



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - VRPPG
Centro de Ciências Humanas - CCH
Mestrado em Psicologia

LANA VERAS

O SEVERINO COM CÂNCER DIANTE DA MORTE

A morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico.

SEVERINO WITH CANCER FACING DEATH

The meanings a patient from the northeast of Brazil, facing the oncological treatment, gives to death.

FORTALEZA
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LANA VERAS

O SEVERINO COM CÂNCER DIANTE DA MORTE

A morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico.

SEVERINO WITH CANCER FACING DEATH

The meanings a patient from the northeast of Brazil, facing the oncological treatment, gives to death.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia do Centro de Ciências Humanas da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Produção e Expressão Sociocultural da Subjetividade, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Virgínia Moreira.

Fortaleza
2009

V476s Veras, Lana.
O Severino com câncer diante da morte: a morte na visão do sertanejo
nordestino em tratamento oncológico / Lana Veras. - 2009.
202 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Fortaleza, 2009.
"Orientação: Profa. Dra. Virgínia Moreira."

1. Morte - Aspectos psicológicos. 2. Câncer. 3. Psicologia social.
4. Fenomenologia. I. Título.

CDU 159.9:616-036.8



Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Mestrado em Psicologia
Sujeito, Sofrimento Psíquico e Contemporaneidade

Dissertação intitulada "*O severino com câncer diante da morte: a morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico*", de autoria da mestrande Lana Veras de Carvalho, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dra. Virginia Moteira – (UNIFOR) – Orientadora

Prof. Dra. Ariane Patrícia Ewald - (UERJ)

Prof. Dr. Francisco Silva Cavalcante Junior (UFC)

Fortaleza, 17 de julho de 2009

Visto:

pl Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
UNIFOR

À Vida Severina

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por tudo.

A Evandro, pelo amor.

Ao meu irmão, pelo desassossego.

A todos os Severinos, meu respeito.

À prof.^a Virginia Moreira, pelo brilho nos olhos.

Ao prof.^o Cavalcante, pelo criar.

À prof.^a Ariane Ewald, por compartilhar.

Ao prof.^o Klerton, pela afetuosa disponibilidade.

Aos professores e funcionários do mestrado em psicologia da UNIFOR.

Ao Instituto do Câncer do Ceará, pela confiança.

À Casa Vida, pelo acolhimento.

Aos amigos, pela presença.

“O sertanejo é antes de tudo um forte”.

Euclides da Cunha

"Sabemos que os seres humanos têm potenciais que não raro revelam-se como impressionantes. (...) vemos como cada pessoa se supera no processo de constituição de si e de sua vida, como paulatina e meticulosamente conquista o impossível; vemos como as pessoas podem, certamente depois de um período de impotência e perplexidade, recobram-se das diversas catástrofes possíveis da vida, auto-superarem-se e criarem vidas novas, habilidades novas, capacidades novas, recursos novos, inesperados e insuspeitados”.

Afonso Fonseca

RESUMO

O estudo, "O Severino com câncer diante da morte", tem, como objetivo, compreender os sentidos atribuídos à morte pelo sertanejo nordestino em tratamento oncológico. Para essa finalidade, estudou-se a morte em suas facetas histórica e psicológica; explorou-se a realidade histórico-cultural do homem do sertão nordestino em seus aspectos ligados à perda; e compreendeu-se a pessoa com câncer em sociedade, considerando as contribuições da antropologia médica na construção de uma psico-oncologia mundana. As realidades: morte, sertão e câncer foram entrelaçadas, considerando a mútua constituição da experiência vivida do sertanejo com câncer diante da morte. Esse entrelaçamento foi realizado a partir de uma abordagem qualitativa e com o auxílio do método fenomenológico mundano à luz do referencial merleau-pontyano. Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: a observação participante e a entrevista fenomenológica. A observação participante ocorreu, inicialmente, na casa de apoio do Hospital do Câncer do Ceará, de onde emergiram sete colaboradores, pacientes em tratamento oncológico oriundos de cidades do sertão, com os quais foram realizadas entrevistas fenomenológicas. Para continuidade do processo de observação participante, as cidades de dois sertanejos colaboradores foram visitadas: Independência-CE e Quixeramobim-CE. As discussões sobre o material produzido, a partir das entrevistas e observações, constatam que a morte é vista pelo sertanejo com câncer sem negação, como um dever, doloroso, mas inevitável e esperado. A dor é reconhecida como intensa, porém, a reabilitação é necessária. A compreensão de adoecimento e morte é bastante abrangente, envolvendo aspectos psicossociais. O caráter universal do morrer é confirmado por meio das sucessivas vivências de perda. A presença no momento da morte de algum familiar é considerada demonstração de dedicação ao outro, e é citada como reconfortante no período do luto. A morte também é compreendida como destino pré-determinado por Deus, o que contribui para seu enfrentamento com resignação, e dá sentido à perda, o que facilita o processo de luto. A fé é uma das formas de enfrentamento mais utilizadas, e o medo da morte é pouco referido. Os rituais funerários tradicionais ainda existem, mas neles foram evidenciadas modificações, pois redes de planos funerários se espalham pelo sertão e a cultura local é encharcada por referenciais importados, porém, esta reage, incorporando essas novas práticas ao seu modo, e resignificando-as. O câncer é ainda uma patologia envolta em tabus, e os profissionais de saúde usam eufemismos para nomeá-lo. Os colaboradores relatam fazer uso conjunto da medicina, dos conhecimentos populares e das orações. A alternância entre fartura e pobreza é comum na vida do sertanejo e a convivência com essas polaridades coloca essas pessoas em uma situação de transitoriedade, em que os sucessivos ciclos de ganhos e perdas impedem uma sensação de perenidade e segurança.

Palavras-chave: Morte, Sertanejo, Câncer, Psicologia Social, Fenomenologia.

ABSTRACT

The dissertation, "Severino with cancer facing death", has the objective to understand the meanings a patient from the northeast of Brazil, facing the oncological treatment, gives to death. Death was studied analyzing its historical and psychological aspects, the history and culture of the reality faced by the man from the countryside of northeast was focused on the aspects related to losses, and, the person with cancer was referred to as part of his/her society. It all considered the contributions of the medical anthropology for the construction of a mundane psycho-oncology. The realities: death, countryside and cancer were entwined, considering the mutual constitution of the experience lived by the man from the countryside that has cancer and is facing death. This net was built according to the qualitative approach and having the help of the mundane phenomenological method, as well as the words and theory from Merleau-Ponty. Two instruments were used to collect the data: the participant observation and the phenomenological interview. The participant observation took place in the supporting house from Ceara's Cancer Hospital and it was possible to meet seven collaborators, all of them patients during treatment and coming from the countryside. Those patients participated in the phenomenological interviews. And also, in order to reinforce the importance of the participative interview, two cities were visited: Independência-CE and Quixeramobim – CE. The discussions about the material raised from the interviews and the observations affirmed that death is not denied by those men with cancer, it is seen as a duty; painful, but unavoidable and awaited. The pain is recognized as intense, however the rehabilitation is necessary. The comprehension of getting sick and the comprehension of death involve psychosocial aspects. The universal aspect of dying is confirmed through the repetitive losses in life; the presence of a family member in the moment of the death is considered an act of dedication and it is mentioned as comforting during the mourning period. Death is seen as destiny, pre-determined by God, and that contributes during the period the person has to face the disease with resignation; it also gives meaning to the losses and eases the process of mourning. Faith is one of the most common ways to face the disease, and, the fear of death is rarely mentioned. The traditional funeral rituals still exist, but it was possible to see some modifications. Since funerary organizations spread through the countryside and the local culture is flooded by external references, the man from this region reacts incorporating all this new habits and giving them new meanings. Cancer is still a pathology often referred as a taboo and health professionals use euphemisms not to mention it. The interviewed collaborators said they use medicine, popular knowledge and prays. The reality of the changes between poverty and wealth are present in the life of those men, and the fact that they deal with these polarities puts them in a temporary situation, in which the constant cycles of ups and downs impede feelings of security and perenniality.

Key-Words: Death, Man from the Countryside of Northeast, Cancer, Social Psychology, Phenomenology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A serena morte de Santa Elisabeth da Turíngia Grandes Chroniques de France. France, Paris, XIV.....	22
Figura 2 - Julgamento conjunto. Juízo Final, de Michelangelo, no teto da capela Sistina.....	23
Figura 3 - Montagues e Capuletos diante de Romeu e Julieta mortos.	23
Figura 4 - Morte medicalizada e solitária. Imagebank (2007).....	25
Figura 5 - Retirantes, Portinari, 1944, Painel a óleo/tela 190 x 180cm.....	43
Figura 6 - Cabeças de cangaceiros, incluindo Lampião e Maria Bonita, expostas nas escadarias da Igreja Matriz. www.members.fortunecity.co.uk/acardosogenioslampiao.html	51
Figura 7 - Enchente no sertão.....	56
Figura 8 - Seca no sertão.....	56
Figura 9 – Incidência de pobreza acima de 50% e índice de Gini acima de 40%.....	59
Figura 10 – Tabela de estimativa de incidência de câncer no ano de 2008 (Brasil, 2007, p.39).....	64
Figura 11– Tipos de câncer mais incidentes, estimativa 2008. (Brasil, 2007).	66
Figura 12 – Localização da cidade de Independência.....	97
Figura 13 – Mapa da pobreza e desigualdade da cidade de Independência (IBGE, 2008a).	97
Figura 14 – Localização da cidade de Quixeramobim.	98
Figura 15 - Mapa da pobreza e desigualdade da cidade de Quixeramobim (IBGE, 2008a).	99

Figura 16 – Portinari (1958). Enterro na rede, pintura a óleo/madeira, 150 x 200cm, Rio de Janeiro.....	126
Figura 17 - Entrada da Casa Vida.....	153
Figura 18 - Antessala da recepção.....	154
Figura 19 - Refeitório.....	154
Figura 20 - Área de convivência.....	155
Figura 21- Lavanderia.....	155
Figura 22 - Enfermaria térrea.....	156
Figura 23 - Chegada em Independência-CE.....	164
Figura 24 - Cadeia pública Independência-CE.....	164
Figura 25 - Igreja na praça principal de Independência-CE.....	164
Figura 26 - Barbeiro esperando clientes em Independência-CE.....	164
Figura 27 - Monumento que indica o centro da região sertaneja do nordeste em Quixeramobim-CE.....	165
Figura 28 - Igreja em Quixeramobim-CE.....	165
Figura 29 - Igreja em Quixeramobim - CE.....	165
Figura 30 - Entrada do cemitério.....	168
Figura 31 - “Túmulo mal cuidado: desgosto”.....	168
Figura 32 - “Túmulo bem cuidado: lindo”.....	169
Figura 33 - Oferendas e pedidos à alma milagrosa.....	170
Figura 34 - Substituição dos animais por motos.....	172
Figura 35 - Funerária em Quixeramobim-CE.....	175
Figura 36 - Produtos artesanais e industrializados em supermercado de Quixeramobim-CE.....	186

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. A MORTE: aspectos históricos e psicológicos	21
2.1. A morte: uma visão histórica.....	21
2.2. O homem como ser-para-a-morte.....	30
2.3. A morte e o processo de luto	32
3. A MORTE E A VIDA SEVERINA	36
3.1. O que faz do Severino um Severino?.....	36
3.2. Qual é o sertão do Severino?	38
3.3. Severino, tua carne é de sol	42
3.3.1. O Severino e as secas.....	42
3.3.2. O Severino e o cangaço: a morte morrida e a morte matada	48
3.3.3. O Severino e a transitoriedade: o perder e o ganhar	53
4. A MORTE E O SEVERINO COM CÂNCER.	64
4.1. A pessoa com câncer em sociedade.....	64
4.2. Por uma psico-oncologia mundana: contribuições da antropologia médica. 76	
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	83
5.1. O caminho escolhido: abordagem qualitativa e método fenomenológico	84
5.1.1. A abordagem qualitativa.....	85
5.1.2. O método fenomenológico mundano	87
5.2. A pesquisa	89
5.2.1. Sujeitos Colaboradores	90
5.2.2. Instrumentos.....	91
5.2.2.1. A entrevista fenomenológica	91
5.2.2.2. Observação participante	93

5.2.3.	Cenário da pesquisa	95
5.2.3.1.	Primeiro momento: hospital e casa de apoio.	95
5.2.3.2.	Segundo momento: cidades do sertão visitadas.	96
5.2.4.	Análise dos dados	99
5.2.5.	Questões éticas	100
6.	A MORTE PARA O SEVERINO COM CÂNCER	102
6.1.	Análise das entrevistas fenomenológicas.....	103
6.1.1.	Morte Severina.....	104
6.1.1.1.	A morte é.....	105
6.1.1.2.	A morte como conhecida.	108
6.1.1.3.	Formas de enfrentamento.....	116
6.1.1.4.	Rituais funerários.	123
6.1.1.5.	Morte matada.....	132
6.1.2.	Quando eu caí doente	133
6.1.2.1.	Vivência do adoecimento.....	134
6.1.2.2.	Câncer é.....	140
6.1.2.3.	Concepções de adoecimento e tratamento	143
6.1.3.	O mundo está em toda parte, o mundo está dentro da gente.	146
6.2.	A experiência no campo	150
6.2.1.	O vivido da pesquisadora na casa de apoio do hospital.....	152
6.2.2.	O vivido da pesquisadora nas cidades do sertão nordestino.....	162
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
	REFERÊNCIAS	188
	ANEXOS	198

1. INTRODUÇÃO

A Proposta desta pesquisa foi realizar um estudo fenomenológico do tema: “O Severino com câncer diante da morte”. A pergunta de partida foi: quais os sentidos atribuídos à morte pelo sertanejo em tratamento oncológico? Compreendendo que o ser humano se constitui em uma relação de mutualidade com o mundo, realizei estudos acerca da realidade histórico-cultural do homem do sertão nordestino em seus aspectos ligados à perda. Versei, também, sobre a morte em suas facetas históricas e psicológicas e, por abordar pessoas com câncer, adentrei no campo da psico-oncologia e da antropologia médica.

A aproximação da vivência dos sujeitos foi feita a partir de entrevistas com pacientes que realizam tratamento oncológico em hospital de Fortaleza, oriundos de cidades do sertão nordestino. Esses contatos foram efetuados tanto no local de tratamento como no domicílio de origem; o propósito incluiu tecer imbricações entre as realidades: morte, sertanejo e câncer.

Os versos de João Cabral de Melo Neto (2000, p.46), extraídos do poema “Morte e Vida Severina”, citados a seguir, tocam-me a sensibilidade desde há muito. Inicialmente, já me chamavam atenção pela riqueza literária, sonoridade e beleza, no entanto, durante o transcorrer do meu percurso como pessoa e profissional, fui tecendo novos sentidos para as mesmas palavras do poeta.

*E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual
mesma morte Severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte Severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida)*

Esses novos sentidos estavam impregnados de uma realidade que, paulatinamente, se aproximava de mim. Uma realidade tão próxima, tão vizinha, mas da qual me mantinha afastada. Um “não-olhar” como que protetor da culpa ou da impotência. Como poderia, na condição de psicóloga, intervir em um contexto a que era ausente? Como ajudar o outro me colocando como um “diferente melhor” ou como um “igual generalizador”, obnubilador das diferenças socioculturais? E surgiu a dúvida que deu origem a este estudo: Quem era esse Severino? Que sentidos ele atribuía à morte quando acometido de um câncer?

Esta pesquisa tentou costurar, com a ajuda dos entrevistados, três eixos distintos: a **morte**, o **câncer** e o **sertanejo**. Para obter esse resultado, foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Compreender os sentidos atribuídos à morte pelo sertanejo em tratamento oncológico.

Objetivos Específicos

- Estudar a **morte** em suas facetas históricas e psicológicas;
- Conhecer a realidade histórico-cultural do homem do **sertão nordestino** em seus aspectos ligados à perda;
- Compreender a **pessoa com câncer** em sociedade, considerando as contribuições da antropologia médica na construção de uma psico-oncologia mundana;

- Tecer imbricações entre as realidades **morte, sertão e câncer**, considerando a mútua constituição da experiência vivida do sertanejo com câncer diante da morte.

Cada uma das temáticas acima surgiu em momentos diferentes do meu desenvolvimento como psicóloga. A primeira a se aproximar foi a morte. A partir de estudos e formação na área de tanatologia, fui conhecendo o que os teóricos versavam sobre a perda e o luto; seus estágios, fases e tarefas; seus complicadores; suas expressões e tempo. Outro pilar desse estudo se aproximou a seguir, foi o câncer. Por meio de curso de especialização em psico-oncologia, conheci a realidade de pessoas, famílias e profissionais diante do adoecimento, tratamento, reabilitação ou morte por câncer. Por algum tempo, minhas linhas de estudo citadas se encaixavam e eram complementares, até que as experiências profissionais como psicóloga hospitalar me levaram a outros questionamentos, ao encontro de um novo núcleo de interesses.

O trabalho em clínica de oncologia de hospital, com clientela do Sistema Único de Saúde - SUS e proveniente do sertão, trouxe-me ao encontro, como psicóloga classe média da capital, com o “Severino”, pobre do interior. Houve o defrontamento de uma teoria psicológica, muitas vezes a-histórica, com um sujeito real, singular, que necessitava de assistência ao deparar-se com a doença e a morte. Que fazer então? Seriam meus estudos anteriores suficientes para compreender esse outro? A realidade da pobreza extrema, fome crônica, violência, pouco acesso à saúde e exposição mais freqüente à morte não teria influência na forma como esse grupo percebe os processos de perda? E os psicólogos, que se propõem a acompanhá-los nos processos de adoecimento, nas internações, nos

tratamentos e contato com a morte, estariam preparados para compreender essas particularidades? Ou tentam em vão encaixá-los em quadros nosológicos descritos por pesquisadores de outras realidades? Compreender essas subjetividades e suas criações particulares poderia ajudar na relação psicoterapêutica com os pacientes, por isso essa pesquisa se interessou em ouvir o que eles têm a dizer sobre o tema, como vivenciam essas situações, e, assim, conhecer sua realidade histórico-social.

