgo, onde se refugiara após a morte de um paciente em condições misteriosas, e desprezado pela comunidade científica da época. Embora ainda estivesse de certa forma comprometido com a tradição medieval da anatomia livresca, o mesmo não se pode dizer de Versálio.

Na história da medicina, a anatomia é um dos capítulos mais curiosos porque foi escrito mais pela intuição do que pela observação direta, desprezada em nome de uma pretensa sacralidade do corpo humano. No início do Renascimento, o conhecimento indireto – que hoje chamaríamos de virtual – e combatido por filósofos como Erasmo e Bacon, alcança a prática médica. Os anatomistas da época, que segundo Lyons e Petrucelli (1997) em sua maioria eram ateus, resgatam a concepção do paciente e da doença das sombras da ignorância e da superstição. Ao jogar por terra as teorias meramente especulativas sobre o funcionamento dos mecanismos que nos mantêm vivos, estimulam novas reflexões sobre a misteriosa organização de ossos, órgãos, músculos, veias, artérias, nervos e cartilagens. “O doente começa a ser visto, embora timidamente, como alguém que tem um corpo, mas é mais que esse corpo” (ISMAEL, 2005, p. 72). Segundo Ismael, a história dessa avaliação que contribuiu de forma decisiva para a inserção do humanismo na história da medicina, começou com o médico belga Andreas Versálio, ficando conhecido na História como o pai da anatomia moderna.

Versálio nasceu em Bruxelas em 1514; estudou em Louvain e Paris, transferindo-se depois definitivamente para Pádua aos 30 anos de idade, em cuja universidade logo se destaca. Desde jovem dedicou-se com afinco à tarefa de fazer

da anatomia um estudo atraente após constatar a repulsa sentida por seus alunos com relação à matéria, bem como às aulas práticas de dissecação de animais.

Foi tradutor e crítico implacável de Galeno, cujo prestígio ainda perdurava, introduziu um método rigorosamente científico de estudar a anatomia e a biologia como ciência, sem as improvisações herdadas de pseudopesquisas que na Idade Média encontraram prestígio para se firmarem. Versálio estava determinado a corrigir erros de Galeno, o que lhe valeu, segundo os historiadores, ameaças de morte. Embora não renegasse o passado, reivindicava à anatomia o status científico que até então ela não possuía, resgatando-a da prisão de tratados descritivos de pouca ou nenhuma credibilidade.

Ismael sinaliza que a autobiografia de Versálio, publicada após sua morte, é um retrato vívido da medicina européia progressiva do seu tempo, voltada para a preocupação em buscar alternativas de tratamento clínico e cirúrgico longe da magia, superstições e embustes que ainda a mantinham acorrentada à Idade Média.

Versálio repudiava qualquer tipo de explicação que não estivesse pautada em uma sólida base empírica. Contudo, para ele, essa base não tinha um fim em si própria, mas ao contrário precisava servir o homem de forma a jamais desviar a natureza humana da sua vocação humanista. Por causa de suas idéias e das críticas que fazia a Galeno teve muitos problemas junto ao clero e aos que teimavam em não alterar nenhum conceito da anatomia galênica. Morreu em 1564 durante um naufrágio próximo a uma ilha grega, “provavelmente para se penitenciar das acusações de heresia” (ISMAEL, 2005, p. 72). Entre os seus principais seguidores está Ambroise Paré (1510-1590), considerado o pai da cirurgia moderna; tendo se tornado também um importante vulto na história por ter resgatado a importância da **interferência mínima** pregada por Hipócrates, segundo a qual o processo natural da

cura de certas doenças e ferimentos não deve ser interrompido com o uso de medicamentos, sob a pena de eles terem efeito oposto ao pretendido; uma demonstração não apenas de perícia médica, mas de respeito ao indivíduo cujo “perfil” humano começa a transformá-lo de cliente em paciente.

Entre os séculos XVII e XIX o experimentalismo praticado e alimentado por teorias cada vez mais consistentes busca não apenas encontrar novas respostas para antigas perguntas, mas também formular novas questões. Criam-se, assim, as primeiras metodologias para desvendar os complexos mistérios do funcionamento do corpo. O **cliente** toma lentamente o lugar do **paciente** (do latim, *patior*, que significa aquele que sofre, e que não é passivo). O *como* vai sendo substituído pelo *por que*, pois é preciso explicar não só como cada órgão do corpo participa do conjunto dos outros órgãos, mas por que funciona de certa maneira e não de outra.

Atualmente estamos assistindo a um florescer do pensamento holístico/integral entre os médicos do mundo inteiro. A medicina moderna tem defendido a importância da integridade do ser humano, mostrando que esta é mais que as partes orgânicas, ressaltando a importância do tratamento do paciente como um todo; pois o ser humano não pode ser compreendido por inteiro se não for levado em consideração suas relações sociais e o meio em que vive. Johnson corrobora com esse pensamento quando afirma que:

Os problemas da saúde não se acham confinados a processos orgânicos, mas abrangem, também, os fatores sociais e emocionais, pois a saúde é um estado da personalidade total e qualquer coisa que afete a pessoa em todas suas relações, interessa a seu bem-estar (JOHNSON, 1964, p.240).

Até o início do século passado a ciência médica estava impregnada da teoria cartesiana da separação mente/corpo. Como já sinalizamos na primeira parte, para

Descartes, a medicina deveria ser uma ciência exata, e o corpo uma máquina da qual, como a máquina do relógio, se espera um funcionamento preciso. Tal visão mecanicista contribuiu para radicalizar a oposição entre o corpo, com leis de funcionamento supostamente conhecidas, e a mente, cujos mistérios insondáveis só poderiam ser conhecidos por Deus. O fundamento da teologia agostiniana repousa nessa oposição, só que tal oposição não seria entre mente e corpo, e sim entre corpo e organismo; porque quando dizemos que temos um organismo, precisamos nos lembrar que somos um corpo ao qual a mente está inexoravelmente integrada, e não separada.

À luz dessa dicotomia, torna-se mais fácil entender por que o médico, ao deter-se apenas no mau funcionamento do organismo, esquece-se de que o paciente é mais que um conjunto de órgãos que precisam de tratamento: ele tem um corpo que não apenas se opõe, mas transcende o organismo, individualizado que é pela personalidade. Na clássica explicação freudiana, o corpo, parte integrante do ego, nasce com a sua descoberta. Com a doença, ego e corpo experimentam um doloroso processo de ruptura, sensação nova e estarrecedora. Dissociado do corpo, o ego, torna-se fraco e vulnerável, contribuindo para agravar os sintomas da doença. Assim, “a doença é a materialização de um destino que nos desindividualiza: nossa vida começa a girar em torno de mera combinação de frios diagnósticos com imponderáveis prognósticos” (ISMAEL, 2005, p.79). A doença é uma experiência de fragilidade que pode provocar no paciente e nos familiares, a consciência da mortalidade e da finitude da existência. Há exacerbação desta percepção em casos em que o prognóstico é reservado, como no paciente terminal. Mas, para Sciar:

O relógio biológico é programado; em oitenta, noventa, cem anos no máximo o tempo humano deve parar, mas antes disto doenças ocorrerão, a

lembrar constantemente o ser humano de sua finitude; a doença não é só um processo orgânico, é uma experiência existencial. (Scliar, 1996, p. 9).

Desde o final do século XIX, sociólogos e antropólogos como Durkheim, Tarde, Mauss, contribuíram para demonstrar que a saúde, a doença e a morte não são somente ocorrências orgânicas, naturais e objetivas, mas que estão intimamente relacionadas com as características de cada sociedade. Conforme aponta Minayo (2004), a doença é uma realidade construída, e o doente é um personagem social. O pensamento médico, predominantemente orientado por uma visão positivista, desconsidera os condicionantes histórico-sociais que marcam os modos específicos de adoecer e de morrer numa dada sociedade.

De acordo com Kowalski (2006), nada é tão poderoso quanto as **doenças-metáforas** para marcar a concepção dominante e da sociedade em sua forma oficial de encarar o fenômeno saúde-doença. Para Sontag (1984), as doenças-metáforas são enfermidades que ensejam catástrofes e tomam um caráter histórico, em determinadas épocas, por mobilizarem o conjunto da sociedade. Entre elas enquadram-se a lepra nos tempos bíblicos, a peste, na Idade Média, a tuberculose, no século XIX, e, no século XX, o câncer e a AIDS.

Na Idade Média, a peste foi uma metáfora para a desordem social e o colapso da ordem religiosa e moral. Desde o século XIX, a sífilis, a tuberculose e, mais recentemente, o câncer são “metáforas do mal”. Sontag comenta que no século XX, o câncer passou a ser apontado nos meios de comunicação, na literatura e popularmente como “poder maligno, exclusivo do mundo moderno, que se comporta de forma descontrolada e destrutiva contra o corpo humano” (SONTAG, 1984, p. 19). Salienta, também, que esse modelo moralista de ver o câncer leva muitas pessoas a considerarem a doença uma forma de possessão demoníaca, e os

tumores benignos ou malignos como forças não explicáveis; o que tem levado ainda hoje, no mundo contemporâneo, muitos doentes de câncer a buscar ajuda em curandeiros, tal como acontecia nas sociedades ditas primitivas. Os meios de comunicação reforçam essa idéia, descrevendo os crimes, abuso de drogas, greves, discordâncias políticas, como um câncer que destrói gradativamente a sociedade.

Já na Antiguidade há relatos sobre o câncer e seu tratamento. Hipócrates compilou uma série de descrições sobre câncer de pele, mama, útero e órgãos internos. O termo câncer vem do grego *karkinos* – caranguejo, usado por Hipócrates para indicar qualquer proliferação ou tumoração crônica.

Segundo Galeno, o nome da doença deve-se à semelhança entre as veias intumescidas ao redor do tumor externo e as pernas do caranguejo, “e não, como querem alguns, ao fato de a doença metástica evoluir de modo semelhante aos movimentos do caranguejo” (SONTAG, 1984, p. 31). Galeno consolidou a **teoria humoral**, segundo a qual a deficiência ou excesso de sangue, muco ou bile constituíam a base de toda a doença. A teoria humoral constituiu a tese dominante durante um milênio, atribuindo ao excesso de bile negra a origem do câncer.

Paracelso foi o primeiro a se opor à teoria do excesso de bile negra como causa do câncer. Acreditava que o câncer começava em locais onde sais minerais do sangue concentravam-se buscando uma saída.

Durante o período bizantino (475-1500), houve diversos progressos na descrição de tumores. Na Arábia, Avicena introduziu o uso do arsênico no tratamento. Contudo, nos séculos XIII a XV, a atividade médica sofre grandes restrições, decorrentes das proibições da Igreja, como o fato de determinar os livros que podiam ser usados, e só os monges traduziam os textos clássicos. Porém, como aponta Kowalski, diversos desenvolvimentos técnicos importantes aconteceram fora

das escolas católicas: Lanfranchi, de Lyon, indicava a intervenção precoce e radical na parte do corpo afetada pelo câncer; Henri de Mondeville e Guy de Chauliac descreveram, em textos de cirurgia, técnicas de extirpação de tumores com bisturi e cáusticos arsenicais. De acordo com a autora, os progressos alcançados até essa época somente foram superados no Renascimento.

As concepções médicas sobre o câncer foram sendo definidas historicamente pela sociedade, construindo uma visão de senso comum sobre a doença que até hoje guarda muito dessas antigas teorias. Kowalski corrobora com esse pensamento quando afirma: “em Portugal, estudiosos como Sennert (1572-1693) e Lusitano (1642) foram os primeiros a considerar o câncer contagioso, o que permanece no ideário popular” (KOWALSKI, 2006, p.4).

Grande progresso verificou-se na historiografia da doença com as descobertas da circulação sanguínea, por Harvey (1628), e da circulação linfática, por Rudbeck (1652). Com a invenção do microscópio acromático, em Paris, em 1824, inicia-se uma nova era na investigação e compreensão do câncer. As primeiras publicações do que viria a ser o moderno conceito sobre o câncer, de acordo com Kowalski, foram de Wilhelm Waldeyer-Hartz (1836-1921), criador do termo cromossomo. Ele reconhece que a doença inicia em células normais que sofrem alterações, crescem desordenadamente produzindo metástases por via sanguínea, linfática ou fluidos intersticiais. Considerava, ainda, que alguns cânceres podem ser generalizados, mas a cura é possível, caso a doença seja diagnosticada no início.

A partir da primeira metade do século XX, a comunidade médica passa a ter mais esperanças de diagnóstico de câncer, antes visto como uma sentença de morte que estigmatizava, isolava e humilhava as pessoas tanto quanto a lepra e a sífilis.

Contudo, sinaliza Kowalski, o diagnóstico raramente era tornado público e a causa do óbito era apresentada com eufemismos, como “aquela doença”. Os aspectos preventivos passaram então a ter mais atenção.

A pesquisa e o tratamento do câncer desenvolveram-se rapidamente nos últimos 30 anos do século XX. Inúmeros foram os processos no conhecimento sobre a história natural da evolução da doença. Também foram importantes as contribuições de diversos métodos de diagnóstico para se conhecer a extensão da doença, permitindo o estabelecimento de um plano de tratamento adequado a cada paciente. Como aponta Sant’anna, “ao longo dos séculos, o câncer causava ao doente vários constrangimentos, como a associação da doença à falta de limpeza do corpo e da alma” (SANT’ANNA, 1997, p. 44).

As campanhas que procuraram quebrar esse tabu, sinaliza, ainda, Sant’anna, só começaram a surgir em 1945, quando é realizada em São Paulo uma grande campanha popular para quebrar o tabu, romper a vergonha e falar sobre o câncer. A partir desse período, ressalta-se a **experiência positiva** do paciente em contribuir para a prevenção. Os depoimentos de pacientes sobre como enfrentar a doença ganham importância, sobretudo pela demonstração de uma energia invejável destinada ao combate à doença. Embora o câncer ainda seja visto como algo terrível, não se pode deixar de afirmar que uma série de avanços no diagnóstico e no tratamento tem salvado a vida de muitos pacientes; nomeados pela medicina de pacientes terminais.

A conceituação de paciente terminal não é algo simples de ser estabelecido pois a dificuldade maior está em objetivar este momento, e não em reconhecê-lo. “Por definição, paciente terminal é aquele cuja condição é irreversível, independentemente de ser tratado ou não, e que apresenta uma alta probabilidade

de morrer num período relativamente curto de tempo” (Revista da Associação Médica Brasileira, 2001).

A terminalidade parece ser o eixo central do conceito em torno do qual se situam as conseqüências. É quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente torna-se, desse modo, irrecuperável e caminha para a morte, sem que se consiga reverter esse caminhar. Cabe aqui ressaltar que a definição do termo paciente terminal situa-se além da biologia; pois está inserida em um processo cultural e subjetivo, ou seja, humano.

Nessa pesquisa, conversamos com pacientes terminais com câncer. De acordo com a literatura médica, cerca de 50% de todos os pacientes com câncer podem ser curados com o aparato terapêutico atual. Entretanto, os demais sucumbirão em decorrência da progressão de sua enfermidade. Em grande parte desses casos, a evolução da doença acarreta dor e sofrimento. A partir de um determinado ponto, mesmo diante da inexorável e sofrida progressão do tumor, passa a não existir mais a indicação de manobras terapêuticas específicas para resolver esta questão. Alguns critérios podem tornar este momento (da doença) menos impreciso, entre eles os clínicos (exames); os dados da experiência que a equipe médica envolvida tem acerca das possibilidades de evolução de casos semelhantes; os critérios que levam em conta as condições pessoais do paciente (sinais de contato ou não com o exterior, respostas ao meio, à dor); a intuição dos profissionais (suas vivências e experiências semelhantes). De qualquer forma, paciente, família e equipe situam-se neste ponto da evolução da doença frente a impossibilidades e os limites, de maneira que reconhecer o fim pode ser a dificuldade maior.