A abordagem do tema “O Severino com câncer diante da morte”, realizada nesta pesquisa, já tem sido executada por outros autores em seus fragmentos separados, mas compreensões mais integradoras são escassas. Muitos estudos sobre o homem diante da morte, sobre o sertanejo nordestino e sobre pessoas com câncer já são conhecidos, porém pretendi realizar um entrecruzamento desses pontos. Essa intersecção, aqui abordada como pesquisa, também já foi alvo de meus trabalhos nas áreas clínica e hospitalar, inclusive com a publicação: *Veras(2006), Dudu vai ao hospital – compartilhando vivências de crianças com câncer*, que apresenta a história de uma criança sertaneja com leucemia, que se trata em hospital da cidade grande, e as repercussões desta vivência.

O contato com a realidade de pessoas que possuem maneiras distintas de lidar com as perdas, diferentes daquelas que a literatura indica, trouxe-me inquietações e questionamentos. Conhecer melhor os processos em que essas subjetividades são produzidas ajudará a perceber suas diferentes expressões e evitará julgamentos e orientações equivocadas. Portanto, é preciso compreender a relação entre identidade pessoal e cultural e buscar o que nos faz, como citado pelos professores Patrícia Ewald & Jorge Soares (2007) “*igual e diferente de um e de muitos*”(p.24).

Dentro da psico-oncologia, há uma preocupação em saber como os pacientes, familiares e profissionais percebem e enfrentam a morte. O câncer, apesar dos avanços biomédicos no tratamento e cura, continua sendo uma doença de alta incidência e com grande ligação a representações sociais que incluem dor, sofrimento e morte.

Os processos de adoecimento, de uma forma geral, colocam o ser humano diante da possibilidade de sua finitude, ameaçando as defesas e os mitos de imortalidade. É parte do tratamento não só observar os aspectos fisiológicos alterados pela doença, como também dar assistência global a um outro que, perante sua finitude, pode reagir de formas variadas, que incluem sofrimento, medo, negação ou aceitação.

A maneira como as pessoas irão reagir a um adoecimento e como vão se defrontar com a finitude muda em função de inúmeros fatores que se entrelaçam continuamente, criando subjetividades e sendo por elas criados. Portanto, para trabalhar com essas pessoas e suas demandas, é necessário compreender como essas subjetividades são produzidas e expressas, o que inclui conhecer suas vivências pessoais e também sua cultura e história, disponibilizando-se a entrar em contato com todo um *“horizonte de significação e valores”*, definição fenomenológica dada à cultura por Ewald e Soares (2007, p. 24).

Ao entrar em contato com uma diversidade de pesquisas sobre como as pessoas e grupos dão sentido à morte, como a simbolizam e a enfrentam, percebi que quase todos esses estudos consideram como parâmetro, construções teóricas desenvolvidas em países como a França e os Estados Unidos. Pesquisadores na área da psico-oncologia e tanatologia produziram estudos importantes para nossa compreensão destes processos de perda e luto. Como exemplo, temos os estágios

de Kubler-Ross (2005), as fases de Bolwby (1973) e as tarefas de Worden (1998), descritos no capítulo 2: *“A MORTE: aspectos históricos e psicológicos”*.

Apesar da relevância desses estudos, quando me propus a trabalhar, como psicóloga, com a realidade do sertanejo com câncer, percebi a necessidade de uma compreensão das singularidades dessas pessoas em seu grupo sociocultural, pois o material teórico citado, freqüentemente, não se atem às peculiaridades culturais, vez que trata de um *“homem planetário”* (Moreira, 2007), diferente do homem nordestino. São estudos feitos com o público de países desenvolvidos, que apresentam bom nível de escolaridade, condição econômica satisfatória, e que estão imersos na realidade da industrialização e urbanização, bem diferente da perspectiva de vida e de morte encontrada em Patativa de Assaré (2006), que, como poeta pobre da Serra de Santana-CE, revela que as vicissitudes de cada viver constroem sentidos particulares para cada morte.

Inspiração nordestina

*O mundo é uma cadeia
que de preso véve cheia,
ninguém me diga que não;
a morte é seu sentinela,
e é quem arranca as tramela
das porta desta prisão.
(p.96)*

A dissertação, aqui apresentada, aborda, em seus três capítulos seguintes, a exposição e discussão de algumas temáticas centrais para o nosso estudo, onde foram contemplados os eixos morte, sertanejo e câncer. O primeiro deles, *“A morte: aspectos históricos e psicológicos”*, versa sobre a visão histórica da morte, o homem como ser-para-a-morte e o processo de luto. O segundo capítulo, *“A morte e a vida Severina”*, traz informações a respeito da construção histórico-social do sertanejo e sua história perante as perdas. Finalizando a revisão bibliográfica, o capítulo três, *“A morte e o Severino com câncer”*, aborda os subitens: *“O câncer, a pessoa e a*

sociedade”; *“Por uma psico-oncologia mundana - contribuições da antropologia médica”*.

Após a discussão teórica, há um capítulo dedicado à clarificação do percurso metodológico escolhido; nele é especificada a opção pela abordagem qualitativa e pelo método fenomenológico mundano. Momento do texto em que foi feita a descrição da pesquisa, dos seus colaboradores, do seu cenário, dos seus instrumentos, do processo de análise dos dados e das questões éticas.

A abordagem elegida foi a qualitativa, por ser mais adequada aos objetivos do estudo, já que privilegia qualidades, processos e significados. Essa abordagem, segundo Denzin & Lincoln (2007), observa a realidade como socialmente construída e percebe o pesquisador não como neutro, mas implicado no processo de construção do conhecimento e em parceria com os colaboradores. Essa visão metodológica partilha poder com o colaborador, dando-lhe voz, e , retirando-o da relação sujeito/objeto.

O método escolhido foi o fenomenológico, utilizando a lente da fenomenologia mundana, de base merleau-pontyana, que se interessa pela compreensão dos significados da experiência vivida em mútua constituição com o contexto sociocultural. O filósofo Merleau-Ponty (2006) acentua a relevância da existência; busca-se o significado da experiência vivida, em uma concepção de homem, que é fundamentalmente mundano, no sentido em que existe e se constitui mutuamente no mundo.

Os instrumentos utilizados foram entrevistas fenomenológicas, na casa de apoio do hospital, e observação participante, tanto na casa de apoio do hospital quanto em cidades do sertão. A pergunta usada na entrevista aberta foi: *“O(a) Senhor(a) poderia falar o que é morte para você?”*. Após aprovação do projeto de

pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará, e do consentimento livre e esclarecido dos participantes, foram realizadas as entrevistas fenomenológicas com sete colaboradores: são sertanejos em tratamento oncológico. O conteúdo das falas dos pacientes proporcionou reflexões que foram enriquecidas pelas informações obtidas por meio da observação participante em cidades do sertão cearense (Independência e Quixeramobim).

A discussão e análise do material obtido foram realizadas conforme os passos indicados por Virgínia Moreira (2004): *1. Transcrição da entrevista para obtenção do texto nativo; 2. Divisão do texto nativo em movimentos; 3. Análise dos Sentidos Emergentes; 4. "Saindo dos Parênteses" como ferramenta crítica.*

As vinhetas, originadas das observações participantes, foram analisadas culturalmente e, em seguida, entrelaçadas com os sentidos emergentes das entrevistas fenomenológicas, de modo a facilitar a compreensão do fenômeno dentro de seu caráter mundano.

2. A MORTE: aspectos históricos e psicológicos

Tudo quanto vive, vive porque muda; muda porque passa; e porque passa morre. Tudo quanto vive perpetuamente se torna outra coisa, constantemente se nega, se furta à vida (Fernando Pessoa, 2008, p. 457).

2.1. A morte: uma visão histórica

“Existirá uma relação permanente entre a idéia que se tem da morte e a que fazemos de nós mesmos?” (Ariès 2003, p.103). Com esse questionamento, Phillippe Ariès encerra a primeira parte (chamada *Atitudes diante da morte*) de seu clássico estudo “História da morte no ocidente”, e é com essa mesma interrogação que inicio esse capítulo em que pretendo tratar a morte em seus aspectos histórico e psicológico. A partir do estudo feito pelo citado historiador francês, nota-se que a forma como o homem dá sentido à morte e trabalha suas perdas está ligada à maneira como ele se percebe, e o que o seu mundo, sua época e suas vivências o permitem. Quem somos nós? Como vivemos? Essas seriam as perguntas iniciais para se responder a uma outra: Quais os sentidos que atribuímos à morte?

Nesta pesquisa, o interesse é focado em como o sertanejo com câncer, percebe e compreende a morte. Para alcançar esse objetivo, além de atentar para questões ligadas à psico-oncologia e à antropologia médica, no capítulo quatro, e ao sertanejo, no capítulo três, foi necessário discutir o que os teóricos e pesquisadores têm apresentado em relação à temática morte, a fim de perceber as congruências e divergências com as experiências do homem sertanejo.

Inicio com a descrição de algumas atitudes diante da morte assumidas pelo homem ocidental ao longo do tempo e descritas e organizadas pelo historiador francês Phillippe Ariès.

A categoria que Ariès (2003) denomina “morte domada” pode ser compreendida pela forma como morriam os cavaleiros medievais. Ele esclarece que a morte súbita era um tipo de morte indesejada, desonrosa, e as pessoas, nessa época, estavam atentas aos sinais de aproximação da morte, sendo freqüente sua anunciação. Sabendo da proximidade do fim, eram tomadas providências e seguiam-se rituais ao leito, como: a evocação da vida, o perdão, a culpa e as recomendações religiosas. São características deste período, em que a morte aparece como familiar e próxima, a espera da morte ao leito (como mostra a Figura 01), a morte como cerimônia pública e a simplicidade dos ritos. Na idade média, a igreja era local de sepultura, a posição de proximidade do morto aos santos significava a proteção, o poder e o status do morto.



Figura 1 - A serena morte de Santa Elisabeth da Turíngia Grandes Chroniques de France. France, Paris, XIV.

Outra atitude diante da morte é chamada por Ariès (2003) de “A Morte de si mesmo”. A idéia de *indivíduo* vai se fortalecendo e modifica a forma como o homem lida com a morte, pois há uma preocupação com o depois da morte. Começa-se, então, a observar a personalização das sepulturas, diferentemente da morte

domada, onde as valas eram comuns ou sem identificação. E o julgamento final, antes representado como acontecendo no fim dos tempos (como representa a Figura 02), é agora transferido para um julgamento pessoal ao fim da vida de cada indivíduo. A cerimônia de morte ao leito toma um caráter mais dramático e emotivo, o corpo morto é ocultado com a difusão do uso de caixões e embalsamamentos.



Figura 2 - Julgamento conjunto. Juízo Final, de Michelangelo, no teto da capela Sistina.

“A Morte do Outro” é uma nova atitude onde a morte aparece dramatizada, ligada ao romantismo, a exemplo do casal Romeu e Julieta (Figura 03).



Figura 3 - Montagues e Capuletos diante de Romeu e Julieta mortos.

No século XIX, foi comum, na França e na Inglaterra, o uso de sepulturas privadas localizadas não em cemitérios, mas nas propriedades das famílias. Posteriormente, ainda no século XIX, os sepultamentos deixaram de ser realizados em igrejas ou em terras da família para ocorrerem em cemitérios afastados das cidades, por questões de salubridade advindas do processo de higienização e medicalização da sociedade (Ariès, 2003; Kovács, 2002).

Em todas as atitudes do homem ocidental diante da morte, citadas anteriormente, processam-se mudanças graduais, porém, no período em que Ariès denomina de “Morte Interdita”, existe uma revolução na maneira de tratar a morte, passando esta de familiar para vergonhosa e interdita. Começa-se a poupar o moribundo da iminência da morte, pois, conforme Ariès (2003) “*a verdade começa a ser problemática*” (p.84). A morte é levada à clandestinidade e tem início a dissimulação, de modo que todos os sinais de sua iminência são camuflados. Dessa forma, a morte é medicalizada e seu local é transferido do leito do quarto para o leito do hospital, passando de ritual público para privado e restrito, modificando seu caráter familiar (Figura 04). A perda se torna mais difícil, pois a manifestação da dor é suspensa, nesta sociedade em que o modelo econômico capitalista ensina a competir e a ganhar, fazendo da perda uma vergonha e derrota. O temor da morte é, ao mesmo tempo, aumentado e negado, de modo que, cada vez mais, morra-se como tememos: sozinhos.



Figura 4 - Morte medicalizada e solitária. Imagebank (2007).

A imagem monocromática da figura quatro apresenta a morte que muitos seres humanos têm que enfrentar hoje. A representação do abismo e da solidão traz também, um paradoxo: uma sociedade que almeja o controle e nega o sofrimento, o envelhecimento e a morte, mas que, diante da impossibilidade de tais tentativas, convive com o medo.

Os momentos históricos, descritos anteriormente, revelam que as pessoas já guardavam temor à morte, mas não a ponto de afastá-la, negá-la ou dela fugir. Porém, hoje, ela passa a ser suja e inconveniente, sendo medicalizada e institucionalizada. Sobre essa atitude ocidental contemporânea diante da morte, Júlia Kovács (2002) observa que, de evento natural ao desenvolvimento humano, a morte passa a ser concebida como fracasso, impotência ou imperícia, devendo ser ocultada e silenciada. Exemplo pungente dessa realidade é descrito em “*A Morte de Ivan Illitch*” de Tolstói (2005), em que o processo de morrer do personagem vem acompanhado de silêncios, esquivas e medicalização. Illitch chega a comparar o médico a um juiz e ele a um réu, passivo, obediente e sujeito à punição.

Apesar do estudo de Ariès ser uma referência mundial no tema “O homem diante da morte”, é importante saber que ele mesmo já destaca que suas observações se referem ao mundo ocidental, sendo as atitudes orientais bastante diferenciadas por influência de outras raízes filosóficas e visões de mundo e de homem. Essa separação entre ocidente e oriente é sempre clara e evidenciada, mas não há homogeneidade na diferença. Afirmar que a subjetividade oriental difere da ocidental não permite dizer que há unidade de paradigmas, cultura e comportamento dentro de cada um desses pólos. É bem verdade que o processo de “*Homogeneização Cultural*” (Ewald, 2007, p.24) tenta fazer com que todos fiquem semelhantes. Incutem-se necessidades e a forma de pensar dominante é instituída e massificada de forma a manter ideologias e relações de poder e espoliação.

Mesmo com o alastramento desse processo de aculturação, algumas comunidades conseguem manter conservadas peculiaridades de crenças, costumes e subjetividades. Vê-se isso em relação à forma como diferentes culturas tratam suas perdas, suas mortes e seus mortos. Edgar Morin (1970) observa que as sepulturas são consideradas provas evolutivas de humanização, estando presentes, desde o homem de Neanderthal. Até mesmo os grupos humanos mais antigos não abandonavam os corpos de seus mortos sem a prática de algum rito.

Apresento aqui alguns exemplos desses rituais de culturas diversas:

No México, “*O Dia de Muertos*”, que acontece em novembro, na mesma época de finados no Brasil, é uma grande festa comemorada e esperada pelo povo. Existe a crença de que nesta data os mortos têm permissão para voltar a desfrutar os prazeres da vida com os parentes, que preparam as casas e fazem oferendas aos entes já mortos (Callia, 2005).

Os *Ugandenses*, na África, conservam, na sua cultura, a concepção de que os mortos continuam a conviver entre os membros da família. Há temor de que os espíritos possam vir a causar algum dano a quem, em vida, foi seu desafeto, logo, devem ter suas vontades atendidas e respeitadas. As sepulturas são feitas diante das casas para facilitar o convívio, e se o morto era chefe de família, deve ser enterrado no interior de sua habitação. Os objetos pessoais são enterrados com o corpo, reforçando a idéia de continuidade da vida. Os rituais duram cerca de quatro dias e incluem sacrifícios de animais e apoio à família. Já para a etnia africana *Kiga*, a morte é muito temida, pois é vista como inevitável e eterna, não havendo idéia de paraíso, ressurreição ou vida posterior. Na sociedade *Hororo*, não existe o conceito de morte natural, e sim a concepção de que ela é fruto de uma má conduta (Bamunoba & Adoukonou, 1984).

Entre os índios, há costumes variados, sendo comum a presença de dois momentos: o enterro do corpo, para descarnamento e depois novo enterro dos ossos, enfeitados e pintados (a exemplo dos *Bororós*). Os índios do *Xingu* realizam o *Quarup*, ritual ligado à morte, à fertilidade e ao renascimento. Já os *Tupis* enterravam seus mortos dentro de casa, no local onde ficava a rede deles. Os *Ianomâmis*, diferentemente, comiam seus mortos, em uma pasta de banana com as cinzas do morto, desta forma acreditavam que os enterravam em si mesmos, introjetando as qualidades deles. Assim também faziam alguns povos com guerreiros inimigos prisioneiros, que eram comidos de maneira ritualística, se fossem considerados valentes. Interessante observar que o guerreiro preso não demonstrava pavor, pois o fato de o povo inimigo desejar ingerir sua carne afirmava sua valentia e coragem, fugir era uma desonra. Já os brancos não eram comidos

pelos índios, pois demonstravam medo e covardia, sua ingestão significaria a introjeção destas características rechaçadas pelos guerreiros (Callia, 2005).

Helman (2006) nos transmite que no arquipélago malaio o cadáver é inicialmente enterrado em caráter provisório, enquanto se decompõe, para, então, ser sepultado definitivamente. Entre esses dois momentos, o morto continua existindo socialmente e até suas refeições são levadas a ele. Helman (2006) também indica que, na maioria das comunidades humanas, existem dois tipos de morte: a biológica e a social, e pode haver um período de tempo variável entre as duas. A biológica se dá quando do fim do organismo; a social, com o fim da identidade, abrangendo rituais como os funerais. Kovács (2007) esclarece que os rituais são específicos de cada cultura, pois facilitam a expressão de sentimentos e dão um sentido à perda.

Apesar dos variados grupos humanos lidarem de forma distinta com a própria finitude, a consciência da morte sempre tem sido lembrada como um dos pontos que diferem o homem dos demais animais, sendo considerada uma característica uniforme em todos os seres humanos. Becker (2007), em seu clássico *“A Negação da Morte”*, faz referência a um paradoxo: o medo da morte está presente para a autopreservação, mas, na vida consciente, processa-se um total esquecimento desse temor. Como, segundo o autor, o homem é *“Metade animal e metade simbólico”* (p.48), essas ambigüidades o traduzem; ele tem consciência de sua posição ímpar dentro da natureza, mas morre e apodrece como qualquer outro ser que julga menor. A natureza mostra a dimensão da morte em seus ciclos e modificações: como dia e noite, verão e inverno, plantio e colheita.

Edgar Morin (1970), em *“O Homem e a Morte”* sugere uma reflexão sobre a relação morte-indivíduo-espécie. Ele afirma que *“A morte é sempre derrota de um*

particular e vitória de um universal”, e analisa a morte enquanto necessidade dentro de um quadro de referência maior do que o individual. É a partir de sucessivos fins e nascimentos que as espécies evoluem, se adaptam e sobrevivem nos seus ambientes, pois é somente com a morte individual que a vida geral pode continuar. A natureza não evita a morte, o que é morte para um é sobrevivência e vida para outros, mantendo o sistema em equilíbrio. A negação da morte advém do homem e de seu processo de construção e valorização da individualidade, mas só com ele também vem a promoção da morte: os assassinatos de semelhantes e as guerras.

A consciência da própria finitude, que o ser humano possui, exige dele outra polaridade, que é a negação desta finitude, pois a consciência e proteção constantes dos riscos de morte o fariam se esquivar da vida. Viver é se arriscar, projetar-se no mundo, ora consciente do risco, ora negando-o. A escritora Clarice Lispector (1998) me faz pensar na utilidade da negação quando descreve: *“Defendia-se da morte por intermédio de um viver de menos, gastando pouco de sua vida para esta não acabar”*. A negação propicia ao homem correr mais riscos, porém, vivendo com intensidade. Um paradoxo da própria consciência da finitude que dá sentido à vida e que motiva o ser humano à projetar-se no mundo.

Becker (2007) compreende a angústia da morte como a mais intensa vivida pelo homem. Para diminuir a angústia, o ser humano lança mão de diversas formas defensivas que o protegem da percepção da realidade e sua transitoriedade em um mundo que lhe oferece, ao mesmo tempo, prazer e terror. A negação se mostra ilustrada em Illitch de Tolstoi (2005):

Se eu tinha de morrer deveriam ter me avisado antes. Mas não havia nada em mim que indicasse isso; eu e todos meus amigos sabíamos que no nosso caso seria diferente. E eis que agora... Não... Não pode ser e, no entanto é assim! Como entender isso? (p.63)

Não é sem razão que os tabus sexo e morte são tão presentes na história do homem e andam tão próximos. Existe uma atração do ser humano pelos limites da vida e da morte. Desde os relatos bíblicos da criação, temos o sexo trazendo a morte ao mundo (no mito de Adão e Eva); o sexo é corpo e o corpo perece. Na mitologia Grega, Eros e Thanatos são irmãos, o sexo traz sobrevivência à espécie, porém, morte ao indivíduo.

Morin (1970) lembra que o fortalecimento do conceito de indivíduo, a consciência da morte e seu traumatismo atingem seu pico, gerando necessidade de negação com crenças de imortalidade. Desta forma, vê-se o medo da morte com mais intensidade nas sociedades modernas e contemporâneas em relação às sociedades mais arcaicas.

Hoje é comum associar a morte a eventos ocasionais e acidentais, despojando-a de suas características de necessária e iniludível. Essa representação da morte está ligada ao seu enfrentamento com combate e adiamento e sua chegada é vivenciada como fracasso, fatalidade.

2.2. O homem como ser-para-a-morte

Na visão do filósofo Martin Heidegger (2002), "*A morte é um fenômeno da vida*" (p.28), elemento estruturante da existência humana. Ele aponta a morte como a possibilidade mais irrefutável do ser-aí, dentro de todas as possibilidades a serem atualizadas, a possibilidade da impossibilidade, do não ser, sempre está presente. E a angústia se interpõe na construção de um sentido para essa realidade. O ser-aí é ser para a morte, morre todos os dias.

Heidegger percebe o tempo como constituinte da noção de ser, e a limitação deste tempo, a morte, remete à necessidade de afirmação da vida e não de sua negação. A afirmação da morte como estruturante não representa um pensamento niilista ou mórbido, pois a morte não é apresentada como impossibilidade, mas sim como a *“possibilidade da impossibilidade da existência”* (p.46) e a indeterminação do momento de sua ocorrência não nega sua certeza.

O filósofo comenta que é reservado à morte um lugar impessoal, *“Algum dia se morre, mas por ora ainda não”* (p.38), encobrendo-se o fato de ela ser possível a cada momento, o que colocaria o homem diante da necessidade de um existir autêntico em que a morte não pode ser vista como acidental, mas constitutiva do ser, voltando-o ao vivido, ao corpo e aos sentidos. A dificuldade de entrar em contato com a possibilidade da finitude faz com que a morte seja a morte do outro, uma vez que o fenômeno da própria morte não é acessível a si mesmo, como afirma Kastenbaum & Aisenberg (1983): *“Percebe-se a morte somente de fora. Com que se parece o não-sentir escapa-me”* (p.9). Sobre o medo da morte, Kastenbaum & Aisenberg (1983) falam existir três medos principais: o que vem depois da morte, o evento de morrer e o deixar de ser.

A respeito do contexto situacional do medo da morte, Kastenbaum & Aisenberg trabalham as dimensões de tempo (quando morrerei?), espaço (onde está a morte?) e probabilidade (consciência de maior ou menor probabilidade). Cada ser sente a distância temporal da morte de uma forma distinta, no entanto, fatores como envelhecimento, adoecimento, riscos ou realidade de vida podem modificar essa percepção de aproximação temporal da morte. Em relação ao espaço, um questionamento relevante é saber se a morte é vista como “lá fora” e do outro, ou “de dentro” e próxima da vivência familiar.

Quanto à relação com a morte, Kastenbaum & Aisenberg (1983) conseguem relativizar circunstâncias histórico-culturais quando a observam como norte-americanos: *“carregamos o ônus relativamente leve de um risco de mortalidade prematura, se comparado com o ônus tradicional da humanidade. A morte conserva-se a uma distância reconfortante”* (p.166). Referem-se ainda a uma “insulação” da morte, com participação periférica nos ritos do morrer, diferenciando o homem do qual falam e representam – o norte-americano, classe média - do homem de outros tempos e nações. Assim, deve-se reconhecer que essa condição contribui para a forma como essas pessoas lidam com as perdas, ao tempo em que condições de proximidade com a finitude, vivenciadas por outras populações, propiciarão maneiras diversas de elaborar semelhantes perdas.

2.3. A morte e o processo de luto

O que se denomina luto é o processo pelo qual se passa quando há perda de alguém com quem existia ligação. Para compreender melhor o luto, é primordial observar como se constrói essa ligação com o outro: o apego. Bowlby (1973), realizou estudo com crianças, e observou que a vinculação se dava com pessoas que ofereciam segurança e proteção, construindo-se uma relação dinâmica e recíproca que perdurava formando padrões de relacionamentos futuros. A forma como se desenvolve esse apego influencia o processo de luto pelo objeto perdido.

O desenvolvimento do conceito de morte no ser humano já começa a acontecer desde a primeira infância. Muitas pessoas, hoje, agem como se as crianças não fossem capazes de compreender a morte, e as excluem dos rituais fúnebres, prejudicando o luto delas. Porém, o conceito de morte já vem se consolidando, gradativamente, em estágios (Nagy apud Kastenbaum & Aisenberg, 1983): durante

o estágio um, presente até cinco anos, a criança não reconhece que a morte é final; no estágio dois, a criança tende a personificar a morte, já a vê como final, mas não universal; no estágio três, a morte já é vista como final e inevitável.

A característica do animismo influencia na aquisição do conceito de morte na infância. Crianças podem julgar que seus pensamentos são capazes de provocar mortes, não diferenciando as dimensões físicas e mentais, tratando objetos inanimados como vivos e pensamentos como concretos. O conceito de constância do eu é importante para a compreensão tanto de sua mudança como de sua destruição, assim como o conceito de futuridade, que se relaciona à apreensão do tempo e de que o que aconteceu não des-acontecerá.

O ser humano não tem acesso ao fenômeno da sua própria morte, a não ser quando já não pode mais nos contar, logo, a morte do outro passa a ser o evento mais próximo da sua. Kovács (2002) afirma que: *“A morte do outro se configura como a vivência da morte em vida”* (p.153). Ocasão em que se é defrontado com a perda e a inevitável finitude do eu, de suas relações, das coisas e dos planos. O processo de luto é, então, uma vivência intensa e repleta de significações e elaborações, que podem levar o enlutado ao definhamento ou ao crescimento.

Ao tentar compreender o luto, Bowlby (1973) observou suas fases. Na fase de choque, a incredulidade perante o ocorrido é inicialmente protetora e deve ir cedendo gradativamente. A fase de desejo e busca da figura perdida mostra alternância entre períodos de consciência da morte e períodos em que o enlutado crê ainda ser possível reaver a pessoa perdida. Com o progressivo contato com a realidade, a fase de desorganização e desespero sobrevém com dor intensa, solidão e desistência de recuperação do morto, preparando-se para a fase seguinte, que se denomina fase de reorganização, onde o eu é redefinido.

O processo de luto pode sofrer complicações. Parkes (1998) distingue três formas de luto complicado: o crônico, o adiado e o inibido. Durante o Luto Crônico, não há movimento na direção de diminuição dos sintomas do processo; no Luto adiado ou inibido, a negação da perda impede a seqüência de suas fases, bloqueando sua finalização. O autor compreende que há fatores que podem alterar o curso do luto, como: o tipo de morte ou perda ocorrida (se repentina ou anunciada); o relacionamento com o objeto perdido; e a própria história do enlutado, incluindo idade, perdas anteriores e condições de suporte.

Em doenças crônicas, observa-se um processo que chamamos de luto antecipatório. O processo de luto é um *continuum* que pode ter início nas perdas simbólicas presentes no processo de adoecimento, como a perda da saúde, diminuição da autonomia, transformações na aparência, hospitalização, eventuais mudanças de cidade e perda progressiva de papéis executados pelo paciente. O luto então começa a acontecer antes da morte física do paciente.

O processo de elaboração de perdas, para Worden (1998), pressupõe a necessidade de realização de quatro tarefas pelo enlutado. A primeira seria a de “Aceitar a Realidade da Perda”. Uma forte e contínua negação pode prejudicar sua execução, paralisando o processo de luto. A participação em rituais tradicionais, como velórios e enterros, tende a facilitar o contato com a realidade da perda. A segunda tarefa, descrita por Worden, é “Elaborar a Dor da Perda”. A intensidade da dor e suas manifestações terão graus variáveis, a depender do relacionamento do enlutado com o morto e de regras de conduta social da comunidade do enlutado. Algumas sociedades podem cobrar fortes expressões de pesar, ao passo que outras podem punir tais manifestações. Na tarefa três, a pessoa tem que se “Ajustar- a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu”. Esse ajustamento será vivido de

maneiras diversas, conforme os papéis desempenhados pela pessoa que faleceu. Finalmente, a concretização da quarta tarefa que exige o “Reposicionamento, em Termos Emocionais, da Pessoa que Faleceu”. O processo de luto se realiza em longo prazo, de forma não linear, e, apesar da realização de todas as tarefas, não há retorno ao estado anterior ao luto.

No ocidente, séculos XX e XXI, assiste-se à patologização do luto, sua manifestação pública ou sua insistente expressão privada passa a ser relacionada à fraqueza, e é motivo de preocupação, merecendo intervenções medicalizantes. O luto se torna mais individual do que social e ritualizado (Ariès, 1990).

3. A MORTE E A VIDA SEVERINA

*Somos muitos Severinos
Iguais em tudo na vida:
na mesma cabeça grande
que a custo é que se equilibra,
no mesmo ventre crescido
sobre as mesmas pernas finas,
e iguais também porque o sangue
que usamos tem pouca tinta.*

(Melo Neto, 2000, p.44)

3.1. O que faz do Severino um Severino?

Para compreender a constituição da subjetividade dos seres humanos, é imprescindível a preocupação com seu contexto, cultura e realidade. O homem é construído sócio-historicamente ao mesmo tempo em que constrói história, como escreve Moreira (2007): *“Ele a produz (sociedade) e ao mesmo tempo é produto dela”* (p.90). Como então compreendê-lo e manter uma relação psicoterapêutica se não se conhecer suas peculiaridades advindas de seu contexto de emergência?

O social não deve ser colocado como externo em relação ao indivíduo, e sim na gênese de sua subjetividade. Como aqui entender subjetividade? Para Rey (2004), *“A subjetividade se produz sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam de forma diferenciada o encontro de histórias singulares de instâncias sociais e sujeitos individuais com contextos sociais e culturais multidimensionais”* (p.137). Desta forma, o contexto construtor e construído do homem não deve ser desvalorizado e não se pode perceber a subjetividade humana como universalmente compartilhada.

A visão de homem corrente, nesta pesquisa, vai ao encontro da do educador Paulo Freire (2005), que propõe: *“a negação do homem abstrato, isolado, solto,*

desligado do mundo, assim como também a negação do mundo como uma realidade ausente dos homens” (p.81). A fala de Freire remete ao homem mundano de Merleau-Ponty e ao seu conceito de atolamento congênito no mundo, realçando a relevância do contexto social na constituição da subjetividade do homem, pois a forma como ele se vê no mundo, como se expressa nele, seus sentimentos e suas relações com os outros, enfim, a maneira como existe, é forjada neste processo de mútua constituição. Moreira (2007, p.107) reforça essa visão se referindo ao entrelaçamento do homem com o mundo.

A realidade sócio-histórica não somente influencia como variável, como é a base da emergência do ser enquanto sujeito singular. Ewald e Soares (2007, p.24) afirmam que, na singular formação do si-mesmo, há o compartilhar de nossa condição, incluindo valores, crenças, gênero e tempo. O reconhecimento deste processo torna imprescindível, para a compreensão da morte na visão do sertanejo com câncer, conhecer o que se chama sertão (sertão nordestino brasileiro) e quem é o sertanejo.

Conhecer a trajetória histórica do sertanejo não será, nesta dissertação, mero enumerar de acontecimentos a fim de introduzir o tema; será, sim, constituinte fundamental na tentativa de aproximação que faremos com o vivido do sertanejo com câncer. A maneira como vivencia situações de vida está ligada tanto a sua história pessoal como também a do seu povo. Na história do homem do sertão nordestino aparecem situações, eventos e movimentos como a seca, o cangaço, o êxodo, a pobreza, a fé, e o messianismo que o coloca frente à necessidade de significar e dar sentido à vida e à morte de uma forma peculiar, congruente, a seu vivido.

Far-se-á, agora, um breve relato sobre pontos-chave do ser sertanejo e de sua história, realizando reflexões, questionamentos e intersecções entre as contribuições de teóricos, escritores, jornalistas, cineastas e demais pessoas que pensaram sobre os temas em questão. Esse resgate histórico possibilita um aumento do recorte de compreensão: tentar perceber porque as “coisas são como são”, o que faz um homem ser o que ele é hoje e como se constituiu sua condição de indivíduo que produz e expressa sua peculiar subjetividade.

3.2. Qual é o sertão do Severino?

Neste estudo, não foi usado como único conceito de sertão a determinação geográfica, buscou-se trabalhar com um conceito polissêmico, abrangendo aspectos multifacetados. Não objetivei traçar um perfil único do sertanejo nordestino, não existe um só sertão ou um só sertanejo, mas diversos personagens e vivências que se entrelaçam na constituição da cultura e da subjetividade de um povo. Freyre (2004) oferece seu depoimento sobre essa realidade formada de infindáveis facetas que, costuradas, fazem a unidade multicolorida de uma colcha de retalhos: *“Pois é também realidade a ser considerada o fato de que não há sertão, porém - repita-se sempre- sertões. Não há - nem houve - um tipo único de sertanejo nordestino, tradicional, porém mais de um”* (p.14).

Sobre o sertão, dentro da construção do conceito de brasilidade, Oliveira (2002) coloca que:

O sertão era percebido como território da barbárie, tal como o conceberam, na primeira metade do século, a elite imperial e o olhar estrangeiro, marcadamente ilustrado. A idéia de sertão sintetizava a representação do outro indesejado e distante, símbolo daquilo que não se poderia conceber como nacional (p.512).

Nesta fala de Oliveira, pode-se questionar a respeito deste outro que percebia e emitia valores sobre o sertão e seu povo, que o autor coloca como sendo a elite imperial e estrangeira: desdobramentos dos descobridores/invasores do Brasil. Percebe-se uma divisão entre esses grupos, e a população que se constituía então seria a base do povo brasileiro.

A invasão dos povos europeus no Brasil deu início a uma relação de dominação e opressão que se desenvolve até hoje. Freire (2005) chega a discutir o conceito de *invasão cultural*, que seria a penetração dos invasores no contexto cultural dos invadidos, e esclarece: “*é importante, na invasão cultural, que os invadidos vejam a sua realidade com a ótica dos invasores e não com a sua. Quanto mais mimetizados fiquem os invadidos, melhor para a estabilidade dos invasores*” (pp.173-174).

E é por esse processo que aprendemos que o Brasil foi “descoberto”, “catequizado”, “civilizado”, ou que o sertanejo é pobre porque é preguiçoso, ou por desígnios de Deus.