Contudo, admitir que se esgotaram os recursos para o resgate de uma cura e que o paciente se encaminha para o fim da vida, não significa que não há mais o que fazer. Ao contrário, abre-se uma gama de condutas que podem ser oferecidas ao paciente e sua família, visando o alívio da dor, a diminuição do desconforto, mas, sobretudo a possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e sustente seus desejos.

Terapeutas que acompanham pacientes terminais afirmam que é importante que eles reconheçam, sempre que possível, seu lugar ativo, sua autonomia, suas escolhas. Tal atitude lhes permite chegar ao momento de morrer, sentindo-se vivos, não antecipando o momento desta morte a partir do abandono e isolamento, seguindo nessa direção a vivência do professor americano Morrie Schwartz em seu processo de despedida da vida, citado por Albom nos informa:

Enquanto pudermos amar uns aos outros, e recordarmos a sensação de amor que tivemos, podemos morrer sem desaparecer. Todo amor que criamos fica. Todas as lembranças ficam. Continuamos vivendo. Nos corações daqueles que tocamos e acalentamos enquanto estivemos aqui. (ALBOM 1998, p. 167),.

A partir do momento que um paciente terminal com câncer, e sua família, são informados que as manobras terapêuticas passam a ser insuficientes, estabelece-se uma nova perspectiva de trabalho multidisciplinar, que a medicina costuma chamar de cuidados paliativos, embora a preocupação com o alívio e o conforto deve estar presente em todos os momentos do tratamento.

Marie de Hennezel (1999) é uma psicóloga que tem experiência em tratamentos paliativos com pacientes terminais. Essa nova perspectiva de trabalho é indicada exatamente no momento que um paciente terminal, e sua família, são informados que as manobras terapêuticas passam a ser insuficientes.

Para aqueles que se interessam em acompanhar um paciente que está morrendo, surgem questões a serem pensadas, como a própria morte e a sua posição frente a ela e à vida. Não é uma tarefa fácil; talvez por isso seja tantas vezes denegada. Entretanto, sinaliza Hennezel que não há como reconhecer a riqueza desses intercâmbios, quando possíveis.

Elisabeth Kübler-Ross em suas memórias narra a morte de um fazendeiro, ocorrida quando ela ainda era criança e diz que:

O fazendeiro morreu o que hoje chamo de uma boa morte – em casa, cercado de amor e cumulado de respeito, dignidade e afeição. Sua família disse tudo o que tinha a dizer e chorou sua morte sem arrependimentos ou questões mal resolvidas. (Kübler-Ross 1998, p. 43)

2.5.2 O SIGNIFICADO DA MORTE NA CULTURA OCIDENTAL

A morte, em si, possui significados diferentes para diferentes pessoas e varia ao longo da vida de cada uma delas, dependendo da cultura e das experiências. Em nossa cultura, a morte é percebida como perda, fracasso e, assim sendo, provoca sentimentos de tristeza, medo, insegurança.

Falar sobre a morte, estudá-la, pesquisá-la não é tarefa fácil. Principalmente no mundo ocidental, que sempre procurou mantê-la à distância das discussões, talvez pela falsa idéia de que assim o fazendo conseguisse retardá-la ou evitá-la.

Philippe Ariés (2003), em **História da morte no Ocidente**, traz algumas contribuições a esse respeito. De acordo com Áries antes da Idade Média a atitude diante da morte pode ser conhecida como acrônica.

Como em muitos outros fatos da mentalidade que se situam em um longo período, a atitude diante da morte pode parecer quase imóvel através de períodos muito longos de tempo. Aparece como acrônica. Entretanto em certos momentos intervêm mudanças, frequentemente lentas, por vezes despercebidas, hoje mais rápidas e mais conscientes. (ÁRIÉS, 2003, p. 25)

Na historiografia que faz da morte, Ariés inicia mostrando que havia uma sincronia na atitude frente à morte no início da Idade Média, a que ele denomina de **morte domada**. É como se houvesse certo “controle” sobre a morte, como acontecia nos romances medievais: os antigos cavaleiros eram advertidos que iriam morrer. Geralmente o aviso era dado por signos naturais ou por uma convicção íntima, e dificilmente por uma premonição sobrenatural ou mágica. Áries cita o exemplo do cavaleiro D. Quixote, personagem da famosa obra de Cervantes, e de Lancelot, o cavaleiro de confiança do Rei Artur. “Em um mundo de tal forma impregnado do maravilhoso como o dos romances da Távola Redonda, a morte era algo simples” (ARIÉS, 2003, p. 31).

Segundo Ariés, no cristianismo primitivo esperava-se a morte deitado, jacente. Tal atitude ritual era prescrita pelos liturgistas do século XIII. Desse modo o doente podia cumprir os últimos atos do cerimonial tradicional, composto por alguns atos que faziam parte desse ritual: o momento de despedida da família e amigos próximos que rodeavam o moribundo, e o momento de esquecer as coisas do mundo e pensar em Deus, ou seja, o momento da prece. Neste segundo ato, geralmente na presença de um sacerdote, o moribundo fazia a sua prece; pedia perdão pelos seus pecados e pedia também que recomendasse sua alma a Deus.

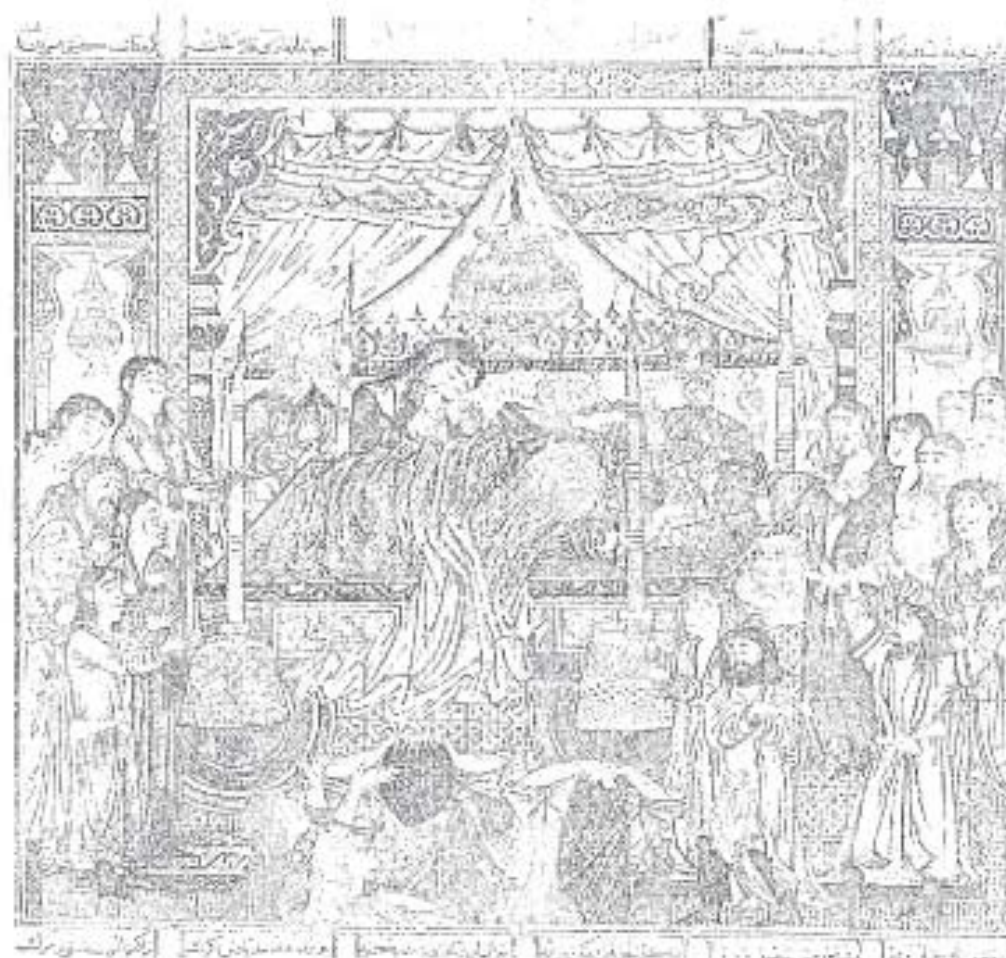


Figura 4: A morte de Alexandre Magno, miniatura do século XIV
Fonte: ARIÉS (2003, p. 108)

Era o momento da absolvição sacramental. Após a última prece, restava apenas esperar a morte. A morte era esperada no leito. Além disso, tratava-se de uma cerimônia pública e organizada pelo próprio doente que a preside e conhece seu ritual.

...Se viesse a esquecer ou a blefar, caberia aos assistentes, ao médico, ou ao padre trazê-lo de volta a uma ordem, ao mesmo tempo cristã e tradicional. Tratava-se também de uma cerimônia pública. O quarto do moribundo transformava-se, então, em lugar público, onde se entrava livremente. Os médicos do fim do século XVIII, que descobriram as

primeiras regras de higiene, queixavam-se do excesso de pessoas no quarto dos agonizantes. Ainda no começo do século XIX, os passantes que encontravam na rua o pequeno cortejo do padre levando o viático, acompanhavam-no, entrando, em seguida, no quarto do doente. (ARIÉS, 2003, p.34)

Tal passagem faz-me lembrar de uma cena que presenciei, no período das férias escolares, na praia de Touros, Rio Grande do Norte, lá pelos anos 70. Havia um casarão antigo, próximo da Igreja Matriz do Bom Jesus dos Navegantes, que fica no centro da rua principal. Era a casa de duas irmãs idosas: a primeira estava cega, devido à idade avançada e a outra, a segunda, era doente mental. Aquela casa sombria e as duas velhinhas enchiam a nossa imaginação (minha e das outras crianças) de histórias fantásticas. Certo dia, quando estava brincando na rua ouvi alguém gritar: tragam uma vela depressa e chame alguém para segurá-la na mão de M. que está chegando a hora dela morrer! Aquilo despertou minha curiosidade. Como é que as pessoas sabiam que estava na hora de M. morrer?

Corri, junto com as outras crianças, para a velha casa. O quadro era o seguinte: um quarto sombrio, úmido e escuro, com um odor horrível de urina; o chão de barro batido, paredes grossas, imensos janelões. Dentro do quarto, deitada em uma rede encardida estava M.; e, ao redor da rede, sua irmã, e também uma velhinha negra, simpática, de cabelos branquinhos, que cuidava das duas irmãs sempre que podia – figura marcante naquela praia, por seus gestos de solidariedade e compaixão para com as pessoas, que morreu depois de alguns anos, com mais de 100 anos de idade. Essa era a família. Os outros eram curiosos que foram assistir à morte de M.; inclusive eu e outras crianças.

Jamais esqueci aquela manhã. Ficava olhando para os lados esperando a morte entrar pela porta larga e levar a velhinha para o cemitério, no final da rua. E qual não foi minha decepção quando uma outra figura lendária na praia, conhecida

de todos por suas estranhas preferências sexuais (algo bastante incomum naquele lugar e naquela época) que segurava a vela na mão da moribunda falou: pronto, ela morreu. A morte veio, foi embora e eu não a vi. Estava esperando que entrasse pela porta – utilizando a linguagem junguiana – uma figura arquetípica: uma mulher vestida de preto, segurando uma foice na mão. E nada daquilo que povoava a minha fantasia de criança, a partir das histórias que ouvia contar, acontecera realmente.

Como se pode observar era um contexto onde todos estavam presentes: parentes, amigos, curiosos, crianças (um costume bastante comum até o século XVIII e XIX). “Levavam-se as crianças – não há representação de um quarto de moribundo até o século XVIII sem algumas crianças” (ARIÉS, 2003, p.35). Situação oposta acontece hoje em dia, pois se procura afastar as crianças das coisas relativas à morte a todo custo!

Áries sinaliza que a atitude antiga em relação à morte, opõe-se à atual. Antigamente a morte era algo familiar e próxima. O mundo moderno afastou a morte; tornou a morte algo tão amedrontador a ponto de nem se ousar dizer o seu nome. Por isso ela chama esta morte familiar de **morte domada**, não porque acredite que anteriormente ela tenha sido selvagem e deixou de sê-lo. Ao contrário, para ele, a morte tornou-se selvagem hoje; nos tempos atuais.

Para o autor, o interdito que hoje se abate sobre a morte é uma característica estrutural da civilização moderna; pois foram as sociedades industriais as responsáveis pelo desaparecimento da morte do discurso e dos meios familiares de comunicação. Em algumas cidades do interior observamos que ainda se anuncia a morte dos cidadãos pelo serviço de som da igreja matriz. E embora em algumas localidades ainda persistam as atitudes românticas diante da morte – herança dos séculos XVIII e XIX – como o culto aos mortos e a veneração dos cemitérios, tais

atitudes também tendem a desaparecer, pois o modelo da sociedade futura lhes será imposto e completará o esvaziamento da morte.

Chama atenção, ainda, sobre a maneira como a civilização ocidental passou da exaltação da morte na época romântica, à recusa da morte nos dias atuais. E finaliza argumentando que, na verdade, as grandes oscilações entre as atitudes diante da vida e da morte dependem muito menos da influência dos sistemas religiosos e culturais do que de motores mais secretos e mais profundos, no limite do biológico e cultural: o inconsciente coletivo.

Nossa sistemática insistência em negar a morte remonta às origens do pensamento ocidental. Não é fácil aceitar a morte, como também não é fácil aceitar a doença. Ficar doente não significa apenas deixar de ter saúde e ficar à margem do mundo; significa aceitar que temos que nos permitir uma relação com a dor. Sobre essa relação Restrepo ajuda-nos refletir quando afirma que:

Antes de optar por uma saída autoritária, ou recorrer a um médico ou um santarrão para que abafe o grito desesperado de um corpo aprisionado, é preciso escutar a queixa e entender que nela aparece resumido um combate com o mundo, cujas chaves é preciso decifrar. Perder o medo da dor e abrir passagem à ternura é também poder falar cara a cara com a morte. Só então deixamos de oferecer-nos em holocausto aos sacerdotes da abstração e às aves de rapina da imagem e do objeto. (RESTREPO, 1998, p. 109).

Ficar doente significa ingressar na escuridão da incerteza, do imprevisível, da dependência de outras pessoas e da ciência médica. O sujeito doente espera do saber médico que o cure, e do médico – agente desse saber – um apoio sincero e empenhado que o faça sentir-se menos sozinho, menos frágil e entregue à própria sorte. No fundo, o que ele gostaria de exigir desse saber é que o libertasse das garras da morte. Passamos a vida inteira alimentando a fantasia de que só os outros

morrem. Não conseguimos encarar a morte (e o morrer) como um atributo essencial da nossa existência.

Morin nos lembra que a espécie humana se distingue, sobretudo, porque ela é a única para a qual a morte está presente durante toda a vida. O autor procura situar uma teoria da continuidade quando afirma que a morte não é mutação e sim continuidade.

A primeira vista, a morte é uma espécie de vida que prolonga, de uma forma ou de outra, a vida individual. De acordo com essa perspectiva, é não uma "idéia", mas sim uma "imagem", como diria Bachelard, uma metáfora da vida, um mito, se quisermos. (MORIN, 1970, p. 25).

Nós da espécie humana, temos trauma da morte, explica Morin. Temos consciência, o que é diferente de ter conhecimento. A morte não existe ainda como conceito nos vocabulários mais arcaicos. Fala-se dela como de um sono, de uma viagem, de um nascimento, de uma doença, de um acidente, de um malefício, de uma entrada para a morada dos antepassados, e, na maioria das vezes, tudo isso ao mesmo tempo.

Esta imortalidade, sinaliza Morin, pressupõe não a ignorância da morte, mas, pelo contrário, o reconhecimento de sua chegada. O que existe na verdade é uma consciência realista da morte; consciência esta incluída no dado pré-histórico e etnológico da imortalidade. E não a consciência da "essência" da morte, pois esta, diz Morin, nunca será conhecida, já que a morte não tem "ser". Porém, mesmo não tendo, não deixa de ser real; ela acontece. E essa realidade encontrará depois o nome próprio: a morte. Assim, ao mesmo tempo que se pretenderá imortal, o homem designar-se-á a si próprio como mortal.

Pensar sobre a morte nos inquieta. Kübler-Ross afirma que essa inquietação é aumentada pelo fato de que, morrer, modernamente, é algo que acontece no hospital, instituição despersonalizada pela própria natureza, sem tempo nem lugar para conviver com as necessidades emocionais dos doentes; diferentemente do que acontecia na época medieval.

Como aponta Ariés:

A morte recuou e deixou a casa pelo hospital. Está ausente do mundo familiar de cada dia. O homem de hoje, por não vê-la com muita frequência, a esqueceu, ela se tornou selvagem e apesar do aparato científico que a reveste, perturba mais o hospital, lugar de razão e técnica, que o quarto da casa, lugar dos hábitos da vida cotidiana. (ARIÉS, 2005, p. 293).

Kübler-Ross faz essa constatação durante as suas conversas com pacientes terminais internados. Ela diz que se permitem a um paciente que ele finde seus dias no aconchegante ambiente familiar, isto requer dele menor adaptação e menos sofrimento. A atenção dos entes queridos, o cheiro da sopa caseira que vem da cozinha, e outros pequenos gestos carregados de afetividade, confortam e fortalecem a alma, e ajuda-os a enfrentar o medo da morte, sinaliza Kübler-Ross.

Isso me faz lembrar do desejo de meus avós maternos, de meu pai e do senhor Antônio Pascoal de Lima, muito simpático, a quem tive o prazer de visitar e de conversar com ele na casa de uma amiga, considerado paciente terminal, um mês antes de sua morte em consequência de um câncer. O olhar dessas pessoas queridas expressava esse sentimento: de querer ficar perto, de querer ficar junto de quem os amava. Naqueles momentos finais o que mais importava não eram os medicamentos, nem a assistência permanente de um médico ou de um enfermeiro; mas os laços, o carinho, o afeto. No filme, **Anjo de vidro**, a personagem de um ex-padre, que está em coma, vivido pelo ator Robin Williams, consegue se comunicar

com uma publicitária que tem uma mãe acometida do Mal de Alzheimer, e confessa que o seu maior medo é o medo de morrer sozinho.

Marie de Hennezel e Jean-Yves Leloup (1999), assim como Kübler-Ross, afirmam que mesmo não podendo amenizar o sofrimento de alguém que está morrendo, é possível pelo menos oferecermos nossa presença e nossa atenção; e muitas vezes é exatamente isso que a pessoa está precisando.

Se nos aproximarmos da pessoa, se olharmos para ela, se tocarmos nela com essa consciência do que ela é – ou seja, muito mais do que aquilo que vemos – nossa abordagem, nossos gestos, nossos olhares não de impregnar-se dessa confirmação afetiva, de confirmação do outro. Talvez esse seja um dos caminhos para a compreensão dos sentimentos que conformam o processo da doença que conduz à morte, e promovam o exercício da sensibilidade solidária em nível individual, pelo compartilhamento de atitudes com comprometimento humano.

Maturana (1998) sinaliza que num sentido estrito, nós seres humanos nos originamos no amor e somos dependentes dele; e ainda que na vida humana, a maior parte do sofrimento vem da negação do amor; porque os seres humanos somos filhos do amor:

Na verdade, eu diria que 99% das enfermidades humanas têm a ver com a negação do amor. Não estou falando como cristão – não me importa o que tenha dito o Papa, não estou repetindo o que ele disse. Estou falando com base na biologia. Estou falando com base na compreensão das condições que tornam possível uma história de interações recorrentes suficientemente íntima para que possa dar-se “recursividade” nas coordenações consensuais de conduta que constituem a linguagem (MATURANA, 1998, p. 25).

O amor de que fala o biólogo chileno, é o amor enquanto fundamento do social. Para ele, só são sociais as relações que se fundam na aceitação do outro

como legítimo outro na convivência, e tal aceitação é o que constitui uma conduta de respeito.

Ainda no tocante a ciência Prigogine nos alerta

[...] estamos só no início da ciência. As leis fundamentais de Newton, de Einstein e de Shorödinger ainda descrevem apenas coisas muito simples, reversíveis. Não só estamos no início da neurologia ou de outras ciências limítrofes, como também em física, e mesmo em matemática, compreendemos muita pouca coisa! (PRIGOGINE, 2002, p. 54-5)

Imaginemos, então, onde nos encontramos em relação aos estudos científicos sobre espiritualidade e suas bifurcações para a compreensão da doença e da morte? Para o entendimento do processo de transição entre a vida e a morte?

3 CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE: CONVERSAS COM PACIENTES TERMINAIS

*Eu me pergunto se todos nós sabemos a que lugar pertencemos, E se sabemos dos nossos corações. Por que quase nunca fazemos alguma coisa a respeito. A vida deve ser mais que isso; deve haver um propósito para cada um de nós. Um lugar ao qual pertencemos.
(Texto extraído do filme Beyond Borders – Além das Fronteiras)*

O pensamento epigrafado acima é parte da fala da personagem interpretada pela atriz Angelina Jolie, no filme **Além das Fronteiras**. Na cena do filme a personagem, após presenciar a morte de crianças em um país asiático, questiona se existe algo que justifique nossa existência aqui na Terra; se existe um propósito (o grande enigma do ser humano).

Acreditamos ser pertinente iniciar esta parte do trabalho com a epígrafe supracitada, já que iremos relatar as conversas que tivemos com os sujeitos da pesquisa, bem como as pontuações selecionadas para sua análise e interpretação à luz das teorias e pensamentos que fundamentam este estudo.

Os primeiros contatos, como já dissemos antes, foram realizados pelo telefone, e através dele nós explicamos rapidamente ao sujeito o nosso interesse em conversar com ele e que contribuição essa conversa traria para a nossa pesquisa.

Realizamos dois encontros com os sujeitos, ambos na sua residência. O primeiro contato foi marcado por telefone; esse foi o momento em que nos apresentamos e fizemos um esclarecimento sobre o trabalho, falamos sobre o nosso interesse e sobre os motivos que nos levaram a pesquisar sobre o tema.

No segundo encontro, realizamos a conversa propriamente dita que girou em torno de uma hora aproximadamente. Interessante como cada conversa tinha o seu impacto próprio, apesar de se tratar do mesmo tema.

Um outro dado que nos chamou atenção foi com relação à nossa interação com os sujeitos. Houve uma empatia desde o primeiro momento; talvez pelo fato deles estarem em suas casas, e não em um quarto de hospital (o que certamente deixava-os menos ansiosos).

Terminada essa fase, passamos a fita cassete para um gravador maior, para podermos ouvir melhor o diálogo: prestar atenção nos ruídos, nas pausas, enfim, em tudo aquilo que o sujeito verbalizava ou deixava de verbalizar no momento da conversa. À medida que ouvíamos o gravador íamos transcrevendo a conversa, tal como escutávamos. É interessante observarmos a diferença dos diversos momentos desse processo: a escuta frente a frente com o sujeito, a escuta da fita no gravador e a leitura dos depoimentos depois de transcritos.

O primeiro momento é sempre mais carregado de emoção porque o sujeito está ali, na nossa frente, falando sobre a sua vida, sobre seus anseios, as coisas que o amedrontam; somos nós e ele ali, olho no olho. Quando paramos sozinhos para escutar ou para ler o material a sensação é diferente; o olhar muda. Parece que nesse momento, em que estamos sozinhos sentimos o peso da responsabilidade de nos situarmos enquanto pesquisador. Procuramos ouvir e reler as transcrições diversas vezes, pois esta é a fase mais difícil da análise: o momento da interpretação das entrevistas. Na verdade entendemos essa interpretação também como uma escuta do texto; por isso nos apoiamos em Kanaan

Semelhante à escuta clínica, a escuta do texto deve levar em conta uma “comunicação entre inconscientes”, procurando depreender das entrelinhas do discurso, seja oral, seja escrito, o desejo de seu autor. Como na experiência clínica, não há como se furtar ao embate dos corpos que se cria nessa relação e do qual nascem os sentidos; não um sentido qualquer, mas aquele impregnado por uma série de experiências, vivências e expectativas de ambos os interlocutores. (KANAAN, 2002, p. 16)

Optamos, primeiramente, por fazer o relato de cada depoimento, de acordo com as pontuações que elegemos para guiar a análise, e logo após analisaríamos conjuntamente. Decidimos, então, apresentar os quatro sujeitos, compondo assim a primeira pontuação, por nós definida como o sujeito singular. Os sujeitos serão apresentados por meio de um nome fictício – o qual será usado durante o depoimento – para preservar a privacidade de cada um deles. Os depoimentos seguirão ao longo das quatro pontuações restantes, anteriormente citadas, para facilitar nossa compreensão sobre a temática.

3.1 UMA TERCEIRA VOZ: LEITURA E RELEITURA DAS CONVERSAS COM PACIENTES TERMINAIS

*Talvez sejamos todos refugiados de alguma coisa. Mas agora vejo que não há nada a temer. Que o mundo ao qual nos prendemos e as vidas que amamos fazem parte de alguma coisa maior. Quando olho para os meus filhos vejo isso tão claramente: essa esperança, essa oportunidade de vida. E então sei que vale a pena lutar.
(Texto extraído do filme Beyond Borders – Além das Fronteiras)*

3.1.1 O sujeito singular

- **Sujeito da primeira conversa: Cecília**

Cecília tem cabelos lisos. É bastante magra e alta; pele muito branca. Possui um rosto delicado, marcado por traços finos. Seu rosto parece aquelas pinturas antigas. Está com quarenta e cinco anos, é católica e graduada em arquitetura e urbanismo.

Está estudando para prestar vestibular para Turismo; trabalha em uma construtora e divide um escritório de arquitetura com uma amiga do tempo da faculdade. É solteira e mora com a mãe. Tem dois irmãos: um com quarenta anos e um outro com cinqüenta e dois anos. Ambos trabalham e residem no exterior há algum tempo. Sua mãe é viúva; perdeu o marido há pouco tempo, e a única irmã que tinha – há um ano – vítima de câncer de mama.

Cecília teve câncer na mama direita e fez cirurgia no início de 2005. Está com metástase (aparecimento de um foco secundário de tumor maligno, a alguma distância do inicial) em um dos ovários e no útero.

O primeiro contato foi mantido com sua mãe, pelo telefone, que agendou uma conversa com Cecília, também pelo telefone. Tivemos uma conversa bem demorada e ela mostrou-se bastante interessada em conversarmos pessoalmente, o que pude comprovar na sua fala: “Estou contente por ter tido a oportunidade de falar sobre os meus sentimentos. E olha que eu não gosto muito de falar sobre mim mesma” (Depoimento concedido por Cecília, em Natal, no dia 03 de setembro de 2005).

E ainda no momento em que nos despedimos: “Quem sabe você não volta aqui novamente? Fale com minha mãe ou me telefone. Espero que você tenha sucesso no seu trabalho!”.

- **Sujeito da segunda conversa: Lúcia**

Lúcia está com cinqüenta e cinco anos. Tem um rosto comprido, olhos grandes e negros; cabelos longos e cacheados. É aquele tipo de mulher que, apesar da baixa estatura não passa despercebida, pois tem uma voz bastante firme e um olhar marcante.

Afirma não ter credo religioso e diz que também não se considera atéia. Está divorciada há dois anos. Tem um casal de filhos, ambos casados, e dois netos. É graduada em Direito, mas nunca exerceu a profissão. Vem de uma família bastante numerosa (oito irmãos), mas mora sozinha desde que os filhos casaram.

Devido à doença mudou-se para a casa de seus pais. É proprietária de uma pequena floricultura, e cuida sozinha dela, quando pode, com muita dedicação. Quando está internada, sua irmã mais velha assume a floricultura. Teve câncer no colo do útero há um ano. Retirou o útero, mas não quis retirar os ovários. Fez várias sessões de quimioterapia e está com metástase no ovário e no fígado. Diz que sua principal característica é fazer piada com tudo; inclusive com os momentos críticos de sua vida.

Tivemos uma conversa por telefone e ela aceitou de imediato encontrar-se pessoalmente. No nosso encontro ela falou que havia chegado do hospital há apenas vinte dias e que ainda estava um pouco fraca; mas mesmo assim queria conversar.

- **Sujeito da terceira conversa: Renato**

Renato é formado em Comunicação. Tem cinquenta e sete anos, trabalha em um jornal e é sócio de uma colega em uma pequena empresa publicitária. É uma pessoa bastante bem humorada, alegre: como aquelas que costumamos dizer que transmitem uma energia boa. Gosta muito de brincar com as pessoas e de contar piadas. É casado, tem duas filhas: uma formada em Fisioterapia e outra que está cursando Enfermagem. Está com um tumor na próstata e vai fazer cirurgia este ano.

Gosta muito de sair para passear com a família e fala com certa tranquilidade sobre sua doença e a cirurgia a qual irá submeter-se.

Vou ser cirurgiado no começo de novembro. Já pensou? Vou passar Natal e Ano Novo em repouso; não vou poder dançar, nem tomar minhas 'biritas' com os amigos e a família. Já até proibi minha mulher de beber também... É brincadeira (sorri).
(Depoimento concedido por Renato, em Natal, no dia 22 de setembro de 2005).

Renato deixa claro que adora conversar com as pessoas e atribui isso ao fato de ser formado em Comunicação.

Eu gosto é de falar mesmo! Falar muito! E isso é em todo lugar: em casa, na vizinhança, no trabalho, no barzinho com os colegas. E eu converso com todo mundo sobre minha doença 'numa boa'. É tanto que meu médico quando precisa realizar algum procedimento, ou indicar algum medicamento passa horas me explicando tudo direitinho. Eu digo sempre a ele: conte tudo. Explique tudo que eu quero chegar lá em casa e falar tudo para a minha família nos mínimos detalhes. E ainda tem os colegas, que com certeza vão querer saber! Preciso me inteirar da situação para poder falar com propriedade sobre o assunto. Aí ele (o médico) brinca: *Daqui a pouco você vai querer tomar o meu lugar. Vai ficar falando e eu só escutando!* Eu brinco muito com ele. Sabe, é legal poder dar risadas até dos nossos males incuráveis!

- **Sujeito da quarta conversa: Anita**

Anita, o quarto sujeito com quem conversamos, é pedagoga e diretora de uma escola pública, que fica próxima da sua residência.

Sua figura lembra muito aquelas "mãezonas" de filmes estrangeiros: muito forte, alta, pele branca, cabelos castanhos presos com um broche, formando um coque no alto da cabeça. Está com sessenta anos. É solteira e mora com a mãe e

uma irmã mais nova do que ela dois anos. Têm câncer na mama direita e metástase no intestino.