A despeito da relação inicial de dominação que os europeus mantinham com os povos já habitantes do Brasil (os índios), a miscigenação foi acontecendo antes mesmo da chegada dos primeiros escravos negros ao Nordeste, dando início à constituição do povo brasileiro, que não era mais nem europeu nem índio. Continha em si características genéticas e fenotípicas de ambos, mas encontrava-se mergulhado em um mundo que o fazia outro. Nasceria aí o sertanejo.

Darcy Ribeiro (2006), em seu livro: *O Povo Brasileiro*, apresenta o sertanejo como “*um tipo particular de população com uma subcultura própria*”(p.307). Ao falar aqui de subcultura, o autor não se refere ao prefixo *sub* como abaixo, como menor, mas como peculiar e diferenciado. Essa singularidade pode ser observada em relação à população do litoral, onde se localizavam as maiores cidades. Ribeiro

(2006) afirma que: *“A sociedade sertaneja do interior distanciou-se não só espacial, mas também social e culturalmente da gente litorânea, estabelecendo-se uma defasagem que as opõem como se fossem povos distintos”* (p.320). Ainda hoje o termo interior é usado com sentido pejorativo pelos habitantes de maiores centros urbanos.

A história de construção da identidade nacional, em que o sertanejo tem relevante presença, envolve sentimentos polares e ambivalentes, dificultando o reconhecimento do outro em si mesmo. O caminho encontrado teria sido a “invenção” de uma divisão regional que demarcasse as diferenças entre um Brasil ideal, industrializado, rico e um Brasil considerado atrasado, pobre e rural.

O termo “invenção do nordeste”, cunhado por Albuquerque Jr.(2003), traz a realidade de que o nordestino não provém somente de uma demarcação geográfica, mas de uma hereditariedade, chamada pelo historiador cultural, em que:

Para entender sua constituição física, sua particular psicologia e suas formas de comportamento, valores e atitudes era preciso remontar à formação de sua cultura, recorrendo à história do povoamento e do processo civilizatório nesse espaço (p.191).

As oposições Norte/Sul e Sertão/Litoral ainda são muito presentes entre os brasileiros, realçando questões ligadas ao poder de dominação entre eles. Vários momentos históricos são ilustrativos desta realidade. No livro “Os sertões”, que tem sido considerado matriz no discurso literário-antropológico, Euclides da Cunha retrata sertanejos dizimados, pelo Brasil litorâneo, no movimento de Canudos. A subjetividade do “ser brasileiro” vai sendo também definida, com a ajuda do sertanejo, pela característica de resistência enfatizada por Cunha (2007): *“Os sertanejos inverteriam toda a psicologia da guerra: enrijavam-nos os reveses,*

robustecia-os a fome, empedernia-os a derrota” (p.629). E em sua consagrada constatação: *“o sertanejo é antes de tudo um forte. Não tem o raquitismo exaustivo dos mestiços neurastênicos do litoral”* (p.146).

A ambivalência e a polaridade seguem dando a tônica ao Nordeste, que se observa na alternância entre miséria e riqueza, seca e fartura, violência e solidariedade. Uma analogia entre essas oscilações e uma possível “personalidade bipolar” chega a ser realizada em Montenegro (2000, p. 98), em seu livro *Psicologia do povo cearense*, acreditando que os extremos vivenciados se refletem nos comportamentos desse povo. Rezende (2001), ao falar do nordestino como cerne da construção da brasilidade, também percebe polaridades e o descreve como:

E ele era rudeza e lealdade, doçura e brutalidade, energia e apatia, dureza e honestidade, obscuridade e alegria, preguiça e trabalho árduo, delicadeza e força, luta e recuo. Tudo isso a um só tempo, em uma só vida, em uma só vivência, em um só espaço.

Essa visão ultrapassa o dualismo integrando em um mesmo homem suas múltiplas facetas e possibilidades. Existe uma congruência entre o pensamento de Merleau-Ponty, quando descreve o *“homem em seus múltiplos contornos”*, e o de Guimarães Rosa (2007), quando expressa, pela voz de Riobaldo, *“é e não é, o senhor ache e não ache. Tudo é e não é...”* (p.11). Os dois autores, com suas peculiares maneiras, referem-se ao homem uno com ele próprio e com o mundo. Dessa forma Merleau-Ponty (1975) assevera que o homem é estofado do mundo, o mundo é homem e o homem é mundo, ao mesmo tempo que Guimarães Rosa (2007) afirma: *“O sertão está em toda parte, o sertão está dentro da gente”*. Os dois autores explicitam a impossibilidade do ser humano ser compreendido dissociado de

sua realidade histórica e social, não é possível um “homem-médio” que represente todos os outros. Logo, a vivência do povo sertanejo faz parte da constituição de cada homem do sertão, interagindo com as experiências pessoais de cada indivíduo e com os novos valores compartilhados entre os diversos grupos humanos a partir do acesso aos meios de comunicação, proporcionado pela globalização.

A constante alternância ou convivência com esses pares de polaridades, que trazem extremos tão diversos, leva a reconhecer que a freqüente exposição às mudanças é vivência característica do homem sertanejo. Importante é perceber que mudanças vêm acopladas a processos de perdas e a seus decorrentes trabalhos de luto. O sertanejo é, então, um homem que está e é sujeito a deparar-se, dia-a-dia, com as perdas, assim, é cedo e constantemente colocado diante da finitude, que se verifica desde seu processo de construção, enquanto povo, até sua história pessoal como indivíduo.

3.3. Severino, tua carne é de sol

3.3.1. O Severino e as secas

Um dos eventos que talvez exerçam maior força sobre a exposição à finitude pela qual passa o sertanejo são as secas. A seca não é um evento meramente climático e natural, pois, a seu significado e às suas repercussões, são acrescentados fatores sociais, econômicos e políticos. No decorrer do século XVII, houve seis grandes secas (1603, 1605-7, 1614, 1645, 1652 e 1692); no século XVIII, ocorreram sete grandes secas, de intensidade ainda maior que as do século anterior. A descrição da seca do ano de 1792 remete a uma imagem aterradora: *“As estradas juncadas de cadáveres, famílias inteiras mortas de fome e sede, e envolvidas no pó dos campos”* (Villa, 2000 p.20).

Depois de uma grande seca, era comum a eclosão de doenças e pestes. No ano de 1794, aconteceram as pestes de gafanhotos, cascavéis e ratos, morrendo cerca de um terço da população da, então, capitania de Pernambuco.

Após o período da independência, sobreveio outra grande seca (1824-1825), seguida por epidemias, como a de varíola e pelo advento do movimento do banditismo. Essas contingências conformavam a construção de imagens da morte, como famílias de miseráveis retirando em busca da sobrevivência, encenando um espetáculo macabro retratado por Portinari em seu quadro, “Os retirantes”, aqui reproduzido:



Figura 5 - Retirantes, Portinari, 1944, Painel a óleo/tela 190 x 180cm.

A imagem do retirante aparece fortemente ligada à perda, também, no poema “Morte e Vida Severina”, de João Cabral de Melo Neto:

*-Desde que estou retirando
só a morte vejo ativa,
só a morte deparei
e às vezes até festiva;
só a morte tem encontrado*

*quem pensava encontrar vida,
e o pouco que não foi morte
foi de vida Severina
(aquela vida que é menos
vivida que defendida,
e é ainda mais Severina
para o homem que retira).*

(Melo 2000 pp.52-53)

Villa (2000) cita trecho da reportagem do jornal “O Cearense” que descreve a cena de como se configurava a situação do sertanejo nordestino durante o ano de 1877: *“aspecto sombrio de vastos cemitérios... As estradas estavam intransitáveis, não somente pela falta absoluta d’água, como pela quantidade incalculável de cadáveres de animais em putrefação”* (pp.48-49). A situação de fome alimentava a ampliação de várias doenças que atingiam a população, e uma nota ao jornal paraibano “A Opinião”, de dezembro de 1877, também citada por Villa (2000), alerta: *“Em todas as ruas vêem-se cadáveres ambulantes e nus, sem forças para implorarem uma esmola; e a morte tem arrebatado muitas vítimas da seca. Tudo é consternação, miséria e desespero”* (p.52).

O número de mortes na seca deste ano foi calculado em meio milhão somente no Estado do Ceará (Domingos & Borges, 1983). Villa afirma que, em 1915, no Piauí, os sertanejos, com a lavoura perdida, migraram rumo ao litoral. Com o gado definhando e os altos preços dos alimentos, houve notícias de suicídios de lavradores. Na seca de 1932, já eram 400 mil flagelados. A ausência de uma política governamental eficaz e não meramente emergencial permitia o crescimento de bandos de cangaceiros, como o de Virgulino Ferreira, o Lampião, acrescentando às mortes pela seca, fome e doenças a violência. Ribeiro (2007) percebe o banditismo como uma expressão de revolta sertaneja contra as injustiças do mundo.

Em 1952, nova estiagem traz de volta a realidade da falta, da perda e da limitação: novamente lavouras e criações de animais perdidas, assim como pessoas e sonhos. Com a ditadura no Brasil, a censura da mídia impede que a população do resto do país tome conhecimento da extensão da crise do sertanejo. Até a proliferação de ratos era considerada bem-vinda ao sertão do Rio Grande do Norte, em 1970, pois, segundo texto de Villa, eles eram “*caçados, mortos a pedradas, esfolados, limpos e postos ao sol para secar*”. E uma peste de formigas que ameaçava os camundongos preocupava o flagelado.

Na década de 80, a situação perdurava, e, em agosto de 1983, estima-se que morriam 100 pessoas diariamente no sertão seco em decorrência dos efeitos da estiagem. Diante disso, as cidades litorâneas começaram a receber as levas de retirantes, surgindo o sentimento de medo, que contribuiu para aumentar a distância entre o povo do sertão e o do litoral. Villa (2000) cita um comentário de uma retirante de Quixeramobim-CE (considerada “invasora” em Fortaleza): “*Para casa é que ninguém pode voltar. Não se volta para um lugar onde nada deixamos*”(p.241).

O período de estiagem, compreendido entre 1979-84, deixou um número de mortos estimado em duas vezes o total de soldados americanos mortos na guerra do Vietnã. Atribuindo ao fenômeno social da seca caráter intencional (frente à omissão do poder público em benefício de outrem), Rech (1997) denomina o episódio da seca de 1979/1984 de genocídio, relacionando-o aos massacres nazistas.

Sobre os programas contra as secas, que começaram tardiamente e resultaram em sucessivos fracassos, Ribeiro (2007) discute o conceito de indústria da seca:

Os programas de socorro aos flagelados resultaram em iniciativas consolidadoras do latifúndio, salvaguardando o gado dos fazendeiros, mas

mantendo o sertanejo nas mesmas condições precárias cada vez mais indefeso face uma exploração econômica mais danosa do que as secas. (p.315).

Como medida emergencial (sempre paliativa), o governo lançou mão das famosas frentes de trabalho, ocasião em que trabalhadores eram alistados para executar, ao sol, serviços extenuantes: eram obras, em sua maioria, nas terras dos grandes latifundiários. Trabalhadores esses muitas vezes doentes, fracos, famintos e velhos, que recebiam, apenas, um terço do salário mínimo para sustentar numerosa família. Há ainda depoimentos de que somente as pessoas ligadas aos poderosos conseguiam trabalho, e de que a comida enviada, como auxílio emergencial, vinha em pouca quantidade e estragada (boa parte era desviada e vendida). Houve ainda atrasos nos pagamentos, que, frequentemente, eram realizados em “vales”. (Medeiros Filho & Souza, 1988).

Sobre esse mesmo tema, a bancada federal do Nordeste, na Câmara dos Deputados, manifesta opinião diferente: *“A pedagogia das frentes de serviço tem produzido legiões de pessoas mal-acostumadas, que vivem a esperar pelas benesses governamentais”* (Câmara dos Deputados, 1999). Eles vão ao encontro das ideologias dominantes que atribuem responsabilidades individuais a um problema complexo e multifatorial.

A população teve sua sobrevivência obtida a partir do desenvolvimento e expressão de uma resistência poucas vezes descrita em um povo. Euclides da Cunha, indo ao Nordeste enquanto jornalista e pesquisador descreve, em seu livro “Os Sertões”, a paisagem física do sertão, realizando uma metáfora com a paisagem social. Quando Euclides da Cunha (2007) descreve algumas plantas do sertão, faz alusão à resistência dos sertanejos que, sobrevivendo a todas as adversidades

naturais e sociais, foram capazes de criar um movimento de resistência durante a guerra de Canudos: *“Unem-se, intimamente abraçadas, transmudando-se em plantas sociais. Não podendo revidar isoladas, disciplinam-se, congregam-se, arregimentam-se. São deste número todas as cesalpinas e as catingueiras”*(p.74).

Os poucos enviados do “Brasil do Sul” realizavam visitas esporádicas e com objetivos eleitoreiros e demagógicos, e não resolutivos. Até mesmo os pesquisadores pareciam mais envolvidos com as explicações naturais da seca; e o sertão nordestino permaneceria no desconhecimento e segregamento. Cunha (2007) chega a expressar que: *“Nenhum pioneiro da ciência suportou ainda as agruras daquele rincão sertanejo em prazo suficiente para o definir”*(p.55).

O aspecto social da seca deve aqui ser enfatizado, para se perceber mais um fator que compõe a rede de vivências de exclusão, miséria e falta no sertão. A afirmativa de Freire (2005) de que *“Não há vida sem morte, como não há morte sem vida, mas há também uma ‘morte em vida’. E a ‘morte em vida’ é exatamente a vida proibida de ser vida”* (p.197), faz refletir sobre as diferenças entre vivenciar a infalibilidade da morte como processo natural e a exposição a perdas determinadas por modelos econômicos e sociais, reproduzidos ao longo de nossa história de Brasil colonizado e, agora, autocolonizador, em um processo que, ao renegar suas raízes, pode se transformar em autofágico. Ao realizar uma análise comparativa entre os paradigmas de Rogers e Paulo Freire, o professor Afonso Fonseca (1983) descreve os nordestinos, com os quais Freire trabalhava, como seres submetidos à exploração, ao sofrimento, ao genocídio lento e à desumanização que, nós todos, como humanos, ainda não conseguimos superar.

3.3.2. O Severino e o cangaço: a morte morrida e a morte matada

Além da seca, outro evento de muita intensidade na história do sertão nordestino foi o movimento do cangaço. A relevância de trazer esse tema para a discussão reside no fato de que a violência no sertão acrescenta ao morrer o matar, que se torna episódio cotidiano. Ainda hoje temos presente, na representação do sertanejo, a valentia destemida, a coragem e a força, que compõem uma imagem, ao mesmo tempo, de herói e de bandido. Parte da constituição da identidade do povo nordestino perpassa por esse movimento, como comenta Albuquerque (2003):

A violência, a luta, o derramamento de sangue teria sido a tônica desse processo de colonização e de constituição do homem nordestino. O nordeste teria sido, no passado, uma terra para quem não tinha medo de morrer, nem remorsos de matar (p.192).

O movimento do cangaço figura como uma epopéia nacional e povoa nossas lembranças e identidades, a exemplo de músicas contemporâneas, como a do movimento mangue de Chico Science, *“Virgulino Ferreira, Virgulino Ferreira: Lampião...banditismo por uma questão de classe, banditismo por dignidade...”*, e do fato de o primeiro vídeo-game criado no Brasil, em 2004, pelo Senac, ser intitulado “Ciber cabra” e ter como personagem principal o cangaceiro Cibério, “melhor seria Ciberino”, lembra Galvão (2004). A expressão cangaço denota uma forma de existência que consiste em estar disponível para o senhor, e tem, ainda, o sentido de sobrecarga. O termo “cangaço” vem de ‘canga’, nome dado ao armamento do indivíduo que andava de bacamarte passado sobre os ombros, sobrecarregado ainda de uma quantidade de outras armas. Cangaceiro, portanto, era a pessoa que

andava “debaixo do cangaço” ou da “canga”, segundo Queiroz (1977, p.17) e Dória (1981, p.24).

Sobre a gênese do movimento do cangaço no sertão, o pesquisador Carlos Alberto Dória(1981) expressou que: *“Esses homens reais sempre foram expressão do inconformismo e da revolta do trabalhador do eito contra as injustiças e misérias a que estavam submetidos na sociedade patriarcal e latifundiária”* (p.94).

Outros pesquisadores, a exemplo de Mello (2004), divergem desta tese e afirmam que não existia no cangaço uma prevalência de questões de reivindicações ou protestos sociais e sim querelas individuais que resultaram em “modalidades de cangaço”, como o cangaço meio de vida, o de vingança e o de refúgio. Esse historiador se refere a “coronéis sem terra”, em alusão ao poder por eles exercido.

Os cangaceiros seriam, então, bandidos ou justiceiros? Percebe-se essas duas faces não como em oposição, mas como polaridades de uma mesma realidade, que se integram na figura do cangaceiro, reforçando as ambivalências que se observam no ser sertanejo. Na emergência do cangaço, não estava somente um ideal consciente de insurreição contra as ordens econômica e social vigentes, existiam também questões ligadas a vinganças e a disputas de poder, pessoais e familiares, o que não desconecta esses fatos das questões sociais, tanto que os movimentos do cangaço emergem com mais força a cada período de crise da seca por que passa o sertão.

Três nomes alcançaram fama e poder, Antônio Silvino, Lampião e Corisco, que se sucederam no “domínio” do sertão nos fins do século XIX até 1940. Famosa passagem marca surgimento do mito Lampião que, após perseguição da polícia e de volantes, morte da mãe e assassinato do pai, diz aos irmãos mais velhos:

“Perdemos tudo, não perdemos? Agora é matar até morrer” (Dória,1981, p.67; Queiroz,1977,p.97).

Corisco, também chamado de diabo louro, foi um dos últimos cangaceiros do bando de Lampião que protagonizou famosa resistência no episódio, “Te entrega Corisco!”, retratado artisticamente por Glauber Rocha em seu filme: “Deus e o diabo na terra do sol”. A mulher de Corisco, Dada, pertenceu, também, ao bando de Lampião. Doria (1981) a retrata como testemunha de que o cangaço não se rendeu, foi dizimado: *“Porque os verdadeiros homens morrem, mas não se rendem”* (p.80), realçando a importância das questões ligadas à honra no sertão.