Segundo sua irmã, o médico decidiu não fazer a cirurgia, devido ao estado avançado em que a doença se encontra; por isso mandou-a para casa. Anita não sabe da gravidade da situação; pensa que ainda vai ser submetida à cirurgia, e que o médico está apenas esperando o resultado dos exames.

Perdeu a irmã mais nova, vítima de leucemia. Segundo ela, a doença foi mais rápida do que o transplante que estava marcado em São Paulo.

A conversa foi marcada através da irmã de Anita, após sua aceitação. No primeiro encontro ela estava ainda muito fraca e sonolenta, por isso remarcamos para um outro dia.

É um prazer conhecer você. Olhe, eu vou ter que conversar deitada mesmo. Você não se importa, não é? É que eu estou fraca mesmo. Desde que cheguei do hospital ainda não levantei dessa cama.
(Depoimento concedido por Anita, em Natal, no dia 01 de outubro de 2005).

Anita relatou que há algum tempo vinha escondendo, da mãe e das irmãs, um inchaço na mama direita; falou que só havia comentado com duas amigas que trabalhavam na escola onde ela era diretora, mas proibiu-as de falar para sua família. Segundo ela, as amigas concordaram após sua promessa que iria mostrar a um especialista. Entretanto ela não foi.

Não fui. Você pode achar que sou ignorante. Mas sabe, se você tivesse perdido uma irmã bruscamente como eu perdi, e tivesse que cuidar de sua mãe que depende de você para tudo... Ninguém entende... Minha irmã morreu muito jovem; tinha leucemia. Nem chegou a fazer o transplante, que já estava marcado. A doença foi mais rápida.

A mentira é sempre combatida em nossa educação desde a mais tenra idade. Contudo, nossa cultura acaba por legitimá-la, e, às vezes, até recomendá-la, quando nos encontramos envolvidos em um contexto de doença e morte. O médico e a família do paciente terminal na maioria das vezes se vêem diante de um impasse: se devem ou não contar a verdade.

Hennezel e Leloup (1999) sinalizam que tal questão coloca-nos diante de nosso pressuposto antropológico: se, na verdade, acreditamos que o ser humano tem apenas esta vida, convém prolongá-la o mais possível e permitir que ele viva o pouco tempo que lhe resta nas melhores condições. Ao tomarmos esse tipo de atitude, apontam ainda os autores, esquecemos que no final da vida o corpo da pessoa sabe que vai morrer.

Apesar do médico não ter falado a verdade para Anita, seu corpo anuncia o avanço da doença. Além disso, ela já havia perdido uma irmã há algum tempo, e como ela mesma confessa a doença evoluiu tão rápido, que o transplante de medula ao qual sua irmã estava prestes a ser submetida não chegou a realizar-se. Um outro dado que nos mostra o quanto Anita sabe da evolução de sua doença é o fato dela querer esconder da sua mãe e das irmãs o inchaço que descobrira na mama há bastante tempo. Mais à frente, poderemos observar no seu depoimento, quando ela fala sobre o momento de receber o diagnóstico, que ela confessa que até já sabia do que se tratava.

Pensamos que talvez a questão principal não consista em sabermos escolher entre dizer a verdade ou mentir para o paciente. Mentir sempre causa sofrimento, quer junto de um doente ou na vida em geral. Mas no caso preciso de um paciente em estado terminal, Kübler-Ross (198) assinala que a mentira pode vir a aumentar a dificuldade na qual ele já se encontra.

A questão, portanto, segundo Hennezel, consistirá antes em sabermos “como” dizer a verdade, sem levar a pessoa a confinar-se em seus sintomas, em sua doença, em seu ser para a morte.

3.1.2 Impactos do diagnóstico

O diagnóstico causou um forte impacto sobre Cecília, deixando-a arrasada. Segundo ela, a médica que a acompanhou no início da doença era muito próxima de alguém da sua família, e falou para ela que o seu problema era semelhante ao da tia que havia morrido um ano após fazer a cirurgia. Cecília ainda estava muito fragilizada pelas perdas: perdera essa tia, o seu pai e o namorado:

Fiquei arrasada. Chorei muito, logo após a notícia, mas... Não sei. Parecia que eu já sabia quando ele me mandou entrar na sala [...]. Você deve saber que esse tipo de notícia abala não só a pessoa, mas os familiares e pessoas próximas. Pensei logo na minha mãe: perdeu a irmã, o marido e provavelmente iria me perder.

O diagnóstico mostrou para Cecília sua real condição. Na sua fala, ela deixou claro também que achou muito dura a maneira como a médica lhe deu a notícia. Não queremos dizer com isso que o médico deva esconder o diagnóstico do paciente. Mas certamente existe uma forma mais humana de se dizer para uma pessoa que ela está com uma doença terminal.

Isso nos remete ao pensamento de Paracelso quando defendia o exercício da prática médica de uma forma devotada e desinteressada, respeitando a diversidade que faz de cada pessoa um sujeito único, singular, insubstituível. Hoje, esse pensamento encaixa-se perfeitamente nas idéias inclusivas sobre o respeito às diferenças.

Ismael (2002) sinaliza muito bem essa questão quando diz que o médico deve exercer seu ofício olhando para o paciente como um outro de si mesmo. E afirma, ainda, que essa identificação médico/paciente “só alcançará a plenitude da perfeição se estiver sob o domínio de Eros, indispensável para enriquecer o saber médico com manifestações de respeito, ternura e compaixão pelo paciente” (ISMAEL, 2005, p.19).

Ternura, compaixão, respeito são atributos da espiritualidade. Não são exclusivos apenas das religiões, ou das ciências; são atributos do ser humano, da carne mortal.

Lúcia recusou-se a aceitar o diagnóstico. Conta que ficou bastante revoltada; brigava com tudo e com todos. Fala que foi o momento mais difícil que viveu até então.

Tenho lutado como posso contra essa minha doença. No início, quando soube do diagnóstico, fiquei revoltada. Senti raiva de tudo e de todos. Tive depressão e me recusava a ficar internada para fazer o tratamento quimioterápico. Discutia com os médicos e as enfermeiras, com meus familiares. Depois, fiquei como que paralisada. Podia o mundo desabar que para mim era indiferente... Parecia um zumbi.

Com relação a essa raiva expressada no depoimento de Lúcia, encontramos também nos relatos dos pacientes entrevistados por Kübler-Ross. A terapeuta aponta a raiva como um estágio normal vivenciado pelo paciente diante de sua doença. Além da raiva, Kübler-Ross identificou outros estágios pelos quais a maioria dos pacientes terminais hospitalizados atravessavam na evolução de sua doença: negação e isolamento, barganha, depressão e aceitação.

No estágio da negação e isolamento os pacientes não conseguem enfrentar os tristes acontecimentos relacionados ao diagnóstico e à doença e se revoltam

contra o mundo, contra as pessoas, contra Deus. Essa negação é rapidamente substituída por sentimentos de raiva, de revolta, de ressentimento. É muito difícil para a família e para equipe médica, afirma Kübler-Ross, lidar com esse estágio; porque essa raiva se propaga em todas as direções e projeta-se no ambiente (familiar e hospitalar) sem razão plausível. Geralmente, diz ela, as enfermeiras são o alvo constante de raiva dos pacientes; as visitas dos familiares são recebidas com pouco entusiasmo e sem expectativa, transformando-se em um encontro penoso.

O terceiro estágio, o da barganha, é útil ao paciente, mesmo que por um período curto. É quando o paciente procura entrar em algum tipo de acordo que adie o inevitável. A barganha é uma tentativa de adiamento e tem de incluir um prêmio oferecido por um **bom comportamento**; estabelece também uma **meta** auto-imposta (como por exemplo, assistir o casamento de um filho, ao lançamento do livro de um amigo, a um show) e inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido.

Segundo Kübler-Ross, “a maioria das barganhas são feitas com Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessionário do capelão” (KÜBLER-ROSS, 1981, p. 89). O estágio de depressão surge quando o paciente não pode mais negar sua doença, quando é forçado a submeter-se a mais uma cirurgia ou hospitalização; quando começa a apresentar novos sintomas e tornar-se mais debilitado. Então, “seu alheamento e estoicismo, sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda” (KÜBLER-ROSS, 1981, p. 91).

A autora afirma que quando o paciente não tem uma morte súbita e inesperada, tendo assim tempo necessário para receber algum tipo de ajuda para superar todo esse processo de negação, raiva, depressão. É o que ela chama de estágio de aceitação. Sinaliza que não se deve confundir essa aceitação com

estágio de felicidade. Pois afirma que ele é quase uma fuga de sentimentos. “É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do *repouso derradeiro antes da longa viagem*” (KÜBLER-ROSS, 1981, p. 118).

Embora esses “estágios” descrevam com bastante propriedade experiências típicas do doente terminal, não concordamos com a autora que eles formem uma espécie de escala ou graduação. A singularidade radical de cada sujeito impede que se faça tal afirmação.

Cabe aqui ressaltar, que durante as conversas que tivemos com os sujeitos dessa pesquisa, não foi nosso objetivo interpretarmos os seus relatos com base em estágios ou etapas; embora os estudos de Kübler-Ross nos tenham sido bastante úteis para entendermos o quanto essas pessoas necessitam de alguém que converse com eles e, principalmente que os deixem falar sobre sua doença.

Morin afirma que mesmo quando está pronto para morrer, o ser humano, na medida em que tem o sentimento ou a consciência da sua individualidade, continua a odiar a morte da espécie, a morte natural. Segundo ele, o que existe é um complexo de inadaptação e de adaptação.

Na verdade, o triplo dado antropológico da consciência da morte (consciência de uma ruptura, traumatismo, imortalidade) revela inadaptação. Contudo, essa inadaptação humana à morte é relativa, e a adaptação é igualmente relativa. Pois embora o homem que arrisca a vida esteja a ponto de assumir sua morte, não deixa de odiá-la.

Renato procura enfrentar a notícia do diagnóstico com coragem, embora não negue que ficou preocupado.

Eu diria que a minha atitude logo que soube do diagnóstico foi de alguém que está enfrentando o problema de frente. Não vou lhe dizer que não estou nem aí para o que está acontecendo comigo, pois estaria mentindo. Mas também não fico obcecado, contando os dias e as horas numa espécie de contagem regressiva. Eu vou vivendo um dia de cada vez.

Essa atitude positiva de Renato frente à doença talvez tenha a ver com o que Kübler-Ross denomina de esperança; outros pesquisadores chamam de fé. Ela aponta que a esperança persiste durante todo o processo vivido pelos pacientes terminais, desde a negação até a aceitação da doença.

Viver um dia de cada vez, para Renato talvez signifique enfrentar a realidade; ter consciência da sua condição humana e da sua fragilidade. Falar de sua doença com a família e os amigos não é uma tortura para ele. Ao contrário, funciona como algo que o ajuda a colocar para fora toda a possibilidade de angústia e sofrimento; como uma catarse.

Anita confessou que ao receber a notícia de que estava com um tumor no seio na verdade já sabia do que se tratava. Por isso mesmo vinha escondendo da sua mãe e dos familiares há um ano. Conta que não foi ela que decidiu ir a um especialista e que só foi porque contraiu uma virose e precisou submeter-se a alguns exames no hospital.

Ele (o médico) não me contou nada que eu já não soubesse. Há um ano eu venho escondendo da minha mãe e das minhas irmãs esse caroço que tenho no seio. [...] Eu não resolvi. Minha irmã resolveu. Acontece que adoeci; peguei uma virose braba e fui parar no hospital, onde precisei ficar internada. O médico falou que eu estava com um começo de pneumonia. Tenho duas irmãs: uma solteira como eu, e outra, que é viúva. Então minha irmã mais velha veio ficar comigo no hospital e quando ela foi me ajudar a trocar a roupa, percebeu o vermelhão na minha mama direita. Ela ficou horrorizada. Eu tive que contar que há um ano sentia dores e pontadas no mamilo direito. Ela resolveu chamar um especialista para fazer um exame no mesmo dia. O

médico veio e disse que eu teria que fazer uma punção. Eu disse a ele que já sabia que estava com um caroço no seio e que já imaginava qual seria o resultado dos exames.

Anita tinha consciência do câncer no seio. Afinal, tudo apontava para esse diagnóstico: o inchaço, as dores que sentia. Além disso, era uma pessoa bastante instruída. Mesmo assim ela optou por esconder mobilizada pelo medo de encarar uma realidade que já conhecia. Qual o motivo dessa fuga? Seria um sentimento de culpa por ter que se assumir como mais uma pessoa na família com uma doença terminal? Por que essa atitude passiva diante da doença?

3.1.3 Indicadores da ciência

Com relação à prática médica, enquanto ciência que trata da pessoa doente, os procedimentos foram devidamente realizados, como podemos observar nos seguintes trechos da fala de Cecília:

Eu estava necessitando tratar melhor o meu problema. Fui operada em fevereiro deste ano, lá no Hospital "X". Retirei um tumor na mama, que segundo a biópsia era maligno.

Cecília havia chegado do hospital há quatro semanas, após submeter-se a uma sessão de quimioterapia. Estava em casa com sua mãe e uma meia-irmã de sua mãe, que sempre fica com a mãe de Cecília quando ela precisa ficar internada.

Lúcia ainda estava fraca por sentir os efeitos da quimioterapia que havia se submetido há vinte dias. Mesmo assim não parava de falar. A impressão que dava

era que ela queria dizer tudo ao mesmo tempo. Procura falar da sua doença quase que em tom de brincadeira. Fala que faz tudo para não entrar em depressão.

Meu médico me disse que quando a gente está com esse tipo de doença a depressão só acelera o nosso fim. [...] A morte para mim é esse tumor que começou no útero e está se alastrando pelo meu corpo. Na época da cirurgia o médico aconselhou-me a fazer esterectomia total. Eu não aceitei de jeito nenhum. Foi pior para mim.

A esterectomia total de que fala Lúcia é um procedimento cirúrgico onde seus órgãos reprodutores, como o útero e os ovários, seriam retirados totalmente. Como Lúcia teve câncer no colo do útero, tal procedimento poderia evitar que os outros órgãos sofressem com a metástase.

Lúcia refere-se à sua doença como: *esse tipo de doença*. Por que ela não fala o nome maligno de sua doença? O velho caranguejo, o câncer da esfera celeste que se instala no corpo. Como diz Morin, *a irrupção do cosmo no homem*.

Renato fala que quando não está em tratamento sai bastante; diz que sair para arejar é muito bom. Mas às vezes os efeitos colaterais dos medicamentos o impedem de sair; e nessas horas ele conta muito com o apoio da família.

Estou me sentindo bem. Às vezes sinto tonturas, mas o médico disse que é normal. Por causa dos medicamentos. Efeito colateral sabe como é... Mas eu tenho aqui a minha enfermeira predileta, que cuida muito bem de mim (aponta para a filha mais nova que está no quarto, e sorri). Sinceramente o tal tumor não me incomoda. Só fico ruim quando sinto aquela sensação de desmaio, por causa dos remédios que tomo.

Talvez um dos sofrimentos revelados no final da vida é justamente a sensação de solidão, sentida por alguns pacientes hospitalizados. Daí a importância da família ao redor do doente. Renato deixa clara a satisfação que sente em poder

contar com o cuidado e apoio da família. Há uma diferença significativa entre o paciente que está sob cuidados médicos em um hospital e que recebe visitas temporárias da família e aquele que recebe os cuidados médicos em casa e conta com a presença constante dos familiares e amigos.

Até porque esse momento da proximidade da morte não é um momento propriamente clínico, mas um momento que, à semelhança do nascimento, é uma das passagens da vida. Essa idéia de passagem tem um peso antropossociológico. No caso da morte, não se trata apenas um **fenômeno natural**, (a vida, ou a alma, abandonando o corpo), mas também de uma mudança de regime ao mesmo tempo ontológico e social: ao morrer a pessoa deve enfrentar certas provas que dizem respeito ao seu próprio destino pós-morte, e ser também reconhecida pela comunidade dos mortos e aceito entre eles. Há uma correspondência estrutural entre as diversas modalidades de passagem: “das trevas à luz (Sol), da preexistência de uma raça humana à manifestação (Antepassado mítico) da Vida à Morte e à nova existência *post-mortem* (a alma)” (ELIADE, 2001, p. 146).

Eliade esclarece que toda forma de “Cosmos” (como o Universo, o Templo, o corpo humano, a casa) é dotada de uma “abertura” superior. Essa abertura torna possível a **passagem** de um modo de ser a outro, de uma situação existencial a outra. Eliade sinaliza que todos os rituais e simbolismos da “passagem” exprimem uma concepção específica da existência humana. Mesmo nascendo, o homem ainda está inacabado; deve nascer uma segunda vez, espiritualmente. Logo, ele se torna homem completo, passado de um estado embrionário, imperfeito, a um estado perfeito, de adulto. Portanto a existência humana chega à plenitude após uma série de ritos de passagem.

Anita relata que ficou chateada com a forma que o médico dirigiu-se a ela, quando lhe falou que até já imaginava qual seria o resultado do exame, e, por isso mesmo não procurou ajuda especializada.

Quando falei para ele (médico) que já sabia qual seria o resultado dos exames, por isso não procurei um especialista, ele me deu o maior carão. Acho que foi até um pouco ríspido. Só não me chamou de ignorante com palavras; mas o olhar dele disse tudo: *Nos tempos de hoje, dona Anita? Com tanta informação na mídia, tantas campanhas, e a senhora com medo de consultar um médico? A senhora sabe quantas vidas podem ser salvas quando se faz um exame preventivo?* Ele falou um monte de coisas! Eu respondi que ele estava com toda razão, mas que tinha sido uma opção minha, pois achava que era apenas uma inflamação. Tanto é que fazia compressa, tomava os remédios caseiros e achava que melhorava! [...] Estou me sentindo muito fraca. Tive que fazer uns exames. Estou tomando remédios fortes. Acho que eles estão me deixando deprimida. Na verdade tenho estado sempre sonolenta. Esses medicamentos me dão um sono danado... Veja, o soro está acabando! Será que dava para você chamar a minha irmã? Avise para ela que o soro está terminando... O meu quarto tem cheiro de hospital, você não acha?

Anita deixa evidente sua atitude suicida. Ela é passiva de sua pulsão de morte. O médico não percebeu isso e falou como um médico deve falar: como um defensor da vida a todo custo! Ela havia prometido para suas amigas de trabalho que iria procurar um médico e fazer os devidos exames, há um ano antes, mas não fez. A forma como o médico se dirige a Anita pode até parecer fria, árida; mas o que ele diz é bastante pertinente. Quantas vidas de pacientes com câncer já foram salvas pela medicina, por causa de campanhas e exames preventivos! Quantas pessoas morreram por descuido, descaso, medo de procurar ajuda especializada!

- **3.1.4 Marcas da espiritualidade**

Durante nossa conversa Cecília deixou claro que não gosta muito de dividir sua vida, seus sentimentos; prefere guardá-los para si. Confessou que acha muito mais terapêutico estudar para o vestibular que está pretendendo fazer e elaborar os seus projetos arquitetônicos:

Os meus projetos, os meus livros e apostilas me dão a sensação de que eu não estou morrendo; me dão esperança. Ou pelo menos me dão a ilusão de que eu não tenho essa doença horrível. Sabe lá no hospital as pessoas me diziam que tinham mais medo de sofrer, de sentir dor, do que propriamente de morrer. Eu já não penso assim. Pois quando você sente dores significa que está vivo. Sofrer significa estar vivo, significa que você ainda está ali.

A espiritualidade de Cecília é expressa por meio de seus estudos: os projetos arquitetônicos que faz, os livros que lê; ou seja, manter a mente ocupada significa para ela estar vivendo, estar viva. Significa não entregar-se. Esta parte do depoimento de Cecília não deve ser lida como uma fuga. Pois para ela até o ato de sofrer significa permanência, significa que ela ainda sente que pertence à ordem das pessoas, das coisas, da vida.

Apesar de ter se definido como uma pessoa reservada Cecília falou um pouco dos seus sentimentos, da sua afetividade, da sua religiosidade. Em um dos momentos ela mencionou que conversa com o padre da paróquia sempre que tem oportunidade, e que assiste às missas de cura e libertação, porque isso também tranqüiliza sua mãe. Mas afirma que às vezes sente-se melhor quando está sozinha; lendo ou estudando.

Sou sincera em lhe dizer que não sou de ir à missa sempre não. Vou quando tenho vontade. Quando tem missa de cura e libertação eu vou... Às vezes vou simplesmente para ouvir aqueles hinos, sentir aquela paz que

aquele ambiente transmite. Olhe, eu não me considero uma pessoa muito religiosa; faço isso também por minha mãe. Ela diz que eu vou me sentir melhor. Às vezes dá certo. Às vezes eu me sinto melhor estudando, lendo... Sozinha.

Algumas pessoas, mesmo quando se dizem não religiosas, nos momentos críticos e críscicos da vida procuram conforto junto ao sagrado; são aqueles espaços sagrados de cada um de que fala Mircea Eliade.

Nessa fala de Cecília, mesmo justificando que vai à missa para agradar à sua mãe, mesmo afirmando que se sente melhor estudando, lendo, sozinha, deixa claro que se sente bem naquele ambiente que lhe transmite paz.

Lúcia falou o tempo inteiro sobre como vem enfrentando sua doença. Percebe-se na sua fala uma mistura de medo e sarcasmo. O tom jocoso parece ser usado para disfarçar a enorme angústia que sente por ter que conviver com a dura realidade da doença. Por isso ela procura se apegar aos objetos, às pessoas, às suas flores, às suas lembranças.

Geralmente as pessoas religiosas, que acreditam que vão morrer e viver uma outra vida, num outro tempo, vida eterna, coisas desse tipo, pensam que vencer a morte é se conformar com ela [...]. A todo instante digo para mim mesma que vou morrer; meu coração vai parar de bater um dia e meu corpo vai para debaixo do chão, mas uma parte de mim vai ficar aqui: a lembrança de que eu vivi; de que eu andei sobre este chão, fiz coisas, conheci pessoas, amei, odiei, elegi governantes [...]. Com certeza você é uma pessoa religiosa. Eu não sou. Também não sou descrente. Eu até acredito em muitas coisas. Acredito que minhas plantas ouvem quando eu falo com elas, que o meu cachorro me entende, que aquelas pessoas que fazem as coisas com a melhor das intenções sempre acabam machucando alguém; que alguns homens são sinceros, que algum dia vai existir solidariedade no mundo. Tá vendo, eu não sou descrente! As pessoas religiosas da minha família (e olhe que são muitas) vivem me aconselhando a ir a uma missa, a um culto evangélico, a me dedicar mais às coisas do espírito; a ler a Bíblia, por exemplo. Eu não faço nada disso.

Lúcia define-se como uma pessoa não religiosa. Interessante como frequentemente se utiliza os termos religião e espiritualidade como sinônimos. Certamente quando aderimos a uma crença religiosa não deixa de ser uma forma de

vivermos a espiritualidade. Contudo também é possível vive-la sem necessariamente estarmos ligados a uma religião. Lúcia vive essa espiritualidade cuidando de suas flores, da mesma forma que Cecília além de buscar refúgio junto ao sagrado, procura vivê-lo dedicando-se aos seus projetos arquitetônicos e aos estudos.

Como Platão, Lúcia acredita que tudo aquilo que cresce, se reproduz e se alimenta possui a sua alma. As plantas a ouvem quando ela fala com elas; seu cachorro a entende, porque todos partilham o mistério da vida e da morte.

Coincidentemente (ou não) algum tempo depois que conversei com Lúcia, assisti a um filme na televisão intitulado, **Gideão: um anjo em nossas vidas**, onde se passa a história de um rapaz, deficiente mental, que faz a opção de ir morar em um asilo para pessoas idosas. Essas pessoas haviam sido colocadas ali por seus familiares para *esperar a morte de uma forma tranqüila*. O protagonista – Gideão – tem leucemia, mas não revela a ninguém; e é confundido pela maioria das pessoas da instituição com um gênio, uma pessoa de uma inteligência fabulosa, exatamente pela maneira simples e natural de se relacionar com a natureza, com os animais, com as pessoas. No final do filme a mensagem que ela deixa se encaixa perfeitamente no pensamento de Lúcia: a vida é um mistério partilhado por todos os seres vivos...

Lúcia deixa claro na sua fala que para ela, procurar ajuda de outras pessoas, ou voltar-se para as “coisas espirituais” (como ela chama) é fugir da doença; é não querer enfrentar a realidade. Lembro-me que lhe perguntei se ela achava que as pessoas que estão muito doentes e procuram apoio espiritual estão fugindo da realidade e ela respondeu-me com outra pergunta: *E não estão?* Respondi-lhe que era o que eu estava tentando descobrir. Ao que ela retrucou:

Não espere tanto! Nem da ciência, nem da religião. Pois nem uma nem outra estão sendo capazes de me ajudar nesse momento (pequena pausa)... (sorriso). Se você não se incomodar, gostaria de lhe mostrar o meu jardim, minhas plantas. E depois lhe oferecer um café.

Lúcia estava nos dando uma lição. Estávamos tão preocupados em encontrar respostas para as nossas dúvidas na sua fala, e ela simplesmente nos diz: Olha, eu estou morrendo! Isso é realidade. E eu não apenas tenho conhecimento dessa realidade, como também estou consciente dela. Por isso o que eu quero agora é 'curtir' minhas plantas, meu jardim, e partilhar esse momento com você!

Fomos olhar as plantas, pois já estava ficando tarde, e sugerimos que o café poderia ficar para depois. Ao que ela imediatamente respondeu: "Faço questão que tome um café comigo. Pode ser que não tenha depois!"

Passear com a família e encontrar com os amigos são atividades que fazem parte do dia-a-dia de Renato. Ele fala o tempo inteiro que essas coisas o ajudam a enfrentar os dias difíceis. No seu relato ele conta que seus amigos rezam muito por ele e isso o deixa muito tranqüilo e feliz, porque acredita e tem muita fé em Deus.

A minha família me apóia muito; me dá forças, 'levanta o meu astral'. Você precisa ver. O pessoal amigo quando se encontra comigo fala que está rezando por mim; diz que eu vou ficar curado. E eu acredito nisso. Toda noite eu me ajoelho e rezo, e peço a Deus a minha cura. E tenho certeza que minha prece está sendo ouvida. Olhe, eu sou muito brincalhão, adoro uma farra, um papo com os colegas. Adoro sair para 'curtir' com a família sempre que posso; e tenho muita fé em Deus. Não sou assim religioso de viver na missa; acho que vou à missa, durante o ano todo, umas quatro vezes: no Natal, na Quarta-feira de Cinzas, no Domingo de Páscoa, no dia do Corpo de Cristo, no dia da padroeira da Cidade e no Dia de Finados.

Falei para ele que tinha conseguido contar seis vezes ao invés de quatro, e comentei que ele havia relacionado datas bem significativas para a igreja católica, apesar de afirmar que não é muito religioso. Ao que ele respondeu:

É! (sorrisos) São elas (aponta para as filhas e para a esposa, que vão entrando). Elas que acabam me convencendo. Mas eu não vou insatisfeito; nem vou como que por uma obrigação. Vou porque quero e gosto. Aquele lugar, a igreja, me transmite paz. Eu gosto de ouvir aqueles hinos, aquelas vozes, aquele ritual todo. Acho que tudo aquilo me faz bem!

Como Cecília, Renato procura alento no templo religioso, no espaço sagrado; mas diferentemente dela, procura conforto espiritual na religião e acredita que a fé pode curá-lo.

Nos últimos anos, estudos científicos de diversas partes do mundo já comprovaram a importância da fé na vida das pessoas. É comum vermos depoimentos de pacientes em documentários televisivos ou em periódicos envolvendo o que algumas pessoas chamam de “o poder da oração”.

Jeff Levin, é um epidemiologista social formado em religião, sociologia, saúde pública, medicina preventiva e gerontologia na Universidade Duke, na Universidade da Carolina do Norte, na Divisão Médica da Universidade do Texas e na Universidade de Michigan. Ele define esse tipo de estudo como epidemiologia da religião; ou seja, o estudo científico de como fatores espirituais previnem a incidência de enfermidades em determinadas regiões e a mortalidade, e promovem a saúde e o bem-estar. Estabelecendo o relacionamento existente entre ciência, medicina e espiritualidade.

Renato parece acreditar que sua cura pode acontecer com ajuda do poder da oração. Perguntou-me o que eu achava a respeito. Respondi-lhe que se ele se sentia bem era o que realmente importava. Ele sorriu e continuou falando sobre como tem enfrentado os momentos difíceis da doença. Procura deixar claro que a palavra depressão para ele não existe, e que procura aproveitar todos os momentos da vida fazendo as coisas que gosta, com as pessoas que gosta.

Para mim não tem tempo ruim. Esse tipo de atitude: tristeza, depressão, revolta não vai me ajudar! Olhe, sabe para onde nós vamos daqui a pouco? Eu e minha mulher? Vamos ao teatro. Eu preciso assistir a uma peça para escrever um artigo; além do mais eu gosto muito de teatro. Depois vou jantar com ela e nos encontraremos com as meninas (filhas) no Via Direta, mais tarde; vamos ouvir uma musiquinha ao vivo.

A atitude positiva de Renato frente à vida, a crença que a fé pode lhe ajudar, o carinho e o apoio da família e dos amigos são coisas que têm ajudado bastante a enfrentar a doença. Além disso, ele procura manter a mente em atividade: ou por meio do seu trabalho ou por meio de atividades lúdicas e criativas como assistir a uma peça, ouvir música, escrever um artigo para o jornal.

Anita preocupa-se muito com a sua mãe; por ela ser idosa, mas principalmente porque elas são muito ligadas uma com a outra. Fala que depois que a irmã mais nova morreu a mãe ficou com aversão a consultórios médicos, e que a mesma tem uma saúde “de ferro”.

Segundo Anita, sua mãe pensa que ela está com problema no pulmão, porque é ex-fumante. Diz que a mãe passa o tempo inteiro fazendo lambedores caseiros para ela. A fala de Anita é sempre carregada de afeto quando se refere à sua mãe. Sua preocupação maior é evitar que a mãe sofra; por isso confessa que não quer que ela saiba da cirurgia (a qual pensa que ainda irá submeter-se).

Relata que começou a trabalhar muito cedo e que desde o início sempre trabalhou na área da educação. Confessa que ama ensinar e que adora participar do dia-a-dia da escola.