A morte de Corisco simboliza o fim do cangaço, porém o massacre de Angico é marco na história deste movimento. Foram onze cangaceiros mortos, entre eles Lampião e Maria Bonita. Suas cabeças, decapitadas, foram expostas à visitação pública nas escadarias da igreja matriz da cidade, e pessoas de todo o Estado de Alagoas foram presenciar o fato (ver Figura 06). As cabeças foram mumificadas e expostas por anos no Museu Nina Rodrigues, do Instituto Antropológico e Etnográfico da Bahia, sendo enterradas somente após solicitação da única filha sobrevivente de Lampião e Maria Bonita, Expedita Ferreira, e do filho de Corisco (Queiroz, 1977; Rocha, 1997).

Com a morte de Lampião, Corisco assume a “chefia” do cangaço, prometendo vingar seus companheiros, jura matar todos de sobrenome Bezerra (em alusão ao policial João Bezerra que articulou o massacre), enviando-lhe um saco cheio de cabeças de parentes, e afirma: *“- Se o negócio é de cabeças, vou mandar em quantidade”* (Queiroz, 1977, p.122).



Figura 6 - Cabeças de cangaceiros, incluindo Lampião e Maria Bonita, expostas nas escadarias da Igreja Matriz. www.members.fortunecity.co.uk/acardosogenioslampiao.html

Delineia-se, assim, uma forma de lidar com a morte que se apresenta muito diferente daquela que o homem urbano/industrial/contemporâneo conhece. Para este homem, discute-se, ultimamente, os conceitos de medicalização e negação da morte; já para o sertanejo, forja-se uma realidade que Guimarães Rosa(2007), em “Grande Sertão Veredas” descreve como: “ *O senhor sabe: sertão é onde manda quem é forte, com as astúcias. Deus mesmo, quando vier, que venha armado!*” (p.19). Essa passagem ilustra o destemor e o risco eminente apresentando a morte como evento comum. Na realidade do cangaço, o matar é frequente, e o morrer é vivenciado de frente, sem possibilidade de negação. O medo da morte é então re-significado, em Rosa (2007): “*Ah, medo tenho não é de ver morte, mas de ver nascimento, medo mistério*”(p.60), e atenuado pela crença no determinismo do dia de sua morte: “*Dia da gente desexistir é um certo decreto*” (p.53), colocando o momento da morte como destino sente mais coragem na batalha e está afastado da responsabilidade por sua morte.

O cineasta Glauber Rocha (1964) retrata, a partir do personagem “Antonio das Mortes”, em seu filme “Deus e o Diabo na Terra do Sol”, este sentimento: “*Não tenho medo da guerra, vivo nela desde que nasci*”, assim como para os cavaleiros medievais, o maior temor não é a morte em si, mas o fracasso, a covardia e a derrota. A analogia do sertanejo com o cavaleiro medieval envolve não só a imagem do cangaceiro, mas também um outro personagem ícone do sertão: o vaqueiro. Descrevendo o vaqueiro sertanejo, Cunha (2007) faz uma comparação aos guerreiros da idade média:

As vestes são uma armadura. Envolto no gibão de couro curtido; apertado no colete também de couro; calçando as perneiras cosidas às pernas e subindo até as virilhas, articuladas em joelheira de sola; e resguardados os pés e as mãos pelas luvas e guarda-pés de pele de veado é como a forma grosseira de um campeador medieval desgarrado em nosso tempo (p.151).

As similaridades também se evidenciam no lidar com o batalhar, que redundava em ganhar e perder, em ciclos de vitórias e fracassos, onde a exposição à morte acontecia freqüentemente pela violência. O risco de morrer não era negado, como se vê em muitas sociedades ocidentais contemporâneas, convivia-se e se defrontava com ele no cotidiano. O escritor Guimarães Rosa (2007) inclui, em diversos momentos do seu texto, em “*Grande Sertões*”, a observação: “*Viver é um negócio muito perigoso*”.

A semelhança de alguns valores, comportamentos, e até mesmo vocabulário do sertanejo com o dos povos europeus, em outros momentos históricos, mesclados com a forte influência indígena e pitadas da cultura afro, é observada e compreendida a partir do processo de isolamento que sofreu o sertanejo nordestino,

constituindo-se mais um testemunho das peculiaridades da morte na visão do sertanejo.

3.3.3. O Severino e a transitoriedade: o perder e o ganhar

Uma temática central na história do sertanejo, que guarda uma intensa relação com a forma como este percebe a finitude, é o que se chamará aqui de “*transitoriedade*”. O caráter de transitoriedade se evidencia desde os ciclos de seca e de chuva, onde as famílias conviviam com o perder e o ganhar, alternados. Durante os períodos de crise, é freqüente se ver pessoas que afirmam ter “*perdido tudo*”, muitas ainda enfatizam ter “*perdido tudo, de novo*”. As repetidas perdas põem em cheque a construção da sensação de perenidade. Pode-se observar essa alternância, que caracteriza a vivência nordestina, no poema de Patativa de Assaré (2006), escrito em 1957:

*No inverno de trinta e um
Na terra do Inhamun
Houve bem pouco jirmum,
Mas deu mio e deu feijão
Que a gente não esperava,
O povo alegre forgava,
De noite o samba roncava
Em todo o nosso sertão*

*Mas porém veio depois
O ano de trinta e dois
Não deu mio nem arroz
Nem Jirmum e nem feijão
E o pobre do ceará
Que não quis se retirá
Teve que se sujeitá
Na ta de concentração.
(pp.58-59)*

O poeta Assaré traz à discussão outro personagem marcante na construção da subjetividade desse povo: a figura do retirante. Os tempos de estiagem e de miséria traziam a necessidade de migração, do abandono do pouco que restara, em

busca de melhores possibilidades de sobrevivência. Assim, sucessivas vezes, famílias ou comunidades inteiras deixavam suas casas, seus parques pertences e suas memórias, fato que acostumou o sertanejo a possuir só o que pudesse carregar.

A situação da terra, enquanto propriedade de latifundiários, faz do sertanejo pobre mais um item da fazenda do patrão. Como um objeto, ele não tem identidade ou necessidades próprias, é o chamado “agregado”, “morador”. Sua insalubre moradia é vista como favor do fazendeiro que pode dispor dela no momento que lhe aprovar. O seu lugar de objeto é enfatizado quando comparado com os animais da fazenda, merecedores de maiores cuidados e atenção do que esses homens e suas famílias. Ribeiro (2007) exemplifica: *“Qualquer vaqueiro sabe, por experiência própria, quanto contrastam as facilidades disponíveis para socorrer a um touro empestado com as dificuldades que encontra para medicar um filho enfermo”* (pp.318-319). Desta forma, a estabilidade não é vivenciada com frequência pelo sertanejo, Ribeiro (2007) retrata o que denominei, nesta dissertação, de *transitoriedade*:

Por mais anos ou gerações que permaneça numa terra, o sertanejo é sempre um agregado transitório, sujeito a ser desalojado a qualquer hora, sem explicações ou direitos. Por isso sua casa é o rancho em que está apenas arranchado; sua lavoura é uma roça precária...e sua atitude é de reserva e desconfiança, que corresponde a quem vive num mundo alheio, pedindo desculpas por existir (p.327).

Não é exclusividade do homem nordestino o caráter transitório da vida, na verdade essa é uma característica que se qualifica como natural a todos os seres vivos. O que não é natural, mas construído sócio-historicamente, é a forma como

cada povo ou indivíduo é exposto e como vivencia essa efemeridade na vida. Comunidades e pessoas que experienciam circunstâncias de perdas e mudanças freqüentes perceberiam a transitoriedade da vida com mais clareza e menos negação? Haveria menor necessidade de mecanismos de defesa já que esta seria uma realidade menos assustadora por ser mais familiar? Outro exemplo ilustrativo da transitoriedade é visto em “Vidas Secas”, de Graciliano Ramos (2008), quando da retirada da família de Fabiano, na seguinte passagem:

Cambebes poderiam ter luxo? E estavam ali de passagem. Qualquer dia o patrão os botaria fora, e eles ganhariam o mundo, sem rumo, nem teriam medo de conduzir os cacarecos. Viviam de trouxa arrumada, dormiriam bem debaixo de um pau (p.23).

Além de todo o círculo de perdas ativado com o evento da seca, o nordestino também padece, ciclicamente, de problemas com excesso de chuvas em alguns períodos. A irregularidade da precipitação pluviométrica contribui para o aspecto ligado à transitoriedade formado na personalidade do sertanejo. Torna-se difícil planejar e ter certezas. No ano de 2009, uma das maiores enchentes já registradas inunda o Nordeste brasileiro. De acordo com os números divulgados pela Secretaria Nacional de Defesa Civil, os desastres provocados por fortes chuvas e enchentes já deixaram, até o mês de maio, 254.340 pessoas desalojadas e 123.510 desabrigadas, 48 pessoas mortas e danos em 407 municípios (Brasil, 2009). As fotos abaixo (Figuras 07 e 08) mostram as diversas situações vivenciadas pelo povo sertanejo em que ele é colocado perante o perder.



Figura 7 - Enchente no sertão.



Figura 8 - Seca no sertão.

Ao citar aqui a enchente de 2009 no Nordeste, não se deve pensar que ela seja um evento novo. Luiz Gonzaga já a cantava na música de título: “Súplica cearense”, de autoria de Gordurinha e Nelinho, regravada recentemente pelo grupo “O Rappa”:

”Oh! Deus, perdoe este pobre coitado
 Que de joelhos rezou um bocado
 Pedindo pra chuva cair sem parar

Oh! Deus, será que o Senhor se zangou
 E só por isso o sol se arretirou
 Fazendo cair toda chuva que há

Senhor, eu pedi para o sol se esconder um tiquinho
 Pedi pra chover, mas chover de mansinho
 Pra ver se nascia uma planta no chão

Meu Deus, se eu não rezei direito o Senhor me perdoe,
 Eu acho que a culpa foi
 Desse pobre que nem sabe fazer oração

Meu Deus, perdoe eu encher os meus olhos de água
 E ter-lhe pedido cheinho de mágoa
 Pro sol inclemente se arretirar

Desculpe eu pedi a toda hora pra chegar o inverno
 Desculpe eu pedir para acabar com o inferno
 Que sempre queimou o meu Ceará”

Não bastando a seca por irregularidade de chuvas e as recidivas enchentes, ainda se deve destacar o que vamos chamar aqui de “seca social”. Representada pela situação de desemprego e desigualdade, a “seca social” promove a migração para grandes centros urbanos do Sudeste do País, onde, mais uma vez, o sertanejo encontrará, assim como a Macabéa, de Clarice Lispector (1998), “*uma cidade toda contra ela*” (p.15). Neste romance, a escritora revela que a sertaneja se sentia “*como café frio*”, e somente foi percebida no momento de sua morte - “Hora da Estrela” - como sugere o título do livro da autora.

O retirante vivencia dificuldades também nas terras sem secas, no Sudeste e na Amazônia, para onde muitos retiraram. Sobre a migração para o Sudeste, Patativa de Assaré (2006), escreve esses versos, ressaltando o desfazer-se dos bens:

*Minha boa cumpanhêra
(Diz ele) nós vamo imbora.
E depressa, sem demora,
Vende a sua cartuchêra,
Vende a faca, roçadêra,
Machado, foice e facão,
Vende a pobre habitação
Com mala, rede e baú
E viaja para o Sú
Inriba de um caminhão.
(p.286)*

As violências sociais e morais também são importantes nesta pesquisa, pois, mais uma vez, colocam o nosso sujeito diante da banalização da vida ou da morte, o que provavelmente produz repercussões na sua visão da finitude.

Dedicarei parte deste capítulo, senão a discutir, visto a complexidade necessária para tal propósito, ao menos a relembrar alguns aspectos que compõem a história do sertanejo em sua relação com as perdas que se originam de questões sociais de desigualdade e de exclusão. Algumas realidades parecem centrais na compreensão a que se propõe essa pesquisa, exemplos seriam: a problemática da fome, as questões ligadas à terra (latifúndio, falta de reforma agrária), à desigualdade e à exclusão social; a precária assistência à saúde e à educação; a espoliação do trabalho (incluindo trabalho escravo) e o alto índice de mortalidade, oriundo do entrelaçamento de todos esses fatores, dentre outros.

Dados de pesquisa do IBGE (2008b) mostram que 77% dos municípios nordestinos têm mais da metade de sua população vivendo na pobreza, enquanto, no Brasil, a média é 32,6%, como demonstra o gráfico da Figura 09. Na referida pesquisa, a pobreza é entendida como privação do bem-estar e da dignidade, que está associada à insuficiência de renda, à nutrição, à saúde, à educação, à moradia e aos bens de consumo, e o índice de Gini é uma medida que representa a desigualdade social.

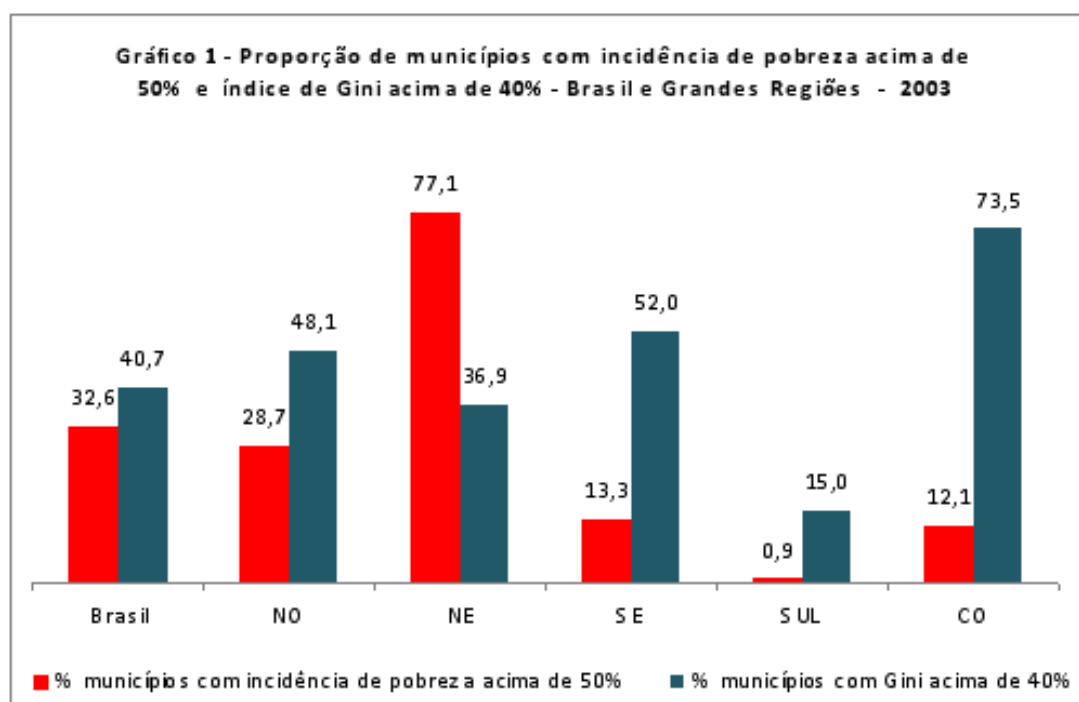


Figura 9 – Incidência de pobreza acima de 50% e índice de Gini acima de 40%.

Sobre a situação da *fome* como problemática, refiro-me não somente àquela fome como evento agudo e pontual, mas, principalmente, aos processos crônicos de insegurança alimentar por que passa grande parcela da população sertaneja. Josué de Castro (1965), uma referência na discussão do tema fome, afirmou: “*Mais grave ainda que a fome aguda e total, devido às suas repercussões sociais e econômicas, é o fenômeno da fome crônica ou parcial, que corrói silenciosamente inúmeras populações do mundo*”.

Atualmente, no Brasil, as políticas públicas trabalham com o conceito de “segurança alimentar”. Para que uma pessoa possua tal situação, ela precisa não só de comida, mas de uma alimentação suficientemente nutricional, em quantidade adequada, com qualidade, regularidade e dignidade. Essa definição ampliada mostra que o número de pessoas que se enquadra na categoria de “insegurança

alimentar”, ou seja, “que passam fome”, é muito alto no sertão, já que inclui tanto sujeitos que não possuem nada para se alimentar, quanto aqueles que comem somente um tipo de alimento, como farinha ou raízes, famílias que dependem de doações, crianças que buscam comida no lixo, ou ainda aqueles que têm acesso à quantidade calórica insuficiente. Um exemplo são as mães que diluem o leite em pó em grande quantidade de água para que consiga ofertá-lo aos filhos durante todo o mês ou o alimentam com garapa de açúcar (água com açúcar). Ao encontro deste ponto de vista, Valente (2003) manifestou, em seu artigo sobre fome e direitos humanos, sua opinião:

Ver os filhos passarem fome é passar fome. Comer lixo é passar fome. Comer o resto do prato dos outros é passar fome. Passar dias sem comer é passar fome. Comer uma vez por dia é passar fome. Ter que se humilhar para receber uma cesta básica é passar fome. Trocar a dignidade por comida é passar fome. Ter medo de passar fome é estar cativo da fome (p.54).

A importância de falar sobre a questão da fome nesta pesquisa se justifica pelo fato de ser a alimentação condição básica de sobrevivência humana. Ao ver que esta possibilidade se encontra ameaçada em muitas famílias sertanejas, compreendo que, esse homem fica diante da sua possibilidade de finitude e da insegurança de sua sobrevivência. A fome funciona como mais um elemento da experiência do sertanejo que transforma em familiar a perecibilidade da vida.

Outra questão citada é a da *terra*. Os grandes latifúndios e a inconsistente reforma agrária diminuem as possibilidades da agricultura familiar e da auto-suficiência das famílias. O homem sertanejo é transformado em um mero elemento da cadeia produtiva das grandes fazendas, um operário que substitui os anteriores escravos negros e os indígenas, porém, com mais vantagens para os proprietários.

As famílias espoliadas, muitas vezes, têm de manter com seus patrões uma relação de subserviência, e até mesmo de gratidão, pois residem nas terras deles “de favor”. Mais uma vez se vê a realidade deste povo reforçando seu contato com as perdas e faltas. O poeta João Cabral de Melo Neto (2000, p.59) expôs esta situação em versos onde mostra que o único momento em que o trabalhador teria sua terra seria a da sua cova, mesmo que ainda rasa e medida.

- *Essa cova que estás,
com palmos medida,
é a conta menor
que tiraste em vida.
- É de bom tamanho,
nem largo nem fundo,
é a parte que te cabe
deste latifúndio.*
(p.59)

A concentração de terra repercute em função de outros benefícios, como crédito e construção de obras públicas (açudes, por exemplo) dentro de propriedades privadas. A espoliação das populações sertanejas pobres é fator de peso na submissão destas a um cotidiano de perdas e miséria.

Sobre o *alto índice de mortalidade*, é importante perceber que, dentro destes números, encontram-se fatores ligados à saúde, educação, violência, desigualdade, bem como seus entrelaçamentos. Um conhecido dito popular, utilizado quando alguém quer justificar o fato de ter vários filhos, ilustra que a possibilidade de morte de um deles figura como algo usual dentro da experiência destas famílias sertanejas: *“quem tem três (filhos) tem dois, quem tem dois tem um e quem tem um não tem nenhum”*; a perda de um dos filhos chega a ser considerada previsível. Clarice Lispector (1998) também fez referência a essa situação quando, uma personagem sua, promete a Nossa Senhora da Boa Morte que, se a filha “vingasse” colocaria nela o nome de “Macabéa”, mas somente depois que a criança

completasse um ano de idade, até lá ela não seria chamada por nome algum. A possibilidade de que a criança viesse a morrer era tão visível que o fato de ela não possuir um nome ou ser chamada protegia a mãe da construção de um maior vínculo, evitando, mais tarde maior sofrimento por ocasião da perda.

Saindo do romance de Lispector, tem-se aqui o exemplo do trabalhador rural Luís Balbino de Oliveira, que teve seu depoimento citado em (CPT.CEPAC.IBASE, 1997), onde relata sua história de perdas entre as décadas de 70 e 80:

Perdi cinco filhos. Três antes da seca e dois na própria seca. A primeira nasceu em 74 e depois de seis meses morreu, depois nasceu outra que morreu em 75. De 77 para 78 nasceu outra e morreu com quatro meses. Todos morreram de diarreia. O primeiro que morreu na seca foi o Francisco, em 1982. O Luizinho também morreu com dois anos (...) Quase todos os casais que moram aqui perderam crianças (p.87).

Muito se poderia expor sobre a realidade do sertanejo em sua estreita relação com as perdas, porém, as questões aqui levantadas são suficientes para configurar a realidade deste povo e para entender como sua forma de ver a morte está permeada por suas histórias e vivências.

Além de toda lista de dificuldades e singularidades do ser sertanejo, há ainda uma característica a ressaltar: a capacidade destas pessoas de se reconstruírem a cada perda, capacidade esta ilustrada também pela natureza que, seca após seca, se recompõe de novo, novamente e mais uma vez. É o sertanejo faz, ao seu tempo e ao seu modo, a elaboração de suas perdas e recobra suas possibilidades, atualizando vivências, como descreve Fonseca (1998):

Sabemos que os seres humanos têm potenciais que não raro revelam-se como impressionantes. (...) vemos como cada pessoa se

supera no processo de constituição de si e de sua vida, como paulatina e meticulosamente conquista o impossível; vemos como as pessoas podem, certamente depois de um período de impotência e perplexidade, recobram-se das diversas catástrofes possíveis da vida, auto-superarem-se e criarem vidas novas, habilidades novas, capacidades novas, recursos novos, inesperados e insuspeitados.

Encerro este breve relato sobre a realidade do sertanejo com Fabiano, personagem do livro “Vidas Secas” de Ramos (2008): *“Olhou os quipás, os mandacarus e os xiquexiques. Era mais forte que tudo isso, era como as catingueiras e as baraúnas”* (p.19).

4. A MORTE E O SEVERINO COM CÂNCER.

4.1. A pessoa com câncer em sociedade.

O câncer tem sido uma causa de morte cada vez mais comum, principalmente entre os países desenvolvidos, que já ultrapassaram o momento epidemiológico das doenças infectocontagiosas. No Brasil, os números também são altos. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007, p.39), a estimativa de incidência de câncer no ano de 2008 é de quase meio milhão de casos novos, mais precisamente de 466.730 casos (ver Figura 10), que, somados à taxa de prevalência de pessoas que já convivem com o câncer, formam um grande contingente de cidadãos que enfrentam esse processo de adoecimento e tratamento.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa de casos novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	49.530	-	49.530
Mama Feminina	-	49.400	49.400
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.810	9.460	27.270
Cólon e Reto	12.490	14.500	26.990
Estômago	14.080	7.720	21.800
Colo do Útero	-	18.680	18.680
Cavidade Oral	10.380	3.780	14.160
Esôfago	7.900	2.650	10.550
Leucemias	5.220	4.320	9.540
Pele Melanoma	2.950	2.970	5.920
Outras Localizações	55.610	62.270	117.880
Subtotal	175.970	175.750	351.720
Pele não Melanoma	55.890	59.120	115.010
Todas as Neoplasias	231.860	234.870	466.730

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Figura 10 – Tabela de estimativa de incidência de câncer no ano de 2008 (Brasil, 2007, p.39).

Apesar do grande e crescente número de diagnósticos, o câncer, em nível celular, é um evento raro. Para que ele aconteça, é necessária a junção de várias

circunstâncias, como predisposição genética, mutações, falha do sistema imunológico e condições de progressão tumoral.

Um câncer é resultante da proliferação de uma linhagem de células que, com mutações em seus genes, perdem a capacidade de morte celular (apoptose) e se multiplicam rapidamente, invadindo tecidos vizinhos e migrando para outras partes do corpo, em um processo metastático (Camponero, 2008; Ferreira, 2004; Straub, 2002).

Diante do fato de que o corpo humano tem o número de células calculado em trilhões, e que cada célula dessas tem, em seus genes, número imenso de nucleotídeos a ser igualmente repartido no processo de divisão celular, constata-se que a possibilidade de erro (mutação genética) é muito grande e acontece no corpo de cada um neste exato momento. Por que, então, todas as pessoas não desenvolvem inúmeros cânceres? O surgimento e desenvolvimento de uma neoplasia não é um evento tão simples. São necessárias várias mutações e falhas no nosso sistema imunológico para que ele se instale e se manifeste.

A célula neoplásica usa processos bioquímicos normais, porém, de forma desregulada e em momentos equivocados. Desta forma, o estilo de vida está intimamente ligado a um maior risco de desenvolvimento de neoplasia, considerando tanto fatores de responsabilidade individual como questões que envolvem toda a comunidade (Camponero, 2008; Ferreira, 2004; Straub, 2002).

O câncer é uma doença de componente genético, mas apenas de 5% a 10% são hereditários (Camponero, 2008). Algumas pessoas herdam e já nascem com algumas mutações celulares, que, se acumuladas a outras, facilitarão o adoecimento. Há outras, no entanto, que não possuem alterações herdadas, mas estas acontecem ao longo de sua vida.

Os tipos de câncer que mais acometem a população brasileira são os de mama e de próstata, como atesta o gráfico da Figura 11 (Brasil, 2007). O elevado índice de câncer de colo de útero é reflexo do difícil acesso à saúde e a dignas condições de vida, visto que é uma neoplasia pouco presente em países desenvolvidos devido ao seu diagnóstico precoce com simples exame preventivo.

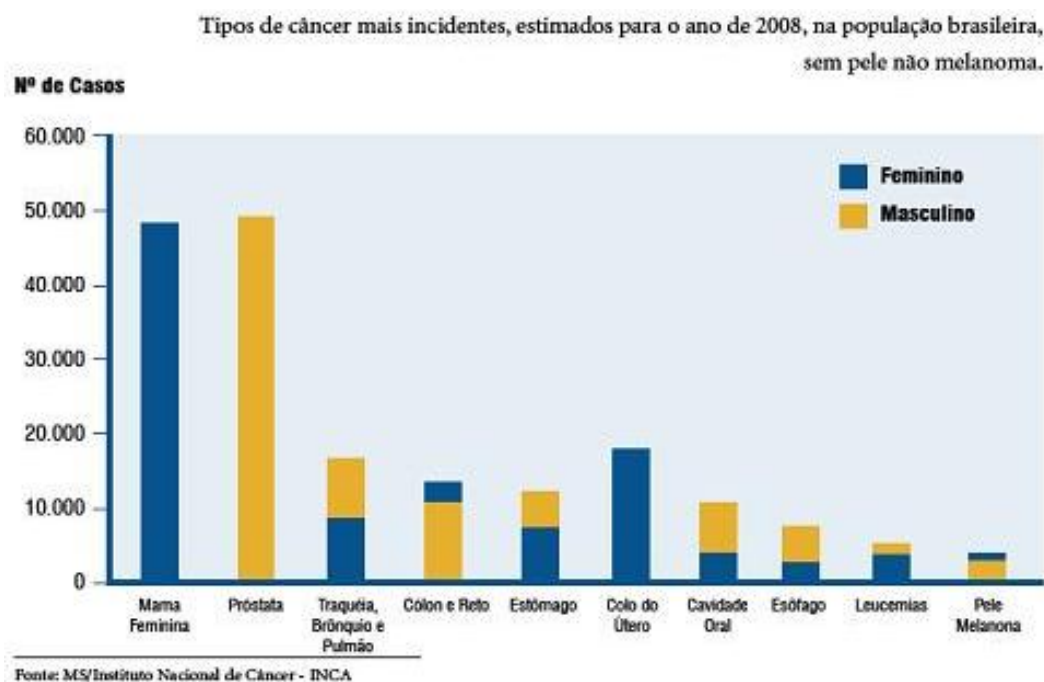


Figura 11– Tipos de câncer mais incidentes, estimativa 2008. (Brasil, 2007).

Até aqui descrevi o que é o câncer de forma genérica, mas, para falar em “Pessoa com câncer”, deve ser questionado: “quem é essa pessoa?” Ao citar dados epidemiológicos e etiologias fisiológicas do câncer, enfatizo a importância do conhecimento biomédico na compreensão do adoecer, porém, o adoecimento é da ordem do experiencial, logo não é possível encará-lo como um processo universal. Langdon (2001) reitera esse posicionamento afirmando que: “A doença é um processo experiencial; suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos que operam em conjunto com os processos psico-biológicos” (p. 242).

É baseada nessas reflexões que esta pesquisa tenta conhecer o processo de deparar-se com a finitude, diante do adoecer, sob a ótica da pessoa com câncer. E de uma pessoa específica, com uma história própria, cercada de circunstâncias e contextos peculiares que se relacionam com os processos fisiológicos do seu corpo e com a forma como esse adoecer é simbolizado e expresso.

Ainda é uma indefinição a forma como as várias causas do câncer se aglutinam para sua emergência. Carvalho (2002) levanta indagações: por que uma determinada célula, em determinado momento, sofre uma mutação que a leva a um câncer? Por que em situações de exposição a cancerígenos algumas pessoas desenvolvem um câncer e outras não? São questões que trazem reflexões sobre o caráter singular de todo adoecimento, que considera fatores fisiológicos, mas também a história do indivíduo e como este a simboliza.

Se o processo de adoecer é construído considerando aspectos socioculturais, o que falar dos tratamentos que são construções claramente humanas? Cada modelo de saúde propõe os tratamentos nos quais acredita; o Brasil é um país em que o sincretismo religioso e cultural propicia uma diversidade de possibilidades neste tópico. É possível que uma mesma pessoa ou grupo social utilize várias alternativas, como a tecnologia biomédica, o conhecimento fitoterápico popular, as orações ou outros rituais ligados à fé. Citarei aqui os tratamentos mais gerais, realizados por profissionais de saúde, mas não se deve esquecer que muitos dos pacientes lançarão mão de outros tratamentos simultaneamente. Seus efeitos negativos ou positivos serão simbolizados pelas pessoas de acordo com seus conceitos de saúde, representações e experiências anteriores.

O tratamento antineoplásico (dentro do paradigma biomédico) pode ser realizado de forma local ou sistêmica, ou em uma combinação de intervenções como quimioterapia, radioterapia, cirurgias, entre outras.

A *quimioterapia* é um tratamento sistêmico que vem modificando os prognósticos de pacientes com câncer, promovendo curas e aliviando sintomas. Seu mecanismo de ação está baseado em características das células neoplásicas. O medicamento interfere na capacidade de multiplicação das células que estão se dividindo de maneira muito acelerada (como as oncológicas), impedindo ou diminuindo a progressão tumoral. Esse seu mecanismo de ação explica sua toxicidade elevada, já que, além das células cancerígenas, há outras que também se dividem rapidamente e sofrem consequências da quimioterapia. Exemplos são as células da pele e mucosas, do bulbo capilar e da medula. A ação do quimioterápico nessas células produz efeitos colaterais indesejados, como ressecamento e feridas na pele e mucosas, alopecia transitória e neutropenia. Assim, a dose da droga e sua frequência de aplicação irão depender da recuperação dos tecidos saudáveis, atentando para a relação eficácia/toxicidade. A depender do seu objetivo, a quimioterapia pode ser curativa, adjuvante, neo-adjuvante ou paliativa. O planejamento do tratamento dependerá de fatores como: o diagnóstico histológico, a avaliação clínica, a relação risco x benefício e o estadiamento do câncer.

Existem várias formas de classificar o nível do processo oncológico, o estadiamento é dividido, de forma simplificada, em quatro níveis:

- Estádio 1. O câncer é localizado, há chances de cura com medidas locais.
- Estádio 2. Localizado, mas extenso. Pode se estender para fora do órgão de origem. É, às vezes, curável com medidas locais e sistêmicas.

- Estádio 3. Disseminado regionalmente. Tem ainda o potencial de ser curado, embora as recidivas sejam mais freqüentes.
- Estádio 4. Disseminado difusamente. Geralmente envolve múltiplos órgãos distantes e é raramente curável.

A *radioterapia* é um tratamento baseado na irradiação de doses de radioativos na região do câncer, a fim de destruir um tumor ou impedir que suas células se multipliquem. O planejamento do tratamento divide a dose indicada em várias aplicações, e os feixes de radioterápicos são emitidos a diversos lados da pessoa, de modo a convergirem no local a ser tratado. O local do tumor deve ser bem definido, de modo a evitar lesões em tecidos saudáveis. A radiosensibilidade celular depende da fase do ciclo celular; células em mitose são muito radiosensíveis (Silva & Salvajoli, 2008).

A *cirurgia* também é uma modalidade de intervenção muito presente no tratamento oncológico, geralmente ela objetiva a retirada do tumor ou a melhoria da qualidade de vida do paciente. Straub (2002, p.381) afirma que a cirurgia pode ter funções diagnóstica, preventiva, curativa e restauradora. Outros tratamentos podem também ser utilizados, como a imunoterapia, a hormonioterapia, os anticorpos monoclonais, dentre outros.

A população não recorre, somente, aos profissionais de saúde, outras formas de tratamento também são acessadas por meio de outros agentes da comunidade. É o caso das benzedadeiras e rezadeiras, mulheres que herdaram a tradição de recorrer, segundo Gorzoni (2005):

A ervas, a óleos de cozinha, a banha de animais: tudo com base em receitas - transmitidas via tradição oral - de suas avós e bisavós, todos

esses medicamentos naturais vinham acompanhados de rezas e benções, pois se tinha a idéia de que a doença era um castigo de Deus. (p.70)

O objetivo das rezadeiras é auxiliar as pessoas em suas dificuldades espirituais e físicas, a visão holista que elas têm do adoecimento produz um tratamento global que inclui, tanto ervas medicinais, quanto rezas e fé, Gorzoni (2005) retrata essa situação: *“No início, dona Sílvia preparava chás, com ervas de seu quintal, para as crianças com dores. Depois, percebeu que a eficácia dependia de algo mais: a reza e a fé.” (p.72)*. As rezadeiras também aceitam, e até indicam, tratamentos médicos, como no relato de uma delas, citado pela mesma autora, *“Se vejo que é um caso de reza, eu rezo, mas sempre indico a visita ao médico” (p.72)*. A autora também realça que, para a “reza” funcionar, são necessários três pontos: a rezadeira, a pessoa que busca a benção e toda uma coletividade que dê respaldo ao processo.

As atividades das benzedeiras, raizeiros e demais pessoas da comunidade a quem os moradores recorrem, para lidar com os problemas de saúde, são desenvolvidas nas suas próprias residências ou na do paciente. Já os tratamentos médicos são realizados, sua maioria, no ambiente hospitalar. A medicalização e institucionalização da assistência à saúde são as formas mais comuns de abordar os processos de adoecimentos nas realidades urbanas brasileiras. Foi sempre assim? É assim em todos os lugares?

Na contemporaneidade, que local é reservado para o tratamento de doenças? Que lugar é reservado ao morrer? Temos hoje uma institucionalização do tratamento e da morte, o hospital funciona como instituição que congrega atores sociais como profissionais e pacientes. Ele assumiu, ao longo do tempo, diversas funções e características ligadas ao conceito de saúde predominante na época. No período

medieval, o hospital possuía caráter de caridade e segregação social. Durante o século XVIII, houve inovações técnicas em áreas como a Biologia e a Política, e as descobertas sobre etiologias e terapêuticas uniram-se ao exercício do poder disciplinar: os corpos humanos passam a ser controlados pelas instituições.