Olhe minha mãe não sabe do meu problema. Isso a mataria. Ela pensa que estou apenas com um pequeno problema nos pulmões, porque já fumei muito. [...] Na verdade eu estou preocupada com o meu trabalho. Tive que me afastar da escola de repente, e nem tive tempo de passar todas as orientações para a vice-diretora. Como vai haver eleições para diretor eu estava ajudando na organização. Eu sou

professora, mas atualmente estou na direção da escola. Eu adoro aquilo ali... Adoro trabalhar com aquelas pessoas, aqueles alunos. Aquilo lá é minha vida! Eu gosto do que faço. Gosto de ser gestora e também gosto de dar aulas. Sempre que um professor faltava, eu mesma ia para a sala de aula. Engraçado a vida... A gente nunca imagina o que ela nos reserva. Eu pensava que ia poder candidatar-me e agora estou aqui; deitada numa cama, doente, tomando soro, tomando remédios.

Recorrer a mentiras pode se constituir em praxe comum entre doentes terminais. A mentira em si é algo que se reveste de forte carga moral. No âmbito da ciência ela é vista como inimiga número 1, pois a ciência não pode se basear em mentiras para curar as pessoas. É de se esperar que pessoas com doenças terminais recorram a mentiras, enganos, ilusões, que nada mais são do que auto-ilusão. Instala-se um teatro em que os atores todos estão pactuados em se acreditarem mutuamente; caso contrário todo teatro desmorona.

Anita se recusou por um ano a se consultar acerca de um caroço no seio: “Eu sabia do que se tratava”. Já para o médico ela veio com uma história de que “achava ser apenas uma inflamação”. Muito diferente da atitude de Renato que “procura se inteirar de tudo que está relacionado com sua doença”.

Curioso observar que esse tipo de paciente recorre ao auto-engano e os aparentes efeitos dessa atitude para com sua qualidade de vida nos momentos finais de sua luta contra a morte.

Outra coisa muito diferente é a obsessão pela verdade científica presente na atitude de muitos médicos. Não se trata disso. Essa “verdade” racionalista, cartesiana, pode ser ela mesma uma forma de se iludir.

No que se refere à espiritualidade, Anita expressa-a por meio do afeto que dedica à sua mãe e pelo prazer que sente no seu trabalho: dar aulas, conviver com os alunos, participar do dia-a-dia da escola; são coisas que a fazem sentir-se viva.

Poder amar, dar amor e sentir-se amada – emocionar-se; poder ensinar, dedicar-se ao trabalho escolar – produzir, criar; são atividades do espírito.

3.1.5 Medo da morte

O medo da morte está presente no discurso de Cecília. Ela fala que está difícil conviver com essa realidade. A separação da mãe, a possibilidade de não poder fazer o curso de Turismo, de não concluir seus projetos deixam-na apavorada:

Estou morrendo de medo de morrer. Conheço pessoas que mesmo estando com saúde têm medo de morrer; não gostam nem de tocar nessa palavra. Acho que sinto medo por saber que não vou mais ver minha mãe; não vou terminar o curso de Turismo; não vou mais fazer os projetos arquitetônicos que gosto tanto. Vou simplesmente fechar os olhos e deixar de existir.

Kübler-Ross salienta que o homem não tende a encarar abertamente seu fim de vida na terra; só ocasionalmente e com certo temor. É uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença. Cecília não nega esse medo e se inclui nesse grupo de pessoas. O fim de sua existência, como ela mesma coloca, não é visto como algo fácil de aceitar.

Já no depoimento de Lúcia o medo da morte aparece sob o disfarce do enfrentamento. Ela procura mostrar que é muito apegada à vida, aos objetos, às lembranças...

Gostaria de lhe pedir, se você não se importar, para deixar uma cópia da gravação dessa conversa comigo. É que eu estou guardando tudo o que está relacionado com a minha doença: fotos, presentes que recebo, livros que comprei durante a doença... Quero deixar tudo de lembrança, como uma parte de mim que não irá [...]. Uma marca sabe? Algo material. Eu já vou lhe respondendo o que imagino que você vai perguntar. Eu sei que

posso morrer a qualquer momento. Tenho que ir. Mas parte de mim fica aqui nesta casa, nesta terra. Ficam minhas coisas, minha imagem nas fotografias, o som da minha voz no gravador, como um eco. Sei que você ia me perguntar se esse meu comportamento não era uma forma de resistir à idéia de que vou morrer, acertei? Se a pergunta era essa a resposta é sim... Estou brigando com a morte. Estou enfrentando ela cara-a-cara. Eu sei que vou morrer, mas ela não vai me levar tão facilmente. Não vou facilitar as coisas para ela não. Sabe ano passado assisti a um filme que se chamava *Premonição*. Você conhece? Se já viu, deve se lembrar que uma das personagens tenta ludibriar, enganar a morte. A idéia que o artista passa é que se você conseguir escapar de todas as tentativas, você consegue livrar-se dela [...]. Claro que eu sei que isso de enganar a morte não existe. Você deve estar aí pensando: *Coitada! Ela está enganando a si mesma porque não quer encarar a dura realidade*. Pode até não ser a forma mais correta de lutar. Mas é assim que estou lutando ultimamente. Olhe, vou lhe dizer uma coisa, se por acaso você ainda tiver a oportunidade de voltar aqui e não me encontrar mais, não quero que pense que fui vencida. Eu vou ficar decepcionada com você se você pensar isso de mim.

Sempre procurando definir-se como uma pessoa muito festeira, Renato afirma não sentir medo da morte; procura encarar a doença como um fato natural na vida do ser humano.

Não é porque eu soube que estou com esse tumor na próstata que vou deixar de viver. Tenho dois amigos que se operaram e estão vivendo uma vida super normal – na medida do possível – é claro. Sabe, eu não fico preocupado, pensando se vou ou não vou morrer em pouco tempo. Essas coisas... Ao invés disso eu vou vivendo e aproveitando a vida como posso. [...] Olhe eu não tenho medo de morrer. Vejo a morte como algo natural. Todo mundo vai morrer um dia, não vai? Seja por causa de uma doença, por causa de uma fatalidade como um acidente, ou seja, por causas naturais. É aquela história que o pessoal antigo costumava falar: a pessoa morre quando chega a sua hora. Ter um câncer ou uma outra doença que pode acelerar a morte é algo terrível, lógico. É como um aviso prévio; você sabe que pode ser demitido a qualquer momento, mas nem por isso deixa de trabalhar, se você gosta do que faz. Então, se você gosta de viver continua vivendo; sem se preocupar com o dia em que vai morrer (sorri e olha para a filha e a esposa).

A auto-estima positiva de Renato, apesar da doença, talvez possa ser entendida se observarmos sua relação também positiva com a ciência (medicina) e a

espiritualidade. Renato deixa claro que seu médico sempre conversa com ele abertamente: explica-lhe tudo sobre a doença e os procedimentos que vai utilizar frente à doença. Existe um vínculo afetivo entre Renato e o médico. É uma relação de companheirismo, de confiança. O médico de Renato parece ser o que a medicina chama de cuidador e Marie de Hennezel chama de “acompanhante espiritual”.

Henezel e Leloup (1999) chamam atenção para o fato de que devemos dar aos doentes e aos acompanhantes (familiares, médicos, enfermeiros) uma formação e um atendimento humano. Afirma que a carência maior em certos meios hospitalares não é de espiritualidade, mas apenas de humanidade. Dizem ainda que precisamos aprender que não estamos nos relacionando com uma doença, mas com uma pessoa que tem uma doença.

Anita fala o tempo inteiro que sente muita saudade da escola em que trabalha; diz que não gosta muito de ficar pensando na doença porque lembra da irmã que já morreu e da mãe, que depende dela para tudo. Confessa que às vezes fica sem coragem até de abrir os olhos para não ter que enfrentar a realidade.

Às vezes fico sem coragem até de abrir os olhos. Queria que a morte chegasse quando eu estivesse dormindo... E você? Já pensou como gostaria de morrer? (fez uma pausa prolongada) Engraçado! A gente nunca pensa, não é? Eu estava com medo de ir ao médico e ouvir ele me dizer que eu estava com câncer.

Anita confirma o seu medo da morte. Essa parte do relato mostra que Anita vinha fugindo de algo que ela já pressentia e que tinha medo de enfrentar: a doença e a morte.

Para alguns pacientes terminais, evitar falar sobre a morte é uma forma de proteger-se. Anita tem a ilusão de que não pensar na morte, não torná-la próxima, íntima, pode evitá-la. Muitas vezes observamos esse tipo de atitude em pessoas que não estão doentes. Já ouvimos muitas delas afirmarem que gostariam de morrer dormindo, porque assim não teriam que encarar a morte.

Encarar a morte é aceitar o nosso destino biológico – algo bastante difícil na cultura ocidental – consequência dos avanços da vida moderna e da perda das tradições pelo homem moderno. Sabemos que as pontes entre ciência e espiritualidade não estão dadas no discurso dominante da ciência moderna, daí a necessidade dessas pontes que acreditamos e defendemos nesse estudo. Assim, no último tópico dessa parte, procuraremos mostrar o sentido da morte e do morrer para os pacientes terminais e, ainda, que é possível um diálogo entre ciência e espiritualidade na reconstituição da finitude da vida.

3.2 CIÊNCIA E ESPIRITUALIDADE NA RECONSTITUIÇÃO DA FINITUDE DA VIDA

É belo passar, como peregrinos maravilhados, pela ponte da existência. Saber que cada passo é único, cada fadiga jamais se repetirá, cada repouso é sem igual. Saber que “não se toma banho duas vezes no mesmo rio”, não se ama duas vezes a mesma mulher, não se sente duas vezes as batidas do mesmo coração. Tudo é passagem, tudo é mutante, tudo é fluxo... exceto o Ser. (CREMA, In: A arte de morrer, 1999, p. 9)

É experiência dramática a leitura de textos sobre antropologia. Ela nos ensina que somos o último estágio de uma sucessão de continuidades e rupturas que começou a ser rascunhada nas brumas de um passado inescrutável, e questionam nossa arrogância em imaginar que habitamos a Terra para sempre. (ISMAEL, 2005, p. 27)

Cecília, Lúcia, Renato e Anita – a arquiteta, a advogada, o jornalista e a pedagoga – são pessoas reais; são sujeitos únicos, singulares, que têm em comum uma doença terminal. São pessoas que nos confiaram seus temores, sofrimento,

angústias, medos; pessoas que permitiram que entrássemos no espaço íntimo de suas vidas.

Durante a conversa que tivemos, cada um desses sujeitos falou como tem se organizado, como tem enfrentado essa fase difícil da vida desde a confirmação do diagnóstico, pelo médico. Ou seja, cada um encontrou sua maneira de se reconstituir, de se reorganizar para continuar vivendo, para reencontrar as forças e poder chegar até a etapa final. Cecília agarra-se aos estudos e aos seus projetos arquitetônicos; Lúcia procura dedicar-se às suas plantas; Renato prefere continuar a escrever suas matérias para o jornal, passear com a família, sair com os amigos; e Anita, apesar de sua doença encontrar-se em um estado bastante avançado, ainda fala com entusiasmo sobre a escola que dirige.

Projetos de vida que foram interrompidos, mas que são resgatados por esses sujeitos no plano da ação ou no plano da memória. Todos eles se impactaram com o diagnóstico, com a notícia de que tinham um câncer e expressaram reações diferentes. Embora apenas Anita tenha falado o nome da doença.

Kübler-Ross (1981) identificou cinco estágios – que não se seguem necessariamente uns aos outros – pelas quais a maioria dos pacientes terminais hospitalizados atravessavam na evolução de sua doença: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão, aceitação. Embora nossa conversa tenha sido com pacientes terminais não internados, mas que estavam recebendo acompanhamento médico sistemático, observamos também algumas reações semelhantes às reações dos pacientes estudados por essa terapeuta.

No livro, **A arte de morrer**, Hennezel e Leloup (1999) assinalam várias provas que o doente precisa cumprir como preparação para a morte, a partir da sua vivência com dois textos sagrados – o **Bardo Thodol**, Livro Tibetano dos Mortos ou

Experiências Pós-morte no Plano do Bardo, segundo a versão do Lama Kazi-Samdup, e o **Ars moriendi**, Arte de Morrer – famoso texto medieval. Aponta também seis estágios (ou provas, como ele denomina) que marcam a agonia da pessoa que não consegue enfrentar o processo da doença (o morrer) e a morte. E procura estabelecer algumas correspondências entre essa arte de morrer da Idade Média e o processo contemporâneo descrito por Kübler-Ross.

O fato é que os sujeitos com os quais conversamos, independentemente de estarmos preocupados em estabelecer correspondências (com a era medieval ou com a modernidade), apresentavam reações semelhantes às observadas pelos dois terapeutas supracitados: o isolamento de Cecília; a raiva e depressão de Lúcia; a aceitação e esperança realçadas na fala de Renato e a atitude de negação e de barganha presentes no relato de Anita.

O diagnóstico causa sempre uma ansiedade crescente no sujeito diante da possibilidade da morte iminente. Embora seja um dado discutível, percebe-se que em alguns sujeitos a reação frente ao diagnóstico às vezes pode estar atrelada à forma como ele foi dado pelo médico. Assim, a maneira como o médico comunica ao paciente o seu diagnóstico de certa forma implica nas suas reações futuras.

No caso de Cecília e no caso de Anita, o impacto talvez tenha sido mais forte porque ambas tinham história de morte na família por causa de câncer. Kübler-Ross afirma que é normal o paciente, após receber um diagnóstico fatal, fingir que não conhece a verdade, negá-lo, ou até mesmo procurar isolar-se. E que é extremamente desumano um médico forçar o paciente a aceitar a realidade quando este ainda não estiver pronto para ouvi-la.

Ismael (2005) aposta no poder da presença afetuosa do médico. Acrescenta que a relação médico/paciente é, por sua própria característica, uma das mais

complexas que se propõem existir entre as pessoas; e que para entendê-las é preciso desmistificá-la dos clichês que historicamente a transformaram num embate entre o poder do médico e a ignorância natural do paciente sobre os aspectos específicos da sua doença.

Há, ainda, uma passagem no livro de Ismael que acreditamos ser muito apropriada para refletirmos a respeito dessa presença (ou seria melhor dizermos ausência?) afetuosa do médico e sua importância para a reconstituição do paciente.

Quando nos visitava, atendendo nosso chamado, fazia-se anunciar pelo som hoje inimaginável do bater palmas. Copos de limonada surgiam do nada e o aroma do café fumegante sendo coado incensava a casa. Sua presença transmitia a sensação de proteção mágica, a de que, com ele presente, a doença e a morte encontrariam um adversário imbatível e, como tal, abençoado pela imortalidade. Por isso, sua morte significava uma incompreensível ruptura na ordem natural das coisas, um imperdoável cochilo divino. (ISMAEL, 2005, P. 24).

Apesar de muito pequena quando meu avô materno teve um A.V.C.I. (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico) ou trombose como a doença é conhecida popularmente, lembro-me da sensação de tranquilidade que a visita do médico da família passava para todos naquela época. Quando ele era chamado, toda a família ficava aguardando ansiosamente a sua chegada, e ele, o Dr. A. J. era recepcionado como se fosse realmente o tal sacerdote laico, de que fala Ismael.

Essa figura do médico era marcante principalmente nas cidades provincianas. Ele conhecia não apenas o doente, mas participava da intimidade doméstica, partilhava pequenos segredos, problemas, alegrias, tristezas e, principalmente, escutava com atenção as queixas do paciente, confortava-o com gestos e palavras e, ao integrar a família no tratamento, tornava-a cúmplice produtiva do processo.

Lendo a historiografia da morte no mundo ocidental realizada por Ariés, o relato da experiência com pacientes terminais de Kübler-Ross, e os tratamentos de Hennezel e Leloup e comparando todas essas experiências com os depoimentos que colhemos dos sujeitos da nossa pesquisa, a pergunta que somos tentados a fazer é: será que conseguiremos um dia resgatar o humanismo na cultura médica ocidental? Quem sabe esta pergunta servirá de eixo motivador para outras pesquisas... Por enquanto retornemos aos nossos sujeitos e suas relações com a doença e com a morte.