Como seqüência da revolução industrial e científica, da urbanização, do crescimento populacional e das mudanças de paradigmas, o hospital passa a ser o lócus da saúde e tem no médico seu principal ator, instalando-se o modelo hospitalocêntrico. Na contemporaneidade, o hospital passa a ser o lócus da doença e da morte e também espaço de lutas de poder entre os profissionais. As relações equipe e paciente não são sempre horizontalizadas, Foucault (1979, p.149-150) sugere que perceber a existência e as formas como acontecem os micropoderes nas relações entre os atores da instituição hospitalar é representativo na compreensão dos macropoderes existentes no aparelho do Estado. Reciprocamente, as questões macrosociais também se incluem na produção e manutenção dos micropoderes.

Sobre o paciente, é importante perceber que, em função das necessidades dele, desenrola-se todas as ações e significados, das quais participam sociedade e instituição hospitalar; porém, ele é ator ausente, sem poder. O processo de institucionalização promove uma despersonalização, que acarreta perda de identidade, de poder e de autonomia, como descreve, em pormenores, Goffman (2005) em seu livro sobre instituições totais: "Manicômios, prisões e conventos". O autor também afirma que a dissociação entre doente e doença faz com que aquilo que integra a experiência que o doente tem de sua doença seja deixado de lado (dor, sofrimento, desconforto) e o que se sobressai é a doença. É com ela que nos relacionamos, nos dirigimos e nomeamos.

Klafke (1998, p.27) aponta três pares de dicotomia existentes na assistência à saúde: a) *Órgão/Corpo*; b) *Corpo/Mente*; e c) *Doente/Doença*. Porém, o movimento atual de confrontação entre paradigmas organicistas e perspectivas holísticas tem gerado desestruturação e mudanças. A doença passa a ser vista como um processo complexo e global, que necessita de abordagem integradora. Assim, abre-se espaço para vários profissionais, bem como para os diferentes níveis de assistência, tentando ir do paternalismo à autonomia, da causalidade linear ao holismo e da doença ao doente. Quando os profissionais de saúde conhecem mais atentamente o contexto sociocultural de seus pacientes, percebem melhor como as diferenças se refletem na relação entre eles.

Um dos momentos mais intensos no processo de adoecimento por câncer é o diagnóstico inicial. No capítulo sobre a morte, ficou explícito que, apesar da consciência que o ser humano tem do seu morrer, ele o nega como evento pessoal, reconhecendo-o apenas no outro ou no futuro. O avanço técnico e científico, na detecção precoce e tratamento do câncer, vem tornando muitas neoplasias curáveis ou crônicas, porém, o diagnóstico oncológico continua mobilizando intensamente o paciente e representações ligadas à morte, à mutilação, à dor e ao preconceito são evocadas.

Assim como a “loucura”, o câncer também é uma doença ainda envolta em representações e estigmas. Já recebeu metáforas como “*a loucura das células*” (Nascimento, 1998, p. 52) ou “*gravidez demoníaca*” (Sontag, 2002, p. 20), e, atualmente, é comum se falar de “C.A.” ou “*aquela doença*”. Denominações de caráter militar, como *luta contra o câncer*, *vítimas do câncer*, *defesas baixas*, *invasão tumoral*, *bombardeio radioterápico* e *guerra química*, são citadas por Sontag (2002).

Ao vivenciar a realidade de seu diagnóstico, a pessoa se defronta com a possibilidade da própria finitude. Os mecanismos de negação da morte, que antes protegiam o sujeito da angústia perante o não-ser, ficam abalados e frágeis, dando lugar a sentimentos como ansiedade, medo, raiva, entre outros. Adota-se uma postura de esconder a realidade da doença, e há uma convicção de que é melhor para o enfermo não saber do curso de sua patologia. Essa política vai ao encontro da atitude interdita diante da morte, exposta por Ariès (2003) no capítulo dois deste projeto, momento em que a morte desejada passa a ser a rápida e a imperceptível, ao contrário da atitude denominada “morte domada”, em que o conhecimento da proximidade da morte era importante e desejado, a fim de que se pudessem realizar os rituais necessários.

Uma referência consolidada, na interface psico-oncologia e morte, é a médica americana Kubler-Ross. Buscando compreender como a morte era vivenciada e enfrentada, entrevistou vários pacientes em processo de doença grave e propôs a existência de algumas fases do processo de morrer. Kubler-Ross (2005) lembra da forte relação existente entre o diagnóstico de um câncer e a perspectiva da morte. E ainda diz que mesmo com todo o desenvolvimento técnico e científico na cura e no tratamento das neoplasias, ainda se vivencia o câncer como um aceno da finitude, como na verdade o é todo processo de adoecimento. Os estágios propostos por Kubler-Ross podem ser observados em processos de perdas concretas (morte física em si) como também nas chamadas perdas simbólicas (na verdade, bem reais no vivido de quem as experimenta).

O primeiro estágio seria o da negação, traduzido pela frase “não, não pode ser verdade” (Kubler-Ross, 2005, p.43). Momento em que muitos pacientes ainda

não possuem suporte psicológico para entrar em contato com a realidade da perda, negando-a como proteção.

Outro estágio seria o da Raiva, caracterizado por pensamentos do tipo: Por que eu? O que fiz de errado? Essas indagações trazem à tona a perspectiva do adoecimento como punição e conseqüente sentimento de culpa ou injustiça. Essa raiva pode ser direcionada a profissionais, familiares ou ao doente. É importante que o profissional não a encare como uma questão pessoal quando lhe desferida. Não se trata de um sentimento para com o indivíduo e sim contra a situação experimentada por ocasião do adoecimento.

O estágio da Barganha representa mais uma tentativa de o paciente se relacionar com a realidade, pois não foi suficiente a negação, a raiva não surtiu efeito, então é tentada a negociação. Esta é feita com familiares, médicos e com a espiritualidade, e observa-se que promessas e “acordos” são realizados pelos pacientes a fim de adiarem a morte.

O estágio da Depressão demonstra o sentimento de perda e é de caráter preparatório. Não deve ser confundido com a depressão como diagnóstico psicopatológico, pois nesse estágio há o progressivo desligamento das coisas e das pessoas que antes eram importantes para o indivíduo. É fase importante para a aceitação do processo de morrer, pois as perdas são vivenciadas gradativa e antecipadamente.

O Estágio da Aceitação é muito incompreendido pela família e profissionais, que podem achar que o paciente “desistiu” de lutar. Na verdade, esse é um estágio de difícil alcance na nossa sociedade contemporânea, quando a iminência da perda não pode mais ser negada, e o paciente sabe da proximidade de sua finitude. Não há mais espaço para expressão de raiva ou para negociações, e a tristeza cede

lugar ao sentimento de aceitação, que pode ser mais plenamente vivenciado se a pessoa avalia sua vida com satisfação e tem suas necessidades finais, de contato e de compreensão, possibilitadas. A família do paciente e até mesmo a equipe podem também passar por esses estágios, carecendo de assistência.

Após sumariar o estudo da médica norte-americana Kubler-Ross e conhecer os estágios por ela propostos, várias sensações emergem. Algumas ligadas a uma identificação com o que ela percebeu em seus estudos e que também vivencio na minha prática profissional, e outras em forma de questionamentos que relativizam seus achados. A teoria produzida por Kubler-Ross tem ajudado muito os psicólogos brasileiros a compreender o processo de adoecimento e morte, no entanto, foi um conhecimento alicerçado em interações com pacientes norte-americanos.

Passariam nossos pacientes ou nós mesmos pelos mesmos estágios? Podemos equiparar pessoas com vivências sócio-históricas tão diversas? A antropologia médica é uma área do conhecimento que vem questionando essa prática e compreende, conforme Uchoa e Vidal (1994), que a saúde e o que se relaciona com ela são fenômenos culturalmente construídos, interpretados e expressos. O objeto de estudo da antropologia médica está ligado à forma como, em diferentes realidades, as pessoas lidam com a saúde e o adoecer, mostrando que o reconhecimento das diferenças pode influenciar na assistência à saúde oferecida às populações.

Com a finalidade de contemplar as reflexões expostas, passaremos, no próximo item deste capítulo, a considerar as contribuições dos estudos em antropologia médica na construção de uma psico-oncologia mais “mundana”. Integrando questões culturais em sua teoria e prática e compreendendo o homem

como ser que se constitui em processo de mutualidade com seu mundo e que não pode dele ser cindido.

4.2. Por uma psico-oncologia mundana: contribuições da antropologia médica.

A psico-oncologia surge em resposta às necessidades de assistência à pessoa com câncer, que emergiram com a progressiva adoção do modelo biopsicossocial em saúde. Para chegar ao exercício deste paradigma, muitas visões de mundo diferentes foram formuladas pelo ser humano, logo será feita uma revista da evolução histórica do conceito de saúde para melhor compreensão de como se chegou à forma de pensar contemporânea e entender os resquícios de elaborações anteriores nos comportamentos atuais.

A maneira como as pessoas lidam com processos de adoecimento está estritamente relacionada a seu conceito de saúde. Helman (2006) afirma que:

Não é possível entender como as pessoas reagem à doença, à morte ou a outros infortúnios sem entender o tipo de cultura na qual cresceram ou que adquiriram, isto é, sem entender um pouco da 'lente' através da qual elas enxergam e interpretam o mundo (p. 15).

Referências a intervenções de objetivo curativo estão presentes desde os períodos considerados pré-históricos, quando os xamãs utilizavam rituais para afastar espíritos do mal, considerados como causadores do adoecimento. No Egito antigo, a doença era vista como manifestação de demônios e punições de deuses, desta forma, os tratamentos também eram baseados em magia. Já na medicina grega e na romana, vê-se a preocupação com o sanitarismo, dando mostra de que a

opinião sobre a etiologia das doenças estava mudando de foco. Hipócrates (com a teoria Humoral) e Galeno (com sua farmacologia) desviaram a causalidade do adoecer para o corpo humano. Durante a idade média, com a influência da igreja, a doença era considerada punição por pecados, por conseguinte, o tratamento era baseado em intervenções religiosas. Na renascença, o conceito de dualismo psicofísico cartesiano propiciou o avanço nos estudos anatômicos, visto que agora o corpo poderia ser violado, pois era separado da mente (Straub, 2002).

Avanços técnicos, como os microscópios, apresentaram patógenos invisíveis a olho nu e causadores de doenças, entra em voga a visão do século XX de causalidade única, linear e fisiológica das doenças (paradigma biomédico). Hoje este paradigma não consegue responder às demandas para compreensão da saúde e de suas intervenções, renasce, então, a proposta de entender o processo como multifatorial e complexo, enfatizando a prevenção e tratamento do homem como ser global e integrado à sua história e comunidade.

A ampliação do conceito de saúde, que se vivenciou no final do século XX, e as tentativas contemporâneas de transformar o conceitual em práxis têm aproximado várias áreas de estudo que convergem sua atenção para a promoção da saúde e o bem-estar das populações. O advento do paradigma biopsicossocial, em superação ao biomédico, trata da impossibilidade de fragmentação do ser humano e de suas múltiplas dimensões que mantêm relacionamento fluido e contínuo. Essa visão de homem sugere a necessidade de percebê-lo e assisti-lo como ser inteiro, com diversas demandas, limites e possibilidades.

Uma das áreas de estudo que têm contribuído para a constituição de uma maneira mais holística de perceber o homem, sua saúde e seu adoecimento é a antropologia médica, que, como expõe Helman (2006), “*aborda as maneiras pelas*

quais as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde. Relaciona-se também, aos tipos de tratamento em que as pessoas acreditam e a quem recorrem quando adoecem” (p. 11). Os estudos nesta área ajudam a psico-oncologia a compreender cada processo de adoecimento e cada paciente como singular, e, desta forma, propor estratégias terapêuticas que contemplem essas peculiaridades, tornando-as, desta forma, mais efetivas.

As pessoas não adoecem da mesma forma em todas as regiões e comunidades do mundo. Além de cada região possuir seu quadro epidemiológico próprio, as mesmas doenças podem acometer as pessoas de maneiras diversas. Os trabalhos de pesquisa, desenvolvidos pelos professores Arthur Kleinman e Byron Good, em Havard, apresentam a importância de perceber que as desordens só podem ser compreendidas por meio da mediação cultural. Estes pesquisadores questionam o “naturalismo” biomédico, favorecendo uma maior tolerância frente às demais formas de entender e de agir diante da doença. Duas premissas básicas, segundo Uchoa & Vidal (1994), são:

- 1- Cada Comunidade constrói, de maneira específica, o universo dos problemas de saúde.*
- 2- Existe continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los. (p.502).*

Essas premissas confirmam a necessidade de o profissional de saúde estar atento às características socioculturais da comunidade e de seu contexto. Intervir na área da saúde é, também, preocupar-se com as condições de vida e sua relação com o adoecimento, é conhecer dados sociais e antropológicos para planejar ações terapêuticas e perceber que o contexto social, político e econômico está ligado às concepções de saúde e de doença do grupo.

Uma discussão trazida pela antropologia médica, em Kleinman (1980), sobre os conceitos de *disease*, *illness* e *sickness* ajuda na compreensão das diversas dimensões envolvidas no adoecer, distinguindo, entre a manifestação patológica ou biológica da doença, a percepção individual ou subjetiva da doença e a ordem cultural, como esclarece Canesqui (2004). No idioma português, estamos habituados à terminologia doença, já no inglês há três denominações com diferentes sentidos: *disease* é a patologia na percepção e na linguagem da biomedicina, é a forma como a experiência da doença é interpretada pelos profissionais de saúde; *illness* está ligado à experiência do próprio paciente, à percepção subjetiva dos sintomas; e *sickness* é a expressão cultural, a dimensão social da enfermidade.

Outro autor que percebe esses diferentes processos é Laplantine (1991) quando se refere à doença na terceira pessoa como o conhecimento médico e objetivo e à Doença na primeira pessoa como a subjetividade do doente que interpreta, ele mesmo, os processos que o fazem “*se sentir mal*”, como se fala na linguagem brasileira e nordestina. De modo que uma única visão do adoecer será sempre incompleta, como afirma Kleinman & Good (1985) quando propõem que a doença é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias em conjunto.

Se existem até termos diferentes para tratar a doença nas suas diferentes acepções como: o diagnóstico biomédico (*disease*), a vivência subjetiva que o paciente tem dela (*Illness*) e a sua expressão social (*sickness*), pode-se imaginar que quando um médico e um paciente se encontram, em um momento de diagnóstico, por exemplo, podem estar falando de coisas diferentes. O diagnóstico médico pode não coincidir com a forma como o sujeito sente a doença, se é que ele a percebe como uma. E a maneira que cada comunidade percebe o binômio

saúde/doença se modifica diante de sua realidade social. Essa situação gera desencontros que atravancam o relacionamento entre os pacientes e os profissionais. E as relações de poder em meio a eles permitem que o ponto de vista técnico científico ocupe o lugar de verdade inquestionável e que a percepção do paciente seja desconsiderada.

Uma psico-oncologia, que se proponha mundana, deve emergir nesse contexto tentando fazer da interface entre esses dois saberes (psicologia e oncologia) um espaço de comunicação e de tolerância com as diferenças. Uma área do conhecimento que discuta com os profissionais de saúde a necessidade de que eles vejam seus pacientes como pessoas, inseridas em uma rede de significados e valores que podem ser diferentes dos seus, mas não necessariamente equivocados. E que não existe uma única verdade, mas múltiplas verdades produzidas culturalmente, nos diversos grupos humanos, e que podem co-existir e dever ser respeitadas.

Desde seu surgimento, a psico-oncologia interage com a saúde em todos os seus momentos, desde as intervenções sociais, educacionais, preventivas e diagnósticas até os processos de adoecimento, tratamento, reabilitação ou cuidados paliativos e luto. A inserção do profissional psicólogo neste campo tem se dado intensamente e não sem dificuldades. Ainda há a tentativa de se construir espaço e identidade profissional, e definir papéis e atuações, pois os modelos eminentemente clínicos e com foco no indivíduo mostram não serem suficientes, e a psico-oncologia se vê em um processo de recriação de alternativas, como a aqui discutida, tanto no que diz respeito às compreensões teóricas como em relação às intervenções no campo.

A psico-oncologia teve suas raízes na tentativa de estabelecer ligações entre características psicológicas e a etiologia de algumas doenças. Foram estudos que propuseram tipologias, ligando modelos de personalidade a determinados adoecimentos (Carvalho, 1994). Com o desenvolvimento tanto da psicologia quanto da oncologia e demais áreas relacionadas, a atenção dos estudos migraram das estatísticas de sobrevivência para a preocupação com a qualidade de vida da pessoa com câncer. A psico-oncologia passou a se preocupar com a relação entre o câncer e seus aspectos psicossociais na prevenção, etiologia, desenvolvimento, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e morte. Desse modo, ampliou seu leque de atenções à família e às equipes envolvidas com o tratamento.

A ação da psico-oncologia deve ser observada em vários níveis de intervenção. No nível primário, atua antes mesmo do adoecimento. Propõe mudanças no estilo de vida das pessoas e busca políticas públicas, nas áreas da economia, saúde e educação, com o objetivo de diminuir a probabilidade do adoecimento. No nível secundário, já volta sua atenção para a detecção, o mais precoce possível, da neoplasia, trabalhando-se com campanhas, educação para a saúde e garantia de acesso à saúde. Durante a intervenção em nível terciário, já se preocupa com a pessoa em processo de adoecimento, assistindo-a em seu tratamento e ajudando-a nas repercussões do câncer na sua vida e na de sua família, bem como na equipe envolvida. Outros momentos de intervenção seriam: na fase de cuidados paliativos ou na fase de reabilitação.

Uma das primeiras publicações brasileiras em Psico-oncologia foi o livro “*Introdução à Psiconcologia*”, de Maria Margarida Carvalho, em que Gimenez (1994) define a Psico-oncologia:

Representa a interface entre a Psicologia e a Oncologia, utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico da Psicologia da Saúde na:

1º Assistência ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal;

2º Pesquisa de variáveis psicológicas e sociais relevantes na incidência, recuperação e tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer;

3º Organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral ao paciente (pp.46-47).