Nos relatos dos pacientes entrevistados podemos confirmar que todos eles estão sendo assistidos e acompanhados pela medicina; ou seja, todos os procedimentos médicos necessários estão sendo realizados. Cecília fala que passou por uma cirurgia no início de fevereiro, para livrar-se de um tumor na mama e que, segundo a biópsia (retirada de tecidos vivos para exame microscópico), era um tumor maligno. Relata, ainda, que está fazendo sessões de quimioterapia (tratamento por meio de substâncias químicas de ação especializada). Lúcia (sujeito da segunda conversa) também conta que se submeteu a uma cirurgia para a retirada de um tumor no colo do útero, e que seu médico aconselhou-a a fazer esterectomia total. Lúcia confessa que não aceitou a indicação médica e já está com metástase em outros órgãos. Contudo, a indicação da medicina é de que ela continue com o tratamento quimioterápico.

Renato e Anita, ao contrário de Cecília e Lúcia, ainda não se submeteram à intervenção cirúrgica. Todavia, o prognóstico (juízo médico sobre a duração, evolução e termo de uma doença) desses dois sujeitos é bem diferente.

Renato tem um tumor na próstata e afirma que está praticamente com a cirurgia agendada. Conta que está fazendo o tratamento medicamentoso enquanto

aguarda o momento de ser cirurgiada. Anita relata que segundo o diagnóstico médico tem câncer na mama direita; doença que procurou esconder a todo custo da família. Está sendo submetida freqüentemente a exames e sessões de quimioterapia. Anita acredita que ainda vai ser cirurgiada, porém, conforme confessou-nos secretamente sua irmã, o médico não aconselha a cirurgia no seu caso, já que a doença encontra-se em um estágio bastante avançado. Segundo comentários da própria Anita, o seu quarto cheira a hospital; pois foi montada uma pequena enfermaria para que ela receba uma melhor assistência médica sem precisar deslocar-se com tanta freqüência para o hospital, por encontrar-se, física e emocionalmente, bastante debilitada.

Quando recorremos à história dos nossos ancestrais e estudamos as culturas dos povos antigos, a impressão que temos é que o homem sempre abominou a morte. Já comentamos, na segunda parte, o estudo realizado por Ariés (2003) sobre a passagem da exaltação da morte, na época romântica (início do século XIX) para a recusa da morte hoje, na pós-modernidade. Ariés ilustra essa transmutação descrevendo algumas histórias sobre doença e morte: o sofrimento do nobre francês Albert de La Ferronays, vítima de *tísica* (tuberculose, também conhecida como o mal do século) por volta de 1834; uma narrativa contemplada em um dos romances de Honoré de Balzac; e a famosa obra de Tolstói, *A morte de Ivan Ilitch*, datada de 1866, onde a preocupação – principalmente com o diagnóstico – por parte do médico, diferentemente com o que acontecia com a família dos La Ferronays e com a personagem do romance de Balzac, era o cerne da questão. Como consequência, as atitudes em relação ao doente, à doença e à morte também mudam; surge a atitude de isolamento do doente, a ruptura das comunicações com aqueles que o cercam, o não-enfrentamento da morte.

O medo da morte está explícito no relato de três dentre os quatro sujeitos com quem conversamos, embora com justificativas diferentes. Anita fala que gostaria de morrer dormindo. Lúcia declara que vive lutando contra a morte, e acredita que deixará a sua marca aqui na terra, por meio dos objetos, das fotografias; afirma ser uma maneira de mostrar que não partiu; que não perdeu a batalha.

Cecília confessa que tem medo de morrer porque não vai mais poder ver sua mãe, nem dedicar-se aos projetos que traçou para o seu futuro. A confirmação da sua mortalidade a assusta. É a consciência da perda da individualidade.

É, pois, a afirmação da individualidade que rege de forma simultaneamente global e dialética a consciência da morte, o traumatismo da morte, a crença na imortalidade. Dialética porque a consciência da morte evoca o traumatismo da morte, que evoca a imortalidade; porque o traumatismo da morte torna mais real a consciência da morte e mais real o apelo à imortalidade; porque a força da aspiração à imortalidade é função da consciência da morte e do traumatismo da morte. Global, porque estes três elementos permanecem absolutamente associados no seio da consciência arcaica. A unidade deste triplo dado dialético, que podemos nomear genericamente consciência humana da morte (que não é somente a consciência realista da morte), é a impressionante implicação da individualidade. (MORIN, 1970, p. 34).

Morin (1970) sinaliza que o temor da morte e a consciência da morte não desaparecem quando a doença destrói o indivíduo. *O horror da morte dissipa-se frequentemente ainda em plena consciência, quando enfraquece o músculo da afirmação do Id.* (MORIN, 1970, p. 35) E prossegue explicando porque certas pessoas perseguidas pela idéia da morte durante toda a vida aparentam, nos momentos de agonia, uma **beatitude**, um excesso de calma que eles próprios não conseguem entender.

Recorrendo à literatura e examinando a vida de alguns personagens que deixaram sua marca na história da humanidade e que padeceram os tormentos e agonias causadas por doenças consideradas tão mortais como o câncer hoje em

dia, encontramos relatos que denunciam o pavor e o medo da morte. É o que declaram os versos da poetisa norte-riograndense Auta de Souza, na sua famosa e única obra, *O Horto* – uma coletânea de poemas datada em junho de 1900. Diz Auta de Souza:

*Sinto no peito o coração bater
com tanta força
que me causa medo.
Será a morte meu Deus?
Mas é tão cedo?
Deixa-me ainda viver!
(Auta de Souza, 1900)*

A poetisa contraiu tuberculose aos 14 anos de idade, doença que a levaria a quase uma década de sofrimento, vindo a falecer aos 23 anos de idade.

Santa Teresa do Menino Jesus e da Sagrada Face, considerada pela Igreja Católica como **a maior Santa dos tempos modernos**, também conheceu a agonia, o sofrimento causados pela tuberculose, como a poetisa norte-riograndense.

Nascida três anos antes da poetisa Auta de Souza, em 1873, na França, Teresa sofreu a primeira hemoptise (expectoração de sangue devido à hemorragia do aparelho respiratório) em 1896, falecendo um ano depois no dia 30 de setembro de 1897. Dotada de uma fé e de uma espiritualidade que impressionava a todos que a conheciam, Maria Francisca Teresa Martin ou Teresa de Lisieux mesmo que por instantes rende-se ao medo da morte, como podemos observar em algumas passagens de seus manuscritos autobiográficos:

De regresso, o Dr. Cornière mostra-se consternado com a situação de sua doente. Irrompe nova e derradeira agravação, depois de dezenove dias de relativa melhora. O pulmão esquerdo está inteiramente tomado pela tuberculose. Teresa sufoca, já não pode falar senão em frases entrecortadas: “Mamãe!... Falta-me o ar da terra. Quando me dará o Bom Deus o ar do céu?... Ah! nunca esteve tão curta! (sua respiração)”.

Qual viajor exausto, a titubear no fim da caminhada, ela chega ao termo final de sua via-sacra: "Sim, mas é nos braços do Bom Deus que vou tombar!". Sente, em face da morte, alguns instantes de incerteza: "Tenho medo de ter tido medo da morte... Mas, bem certo, depois, não tenho medo! E não lastimo perder a vida. Oh! Não. Basta só dizer a mim mesma: em que consiste a misteriosa separação de alma e corpo? Foi a primeira vez que tive tal sensação, mas de pronto me abandonei ao Bom Deus". (História de uma alma: manuscritos autobiográficos, 1986, p. 289)

Segundo Morin (1970), a morte é um conceito que designa o aniquilamento biológico, o lado negativo da vida, a indeterminação, por mais que ela se configure como uma determinação biológica da espécie humana. É no horror da morte e no risco da morte que o homem afirma sua individualidade, sua realidade irreduzível frente à decadência da espécie. Enquanto objeto de estudo científico, a morte não consegue ser tratada adequadamente dentro dos estreitos limites do paradigma dominante. O seu próprio caráter natural-cultural implica em pensá-la sob uma perspectiva que ao mesmo tempo não estabeleça a cisão entre natureza-cultura e que seja passível de visualizar a ordem-desordem.

Apesar de a ciência indicar que os sujeitos com quem conversamos são pacientes terminais, eles se projetam, conforme observamos nos relatos. Apesar de utilizarem mecanismos de defesa para enfrentar a situação extremamente difícil da doença há, também, a presença de esperança. É a esperança que os sustenta através dos dias, das semanas ou dos meses de sofrimento.

Kübler-Ross (1981) diz que não importa que nome tenha, o fato é que os pacientes por ela observados conservaram essa sensação que serviu de conforto em ocasiões especialmente difíceis. Por isso acredita ser importante que as pessoas conversem sobre a morte e o morrer, como parte intrínseca da vida, do mesmo modo como não temem falar quando alguém espera um bebê. Segundo ela, vários dos seus pacientes internados mostravam-se deprimidos e morbidamente trancados em si mesmos, até que se falasse com eles sobre a fase terminal de sua doença;

alguns voltavam a se alimentar e outros até obtinham alta, para a surpresa de seus familiares e da equipe médica. Isso sustentava a sua convicção de que era muito mais prejudicial evitar tocar no assunto do que aproveitar e encontrar tempo para sentar à cabeceira do paciente, ouvir e compartilhar.

Foi o que aconteceu com os sujeitos com quem conversamos; pois embora se tratando de situações bem diferentes daquelas descritas por Kübler-Ross – estavam em suas casas e recebiam além da assistência médica o apoio diário de seus familiares – eles sentiram-se à vontade por ter oportunidade de falar sobre sua doença e os temores que estavam ligados a ela. Se Anita tivesse tido essa postura, hoje talvez estivesse saudável.

Hennezel e Leloup (1999) também falam sobre essa esperança apontada por Kübler-Ross; porém chamam-na de estado de abandono ou de paz. Contudo, Hennezel sinaliza que os estágios citados por Kübler-Ross tratam-se apenas de uma descrição psicológica, diferentemente do que acontece no texto do ***Ars moriendi***, onde esses momentos são apresentados como um combate espiritual vivido pelo paciente, e que segundo ela, foram mostrados com clareza por Leloup. Pois embora Kübler-Ross (1981) descreva os diferentes estágios emocionais, a ênfase não é colocada suficientemente no fato de que o ser humano em luta contra seus demônios interiores – suas emoções – têm também dentro de si a capacidade de superar essas fases. Esse combate aparece de forma explícita nos depoimentos de Lúcia e Renato, sujeitos da segunda e da terceira conversa respectivamente.

Lúcia fala em lutar contra a morte, em driblar a morte. Para ela, driblar a morte é não entrar em depressão; é evitar a depressão. Fala: [...] *Estou enfrentando ela cara-a-cara. Eu sei que vou morrer, mas ela não vai me levar tão facilmente.*

Renato procura saber tudo a respeito da doença, procura inteirar-se da doença para dividir seus medos com o médico e as pessoas que lhe rodeiam; e como Lúcia, afirma que procura encarar o problema de frente.

A espiritualidade foi registrada de maneiras diferentes, pelos diferentes sujeitos. Cecília fala dos seus projetos arquitetônicos e do curso de Turismo que pretende fazer; afirma não ser uma pessoa muito religiosa, mas não nega que às vezes recorre à igreja porque isto a faz sentir-se melhor.

Lúcia também se define como alguém que não é muito religiosa, mas que não é de todo descrente. Expressa a sua espiritualidade por meio da relação com a natureza: o cuidado carinho que tem para com suas plantas. Fala sobre o desejo de deixar tudo o que tem a ver com ela e com a sua doença como uma lembrança, como uma marca. É como se aquelas coisas fossem partes dela. Embora o objeto de devoção de Lúcia seja a natureza, tal fato não anula a sua espiritualidade. Ela busca identificação com o cosmo, numa espécie de comunhão integral com a natureza.

Renato assume a sua religiosidade e afirma que a igreja é um local que lhe transmite paz e lhe faz bem. Além disso, parece ser uma pessoa que aprecia a arte; procura projetar-se no seu trabalho como jornalista e tem uma relação muito afetuosa com sua esposa e suas filhas.

Anita projeta-se também no seu trabalho, na sua profissão de pedagoga e na sua função de gestora da escola. Além disso, também dedica à sua mãe um carinho todo especial; gosta de mimá-la e de ser mimada por ela.

Dentre as propostas no campo acadêmico, mais especificamente na área da psicologia e da psicologia analítica que tentaram dialogar com a espiritualidade podemos apontar a psicologia de Jung, para quem a religiosidade é uma função

natural, inerente à psique. Contrariamente ao que pensava Freud – que via a atitude religiosa como uma das sublimações do instinto sexual – Jung dizia que na atitude religiosa (que não significa necessariamente a adesão a um credo ou a uma Igreja) o homem religa-se às profundezas do inconsciente, conectando-se às estruturas básicas da vida psíquica.

Desse modo, a religião é tomada no sentido de tornar a ligar o consciente a poderes do inconsciente tomando-os em atenção. Estes poderes do inconsciente estão encarnados em imagens. A imagem mítica que Lúcia faz da morte talvez seja semelhante à imagem elaborada por Anita. Lúcia procura enfrentar esse “inimigo pavoroso” tal como acontece com os personagens do filme **Premonição**. Anita não quer nem ver o inimigo; por isso gostaria de morrer dormindo...

Os autores, os quais nos ancoramos no decorrer desse estudo, mostraram-nos que é possível construir pontes entre ciência e espiritualidade, que é possível inclusive conversar sobre a morte em um mundo onde as pessoas se recusam a pensar sobre a sua própria vida. Germano (2006) instiga-nos a pensar que talvez essas pontes se tornem possíveis a partir da formação de uma **sensibilidade solidária**; que poderá ser exercida no trato com pacientes terminais por médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras, religiosos e religiosas, terapeutas, familiares e amigos. Como fez Kübler-Ross com seus pacientes; e Mitch Albom com seu velho professor, marcando um encontro de pensamentos que privilegiam a ciência num diálogo com a espiritualidade de cada um deles.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos levantar uma discussão histórico-antropológica sobre a morte e o morrer, por sentirmos falta de um discurso médico que fale sobre esta questão. O interesse em construir pontes entre ciência e espiritualidade significa subsidiar uma melhor preparação dos pacientes terminais e de suas famílias no enfrentamento da doença. A preocupação não é de viabilizar uma formação religiosa ou espiritual para essas pessoas; quem sabe uma formação humana! Precisamos entender que não estamos nos relacionando com uma doença, mas com um sujeito que tem uma doença.

Acreditamos que o grande drama do homem contemporâneo seja o recalque da espiritualidade: da criatividade, da emotividade, da religiosidade; conseqüência, dentre outras questões, do rápido avanço tecnológico e científico. O avanço da medicina, não se pode negar, melhorou muito a vida das pessoas na terra; muitas curas foram possíveis graças aos avanços das modernas técnicas de cirurgia, de medicamentos mais eficientes. Talvez este seja um dos problemas; o fato da medicina ter se preocupado muito com a efetividade em detrimento da afetividade.

Os hospitais dispõem de equipamentos e programas de pesquisa de alto nível, mas o fator humano não acompanhou esta evolução. São muitos os profissionais da saúde que manifestam o quanto estão preocupados com essas questões; alguns até confessam sentirem-se despreparados diante da pessoa que sofre.

Vimos que a espiritualidade expressada pelos sujeitos não envolvia necessariamente religião embora alguns a ela recorressem de forma consciente para agradar a outras pessoas ou como recurso para busca de paz. Observamos

também que cada um autodefine sua espiritualidade como uma experiência subjetiva e particular, sempre colocando experiências de vida. Isto nos permite afirmar que a espiritualidade pode ser um atributo da personalidade de cada sujeito, carregada de elementos da composição da história particular e da cultura, daí porque consideramos ser difícil formular um conceito nesse sentido sem enquadrá-lo numa visão complexa tanto da ciência como da própria espiritualidade.

No início desta pesquisa, relatamos que um dos motivos pelos quais nos interessamos por estudar este tema, foi uma conversa que tivemos com um jovem médico sobre seu sentimento de angústia e frustração ao perceber que não estava preparado para dar o diagnóstico de uma doença terminal a um paciente.

Concordamos com Roberto Crema quando sinaliza que a reflexão sobre a morte deveria fazer parte dos programas educacionais; pois esta é uma lacuna grave que existe na formação dos profissionais de saúde. Por isso eles encontram-se despreparados, sobretudo para o acompanhamento de pessoas em fases terminais.

Humanizar a medicina e a prática médica através da espiritualidade, com o objetivo de aumentar as chances de cura de pessoas com doenças terminais tem sido algo de interesse mundial. Universidades de diversas partes do mundo vêm procurando implantar disciplinas onde a relação medicina e espiritualidade seja inserida na grade curricular dos cursos da área da saúde. No Brasil isso já vem acontecendo em algumas universidades, como por exemplo, na Universidade Federal do Ceará (UFCE), de forma pioneira. Em natal, um grupo de professores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) está estudando a importância da implantação dessa disciplina no curso de medicina.

Os impressionantes avanços tecnológicos na prática médica já permitem realizar cirurgias à distância e consultas via Internet. Contudo, acreditamos que ainda há muito que aprender sobre a ação das emoções e dos pensamentos no processo de recuperação e cura dos doentes.

A abertura dos profissionais da área médica no que se refere à visão do homem integral expande consideravelmente a maneira de ver o doente. Isso porque aquela imagem da medicina (e do médico), limitada a tratar doenças e eliminar sintomas, indiferente às condições de ordem interna e subjetivas do paciente é algo que tem se tornado cada vez mais ultrapassado. A Física tem mostrado o ser humano como um dinâmico fenômeno energético, em constante movimento de recepção e irradiação de energias. Somos um complexo de processos vitais agindo uns sobre os outros, e estamos submersos num campo universal de energias, cujo segredo de acesso é dado pela natureza de nossos sentimentos, nossas emoções, nossa espiritualidade. Enquanto a matéria é regida pelas leis da polaridade (os dualismos positivo/negativo, bom/mal, noite/dia) a energia é submetida às leis da sintonia. Por conseguinte, a ciência tem mostrado que, em alguns casos, emoções e pensamentos que produzem verdadeiras interações com a energia vital, asseguram a saúde, a vitalidade, quando conseguem fluir livremente. Daí a necessidade crescente de vermos o ser humano pela ótica holística, ou seja, da relação de suas partes com o todo e do todo em relação à suas partes. Assim, vida e morte são partes de um mesmo processo.

Para Hennezel e Leloup (1999), a maior parte das instituições são lugares onde se exerce uma competência técnica, um “savoir-faire” cada vez mais exigente e performático, mas onde em geral, não podem ser abordadas as questões próprias ao sentido, as questões que dizem respeito à vida íntima dos profissionais da saúde

e seus doentes. Podemos então avaliar quão urgente se torna falar a respeito da morte; de encontrarmos as palavras capazes de cativar essa realidade; de criarmos espaços de ajuda não apenas para os pacientes, mas também para os profissionais que lidam diariamente com a morte e o morrer.

Problematizar o significado da morte (fonte chave do imaginário social, como um problema antropológico fundamental) para pacientes em estado terminal exige pensá-la como o próprio desvio, o acaso, a indeterminação, por mais que ela se configure como uma determinação biológica da espécie humana. O estreito contato com a morte faz com que o sujeito vivencie o imponderável, a incerteza, a fatalidade, enfim, a imagem de duplo que a morte liberta. Parece-nos que a natureza se presentifica na morte tanto pela imposição da determinação mesma do homem como ser mortal, mas também na relação que a morte faz entre o indivíduo e a espécie.

Observamos como a cultura está presente no medo da morte. Afinal, a cultura a qual pertencemos nos foi afastando, ao longo dos séculos, da morte; tornamo-nos alheios. Não aprendemos como fazem os orientais, a tecer os fios da vida do início ao fim; por isso a atitude de denegação da morte é tão comum na nossa sociedade. Esse *megacomputador complexo*, como muito bem metaforiza Morin (1998), nos *programou* para vermos a morte como um tabu, como algo que não faz parte da vida, fruto da separação entre o pensamento mítico-simbólico e o pensamento lógico-racional.

Para nós foi uma experiência enriquecedora. Ouvir pessoas que estão enfrentando um processo de encontro com a finitude é uma experiência de humanização. Foram muitos os ensinamentos que recebemos daqueles sujeitos e de suas famílias. Aprendemos não apenas a compreender melhor como a vida termina, mas também como o ser humano abre caminho para a sua própria morte.

Essa pesquisa conduziu-nos ao entendimento que a fábula da vida é também a fábula da morte; e que ciência e espiritualidade não podem ser pensadas como dois “mundos” separados. Quem sabe a necessidade de compreender e ajudar pessoas que estão enfrentando o processo de finitude possa unir ou re-unir novamente esses dois “mundos”.

Vimos que a ciência apesar de não manter um diálogo explícito com a espiritualidade aponta através de suas formas de representação para os indicativos do processo que culminará com a morte. Convenhamos que nesse sentido, ela é eficiente e seus indicadores mostraram isto. Percebemos que houve desafio aos indicadores da ciência por parte de Lúcia, sujeito da segunda conversa, e de Anita, sujeito da quarta conversa, o que acarretou em agravamento do quadro clínico desses dois sujeitos, fato que ambas relataram em seus depoimentos e que aparece na terceira parte desse trabalho.

Embora tenhamos encontrado algumas respostas para nossos questionamentos, acreditamos que novas considerações poderão ser feitas sobre a temática, a partir do presente estudo. Espera-se que as reflexões aqui suscitadas a partir do tema ciência e espiritualidade, tendo como foco o processo de morrer e a morte, sirvam como uma chama, ainda que pequena; uma luz, para iluminar novas reflexões.

O estudo aponta para outras problemáticas de pesquisa como questões relacionadas à velhice, à escuta, à afetividade, à simbologia da morte. Ou seja, dependendo do universo escolhido outros pesquisadores poderão explorar estes discursos científicos sobre a morte e o morrer.

Acreditamos que se trata de um tema que não tem fim; um estudo que jamais poderá dar-se como acabado. Não apenas no que diz respeito às questões

relacionadas à doença e à terminalidade da vida, mas no que diz respeito a tudo o que está relacionado com a experiência humana e com a realidade cósmica.

Procuramos entender por que a ciência dominante não dar conta de pensar e oferecer instrumentos de enfrentamento da morte. É certo que existem algumas tentativas das psicologias no sentido de oferecer instrumentos ao sujeito para esse enfrentamento, porém por outras vias e não via espiritualidade.

Pensamos que esse enfrentamento pode acontecer por meio de uma ciência nova que dialogue com a espiritualidade. Uma ciência que não separe razão e emoção. Uma espiritualidade não dualista, como aponta Lopes Jr. (2003), disposta a um compromisso com o encantamento do mundo, mas que não despreze a razão.

REFERÊNCIAS

ABREU, Adriano. **Imagens.** Disponível em: http://www.saberhistoria.hpg.ig.com.br/nova_pagina_70. Acesso em: 09 junho 2005.

ALBOM, Mitch. **A última grande lição.** Tradução José J. Veiga. Rio de Janeiro: GMT, 1998.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente.** Tradução: Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

AVENS, Roberts. **Imaginação é realidade:** o Nirvana ocidental em Jung, Hillman, Barfield e Cassirer. Tradução de Catherine Jean Greenless e Sonia Maria Caiuby Labate. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade.** Tradução Mauro Gama, Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

BERGER, Peter Ludwig. **O dossel sagrado:** elementos para uma teoria sociológica da religião. Organização Luiz Roberto Benedetti. Tradução José Carlos Barcellos. São Paulo: Ed. Paulinas, 1985.

BEZERRA, Armando J. C. **Admirável mundo médico:** a arte na história da medicina. Brasília: Conselho Regional de Medicina do DF, 2002.

BOFF, Leonardo. **Ética e eco-espiritualidade.** Campinas, SP: Verus Editora, 2003.

BOFF, Leonardo. **Fundamentalismo:** a globalização e o futuro da humanidade. Rio de Janeiro: Sextante, 2002a.

BOFF, Leonardo. **Vida para além da morte – O presente:** seu futuro, sua festa, sua contestação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002b.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade:** um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BRODY, David E, BRODY, Arnold R. **As sete maiores descobertas científicas da história e seus autores.** São Paulo: Companhia da Letras, 1999.

CAMPENHOUDT, Luc Van, QUIVY, Raymond. **Manual de Investigação em Ciências Sociais.** Tradução de João Minhoto Marques e Maria Amália Mendes. Lisboa, Portugal: Gradiva Publicações Ltda, 1992.

CAPRA, Fritjof. **O tao da Física:** um paralelo entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix LTDA, 1983.

CAPRA, Fritjof, STEINDL-RAST, David. **Pertencendo ao universo:** explorações na fronteira da ciência e da espiritualidade. Tradução Maria de Lourdes Eichemberger e

Newton Roberval Eichemberger. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix LTDA, 1991.

CASTRO, João José Pedreira de. **Bíblia Sagrada**. Tradução dos Originais, mediante a versão dos Monges de Maredsous. São Paulo: Editora "AVE MARIA", 1991.

COMTE-SPONVILLE, André. **O alegre desespero**. São Paulo: UNESP; Belém, PA: 2002.

CREMA, Roberto. **Antigos e novos terapeutas**: abordagem transdisciplinar em terapia. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

D'AMBRÓSIO, Ubiratan. **Transdisciplinaridade**. São Paulo: Palas Athea, 1997.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano**. Tradução Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ELIADE, Mircea. **Mito do eterno retorno**. Tradução José A. Ceschin. São Paulo: Mercuryo, 1992.

EVANGELISTA, João Emanuel. **Elementos para uma crítica da cultura pós-moderna**. In: Odisséia/ UFRN, CCHLA – n. 8, Edufrn, 2000.

GERMANO, José Willington. **Globalização Alternativa, Políticas Emancipatórias e Solidariedade**. Natal, 2006. (No prelo)

GOLD, Stephen Jay. **Pilares do tempo**: ciência e religião na plenitude da vida. Tradução de F. Rangel – Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

GORDON, Richard. **A assustadora história da medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

GRAVOS, Konstantin. **William Blake**: o conciliador do céu e do inferno. Disponível em: http://www.novae.inf.br/nomes/william_blake.htm

GUERRIERO, Silas. **Desafios atuais aos estudos das religiões**. Seção Reportagens. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportage.html>. Acesso em: 08 jun. 2005.

HENNEZEL, Marie de, LELLOUP, Jean-Yves. **A arte de morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

HILLMAN, James. **Entre vistas**: conversas com Laura Pozzo sobre psicoterapia, biografia, amor, alma, sonhos, trabalho, imaginação e o estado da cultura. Tradução de Lúcia Rosenberg e Gustavo Barcellos. São Paulo: Summus, 1989.

HILLMAN, James. **Psicologia arquetípica**. São Paulo: Cultrix, 1988.

ISMAEL, J. C. **O médico e o paciente**: breve história de uma relação delicada. São Paulo: MG Editores, 2005.

KANAAN, Dany Al-Behay. **Escuta e subjetivação**: a escritura de pertencimento de Clarice Lispector. São Paulo: Casa do Psicólogo; EDUC, 2002.

KOWALSKI, Ivonete S. G. **Câncer**: uma doença com representações historicamente construídas. Disponível em: http://www.hcanc.org.br/acta/acta02_21.html. Acesso em: 16 maio. 2006.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Meneses. 8. ed. – São Paulo: Martins Fontes, 1981.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **A roda da vida**: memórias do viver e do morrer. Rio de Janeiro: GMT, 1998.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O cru e o cozido** (Mitológicas v. 1). Tradução Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Cosac & Noify, 2004.

LUKAS, Elisabeth. **Psicologia espiritual**: fontes de uma vida plena de sentido. Tradução Edwino Royer. São Paulo: Paulus, 2002.

LOPES JR., Orivaldo Pimentel. **Ciência e espiritualidade**. In: Polifônicas idéias. Orgs. ALMEIDA, Maria da Conceição de; KNOBB, Margarida; ALMEIDA, Ângela Maria de. Porto Alegre: Sulina, 2003.

LYONS, Albert S.; PETRUCELLI, R. Joseph. **História da medicina**. São Paulo: Manole, 1997.

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução: José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MORIN, Edgar. **O método 5**: a humanidade da humanidade. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2002a.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2002b.

MORIN, Edgar. **O método 3**: o conhecimento do conhecimento. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 1999.

MORIN, Edgar. **O método 4: as idéias**. Tradução de Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 1998.

MORIN, Edgar. **O homem e a morte**. Tradução de João Guerreiro Boto e Adelino dos Santos Rodrigues. Portugal: Publicações Europa-América, LDA., 1970.

PETERS, Ted, BENNETT, Gaymon (Orgs.). **Construindo pontes entre a ciência e a religião**. Tradução Luís Carlos Borges. São Paulo: Edições Loyola. UNESP, 2003.

PRIGOGINE, Ilya. **Do ser ao devir**. São Paulo: UNESP; Belém, PA: 2002.

REEVES, Hubert. **Os artesãos do oitavo dia**. São Paulo: UNESP; Belém, PA: 2002.

REMEN, Rachel Naomi. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

RESTREPO, Luis Carlos. **O direito à ternura**. Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, **O que é o paciente terminal?** Vol. 47, nº. 2, São Paulo, 2001.

RICOEUR, Paul. **O único e o singular**. São Paulo: UNESP; Belém, PA: 2002.

SANT'ANNA, D. B. **A mulher e o câncer na história**. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVERO, M. H. A mulher e o câncer. São Paulo: Editorial Psy, 1977. p.43-70.

SANTA TERESA DO MENINO JESUS E DA SAGRADA FACE. **História de uma alma**: manuscritos autobiográficos. Tradução das Religiosas do Carmelo do Imaculado Coração de Maria e de Santa Teresinha. São Paulo: Paulus, 1986.

SCLIAR, Moacyr. **Cenas Médicas**: pequena introdução à história da Medicina. Ed. da Universidade/UFRGS, 1996.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2002.

SOBEL, Henry. **Espiritualidade judaica**. In: Diálogo: Revista de Ensino Religioso. Ano IX – nº. 34. São Paulo: Paulinas.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

TERRIN, Aldo Natale. **Antropologia e horizontes do sagrado**: cultura e religiões. Tradução Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Paulus, 2004.

TERRIN, Aldo Natale. **O sagrado off limits**: a experiência religiosa e suas expressões. Tradução Euclides Balancin. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

VYGOTSKY, Lev Seminovich. **Pensamento e linguagem**. Tradução de Jéferson Luiz Camargo. São Paulo: Marins Fontes.