A psico-oncologia é uma área em desenvolvimento. A incidência de câncer tem aumentado e também sua prevalência, ocasionando um incremento no número de pessoas que tratam ou convivem com a doença. Os profissionais respondem a essa demanda, cursos de especialização e formação são ofertados, associações e revistas são criadas e congressos realizados. Em tempos de globalização, as informações são partilhadas com velocidade, porém, devemos estar atentos a quem são os produtores e quem são os consumidores desses conhecimentos. Continuar agindo como colonizados e meros receptáculos da produção dos países desenvolvidos não contempla nossas necessidades em saúde. A contribuição dos estudos em antropologia médica torna clara nossa necessidade de integrar os conhecimentos produzidos em outros países com os nossos próprios, não excluindo a sabedoria popular na compreensão de como as pessoas lidam com seus processos de adoecimento, como o percebem e onde procuram ajuda. Somente desta forma estaremos mais aptos a ajudá-las e a fornecê-las uma assistência em psico-oncologia de maior qualidade, com efetividade e respeito, construindo uma psico-oncologia, cada vez mais, mundana.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Desenvolver um projeto de pesquisa é tarefa apaixonante e laboriosa. Entre um turbilhão de idéias e necessidades, emergem situações para as quais se busca respostas, reflexões ou mesmo indagações. Mas como fazer para alcançar os objetivos? Escolhi um método, como um mapa que me auxiliasse em uma estrada de viagem. Para iniciar o percurso escolhido foi preciso:

1- Uma bagagem bem planejada;

(Experiências profissionais, literatura sobre o tema e demais informações relevantes)

2- Um caminho a ser percorrido;

(Método)

3- Alguém disposto e em condições de percorrê-lo.

(Pesquisador e Colaboradores).

A **bagagem** devia conter suprimentos necessários para o caminhar e espaço para novas aquisições. Precisava ser planejada, escolhendo-se os itens somente quando se soubesse o destino; tinha de ser flexível, para que seu conteúdo tomasse a forma mais harmoniosa possível.

O **caminho** (*percurso metodológico*) também precisou ser considerado. Há os que são seguidos por muitas pessoas, por serem mais seguros e tranquilos. Alguns são desertos, mas não por isso perigosos. Outros estão para serem desbravados, ninguém ainda andou por eles, o que não significa que não possam ser criados (como um dia foram os outros). Em qualquer dos caminhos, é preciso humildade para, constantemente, parar e pedir informações. As melhores e mais verdadeiras informações foram dadas não pelos guias de viagem, mas, sim, pelos viajantes e pessoas que conhecem os locais visitados (*sujeitos entrevistados*).

Já com a *bagagem* e os *caminhos*, foi necessário então o **viajante**. Este devia ter condições de: carregar a bagagem por longos percursos, escolher os caminhos, descobrir fontes para repor suas energias e deixar elementos que percebeu desnecessários. Precisa ser cuidadoso, apesar de curioso, e, quando retornar para casa, estará modificado e poderá modificar outros que ouvirem seus relatos. (*resultados da pesquisa*).

Minha implicação no processo, como viajante (pesquisadora) fez da viagem um evento particular. Vivenciei as dificuldades em organizar a bagagem e escolher os caminhos possíveis e descobri que era preciso não só querer ir, mas tive que demonstrar aos outros que a viagem estava planejada e era possível (*projeto de pesquisa*), que seria importante (*justificativa*), disse como pretendia ir e o que lá faria (*metodologia*), detalhei o que pretendia compreender (*objetivos*), e, agora de volta, mostro fotos e conto histórias (*Dissertação*). Cada um pode imaginar meu destino da forma que lhe for possível ou conveniente. Podem ir, também, ao mesmo local, mas perceberão paisagens diversas, pois são outros (*não generalização*). Assim, há várias histórias ou histórias de várias formas, e todas, de alguma maneira, verdadeiras.

5.1. O caminho escolhido: abordagem qualitativa e método fenomenológico

O caminho escolhido nesta pesquisa foi a abordagem qualitativa por meio do método fenomenológico mundano (Moreira, 2004), possibilitando que o sujeito colaborador da pesquisa recebesse essa denominação não por estar “*sujeito à*” vontade do pesquisador, mas, sim, na acepção gramatical do termo, por ser sujeito que pratica a ação. O entrevistado foi colaborador ativo no processo de construção

de conhecimento. A abordagem qualitativa permite isso no momento em que partilha poder, dando voz ao pesquisado. Ademais, foi objetivo aqui compartilhar vivências, sendo o método fenomenológico indicado para essa intenção.

5.1.1. A abordagem qualitativa

Realizar escolhas de procedimentos metodológicos que visam alcançar os objetivos propostos em um projeto significa clarificar idéias, ideologias, opções e práticas. Minayo (2006) acredita que os instrumentos operacionais não devem ser vistos dissociados das questões epistemológicas, e percebe como elementos comuns às correntes de pensamento, com base nas abordagens qualitativas, as questões seguintes: foco na experiência vivencial, contato com as pessoas em seus próprios contextos sociais, ênfase no encontro intersubjetivo entre pesquisador e colaborador e impossibilidade de generalização.

Ao referir-se à pesquisa qualitativa, Denzin & Lincoln (2007) enfatizam as qualidades, processos e significados, observando a realidade como socialmente construída e percebendo o pesquisador não como um ser neutro, mas implicado no processo de construção do conhecimento e em parceria com os colaboradores.

Discutindo sobre a pesquisa em psicologia, Gonzalez Rey (2002) se refere à epistemologia qualitativa apoiando-se em três princípios:

1. *“O conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa”;*
2. *“Caráter interativo do processo de produção do conhecimento”;*
3. *“Significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento” .*

Ao contrário da neutralidade e do afastamento entre sujeito e pesquisador, necessários à pesquisa quantitativa, a pesquisa qualitativa pressupõe uma interação entre pesquisador e participante. Não há uma fala unidirecional, mas uma relação entre duas pessoas que produzem um fluxo de informações e também de sentidos.

A prioridade é dada a narrativas de vivências de um pequeno número de pessoas sobre um tema com muitas variáveis e peculiaridades. Surge, então, uma nova visão do conhecimento científico que volta seu foco não para a generalização e quantidade de relatos, mas para a qualidade destes. Procuram-se formas novas de produzir conhecimento na área de psicologia, uma realidade com várias determinações, sem regularidades, constâncias, construída sócio-historicamente, representando a subjetividade do homem. Dentro desta perspectiva metodológica, é superada a cisão e dicotomia sujeito-objeto, já que o fenômeno estudado faz parte também do pesquisador.

A aproximação em relação ao vivido é resultado de uma relação de descrição e compreensão. Não interessa a interpretação como atribuição de significados, o alvo é o significado que as pessoas participantes dão às suas vivências, que envolve a subjetividade, sua processualidade, contradições e riquezas. Rey (2002) destaca que o aspecto flexível, versátil e complexo da subjetividade humana faz com que o homem seja capaz de gerar processos que modificam a sua vida, reconstituindo, assim, sua própria subjetividade, de forma dinâmica e interativa. Essa visão metodológica valoriza a experiência e o partilhamento de poder com o entrevistado, que, saindo da relação sujeito/objeto, passa a ser compreendido como colaborador do estudo. A atenção se volta para as singularidades do outro, emergindo a necessidade de compreensão do contexto de vida da pessoa.

Denzin & Lincoln (2007) expõem o que denominam de definição genérica sobre pesquisa qualitativa: “*A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo*” (p.17). E Seguem se posicionando a respeito das práticas da pesquisa qualitativa, como as notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações, entre outros, que ajudam o pesquisador a entender os fenômenos a partir dos significados que as pessoas atribuem a eles.

Cinco tradições da abordagem qualitativa são expostas em Creswell (2007), a saber: a etnografia, a teoria embasada, os estudos de casos, a pesquisa fenomenológica e a pesquisa narrativa. No item seguinte, trato da pesquisa fenomenológica, em razão desta ter sido a estratégia escolhida para este estudo.

5.1.2. O método fenomenológico mundano

Em meio às muitas possibilidades oferecidas na abordagem qualitativa, nesta pesquisa utilizei o método fenomenológico mundano. O uso desta estratégia se deu por meio da utilização conjunta de instrumentos etnográficos e de entrevistas fenomenológicas (Moreira & Cavalcante, 2008), que buscaram a compreensão da morte na visão do sertanejo com câncer.

Levando em consideração que diferentes bases teórico-filosóficas têm gerado diferentes fenomenologias, faz-se necessário esclarecer que neste trabalho utilizei a lente da fenomenologia mundana, de base Merleau-Pontyana, que se interessa pela compreensão dos significados da experiência vivida e não pela busca de essências (Moreira, 2004), de maneira a facilitar a compreensão da experiência em sua mútua constituição com o contexto sociocultural. Merleau-Ponty (2006) acentua que a essência está na existência; busca-se o significado da experiência vivida, em uma concepção de homem, que é fundamentalmente mundano, no sentido em que existe

e se constitui mutuamente no mundo. Assim, por mais que a compreensão da morte, por cada entrevistado, aconteça em seu campo individual, ela não pode ser entendida desconsiderando o contexto em que esse homem está imerso.

Merleau-Ponty (2006) defende a idéia de que o homem é mundo e o mundo é homem, o homem é parte do mundo que é, também, parte do homem. Pensamento que converge com o de Guimarães Rosa (2007) quando considera que “*O sertão está em toda parte, o sertão está dentro da gente*”, evidenciando a impossibilidade de existência de um indivíduo separado de sua constituição mundana. A neutralidade, tão almejada em pesquisas de base cartesiana (mas nem nelas alcançada), não é a pretensão de pesquisas fenomenológicas. A implicação do pesquisador revela o enraizamento do homem no mundo. Merleau-Ponty critica o *pensamento de sobrevoo*, como se pudéssemos ter um “*pensamento de fora, distanciado, que paira sobre o mundo*”. (Carmo e Coelho Jr, 1991, p.12). A verdade não é vista aqui como pronta, fechada e inquestionável, mas, sim, como conhecimento inacabado, em movimento, e em constante criação.

O método fenomenológico mundano traz a ruptura com as dicotomias e o reconhecimento de ambigüidades. Busca o significado da experiência vivida, constituída em seus múltiplos contornos, não apenas biológicos e psicológicos, mas também históricos, sociais, políticos e antropológicos, culturalmente formados a partir de processos ideológicos (Moreira, 2004). Por essas características, percebe-se que é o método que converge com nossas necessidades de estudar a visão do homem do sertão sobre a morte, quando este se encontra com câncer.

Como as abordagens fenomenológicas se interessam pelo fenômeno em si, o tema da pesquisa “O Severino com câncer diante da morte” tem levantado alguns questionamentos que merecem um esclarecimento prévio. Como estudar um

fenômeno que é uma não-experiência, um não-fenômeno? Analisado por Kastenbaum & Aisenberg (1983): *“Percebe-se a morte somente de fora. Com que se parece o não-sentir escapa-me”*(p.9). Já Dastur (2002) colabora na elaboração desta questão quando coloca, em seu livro *“A morte: ensaio sobre a finitude”*, que o possível não é um discurso sobre a morte, mas sobre a relação que o ser mantém com sua mortalidade, sempre presente por meio da iminência da supressão do existir.

Esta pesquisa aparece imersa nesta perspectiva, tentando compreender como o sertanejo com câncer vivencia a finitude, a temporalidade e a mortalidade, lembrando que, assim como na pintura de Cézanne, usada como analogia em Merleau-Ponty (1980), o real não é rígido, o real é movimento.

5.2. A pesquisa

Meu percurso teve início com visitas à Casa Vida. Trata-se de uma instituição de apoio a pacientes carentes, do interior, em tratamento oncológico. Nas primeiras visitas, iniciei os trabalhos de observação participante e realizei uma entrevista preliminar com os pacientes. Essa primeira entrevista foi reservada à apresentação pessoal e da pesquisa, construção de vínculo, convite para a participação como colaborador, discussão e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e agendamento de entrevista fenomenológica. As entrevistas fenomenológicas foram realizadas e, com alguns colaboradores, marquei visitas às cidades deles, para continuação da observação participante. O diário de campo destas visitas originou vinhetas, que se traduziram em vasto material de pesquisa.

5.2.1. Sujeitos Colaboradores

A proposta desta pesquisa foi compreender a experiência vivida da relação com a mortalidade, não uma experiência generalizada, de um “*homem planetário*” (Moreira, 2007, p.58), que contenha todas as possibilidades do ser humano, mas uma experiência do homem sertanejo.

Como pessoas que foram construídas em meio a um contexto histórico de fome, seca, doenças, violência e alto índice de mortalidade constroem seus conceitos e enfrentamento da morte? Interessei-me pela vivência de um sertanejo com mais uma singularidade: o sertanejo com câncer. Os entrevistados foram 7 (sete) pessoas que realizam tratamento oncológico no Hospital do Câncer do Ceará, referenciados de cidades do sertão nordestino. Entre os colaboradores, cinco eram mulheres e dois, homens, todos entre 48 e 79 anos. Codinomes foram adotados em função do anonimato dos colaboradores: Severina, 48 anos, de Quixeramobim-CE; Benedita, 50 anos, de Icó-CE; Conceição, 58 anos, de Itatira-CE; Josefa, 59 anos, de Quixadá-CE; Chico, 62 anos, de Crateús-CE; Maria do Severino, 67 anos, de Independência-CE; e Severino, 79 anos, de Independência-CE.

A escolha dos entrevistados se deu a partir da parceria com o serviço de psicologia do referido hospital, que indicou possíveis sujeitos colaboradores. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas para análise das falas. Posteriormente, alguns dos pacientes foram visitados em seus domicílios de origem: cidades do sertão nordestino onde residem. Na ocasião das visitas às referidas cidades, foram realizadas observações participantes e entrevistas informais com o sujeito colaborador e demais pessoas de seu convívio, ou envolvidas com a temática da pesquisa.

5.2.2. Instrumentos

Na pesquisa qualitativa com método fenomenológico, mais do que “coletados”, os dados são construídos a partir da intersubjetividade pesquisador/pesquisado. Creswell (2007) propõe formas de entrar em contato com o objeto de estudo, como entrevistas, observações, documentos e material audiovisual. Em uma pesquisa na abordagem qualitativa e método fenomenológico são utilizados instrumentos que priorizam a experiência, sendo a entrevista fenomenológica e a observação participante possibilidades convergentes e complementares eleitas para este estudo.

A impossibilidade epistemológica de união das metodologias fenomenológicas e etnográficas não exclui a viabilidade de um intercâmbio de instrumentos. A adição de instrumentos da etnografia às entrevistas fenomenológicas pode enriquecer a compreensão do fenômeno estudado, abrangendo sua perspectiva cultural, já que se percebe o homem como interligado ao seu mundo (Moreira & Cavalcante, 2008). Utilizei, portanto, como instrumentos desta pesquisa, a entrevista fenomenológica e a observação participante, ambos detalhados a seguir.

5.2.2.1. A entrevista fenomenológica

O mundo social não é dado naturalmente, é construído por pessoas e suas histórias, e, para se ter acesso a estas, a entrevista é uma boa porta de entrada, pois pode ajudar a entender as relações entre os atores sociais e a situação dada, e descobrir perspectivas diversas das do entrevistador. Na metodologia fenomenológica a entrevista é comumente composta por uma pergunta disparadora (Moreira, 2004), que promove a possibilidade de emergência de novas categorias e

não aprisiona o entrevistado nos vieses do entrevistador, proporcionando maior condição de compreensão da experiência vivida da pessoa a partir de dados verbais e não verbais. Tem como características a necessidade de empatia e a intersubjetividade, e o colaborador passa a ter papel ativo na interpretação, produzindo-se um discurso compartilhado. (Bauer & Gaskell, 2004; Fraser, 2004; Minayo, 2006; Denzin & Lincoln, 2007; Creswell, 2007).

A entrevista fenomenológica se dá como interação, mediação e cooperação, em que todos os agentes são envolvidos na produção do conhecimento. Não se trata de um passar de informações do sujeito ao pesquisador, mas de uma troca de idéias e significados, desvelando-se diferentes percepções. Fraser (2004) converge para o exposto quando afirma que o que se pretende com a entrevista na pesquisa qualitativa é: *“Dar voz ao outro e compreender de que perspectiva ele fala”*(p.147). Nesta pesquisa, realizei entrevistas abertas utilizando a pergunta citada a seguir:

Pergunta disparadora: *“O(a) Senhor(a) poderia falar o que é morte para você?”*

Realizaram-se duas entrevistas com cada colaborador na casa de apoio do hospital em que o participante realiza seu tratamento oncológico. A primeira foi destinada à apresentação, construção de vínculo, acolhimento, discussão dos objetivos da pesquisa, risco x benefício, sigilo e não obrigatoriedade. A segunda foi a entrevista fenomenológica propriamente dita, envolvendo mais enfaticamente o tema da pesquisa, a partir da pergunta disparadora. É imprescindível lembrar que o método fenomenológico privilegia o vivido, a experiência pré-reflexiva e, desta forma, valoriza o criar. Freire (2005) realça que *“Só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros”*(p.67). Os resultados de pesquisas

qualitativas são, então, processos de criação em que os autores são tanto os pesquisadores como os colaboradores.

5.2.2.2. Observação participante

Para uma compreensão mais mundana do fenômeno estudado, considere não só seus aspectos psicológicos, mas também os histórico-culturais. Com o fim de contemplar essa dimensão do estudo, empreguei a observação participante, instrumento da pesquisa etnográfica.

A cultura é constituída por teias de significados tecidas pelo homem, e a etnografia deve ser uma “descrição densa” da realidade, a fim de interpretar seus significados. Os padrões culturais organizados em símbolos sociais se manifestam nos comportamentos individuais. Fazer etnografia se aproximaria de construir uma leitura de um manuscrito estranho, enfrentando uma multiplicidade de conceitos desconhecidos e entrelaçados, para alargar o universo do discurso humano (Geertz, 1989). Mattos (2001) afirma que Etnografia é a escrita do visível e que fazê-la implica: efetuar uma análise holística ou dialética; introduzir os atores sociais numa participação ativa e modificadora das estruturas sociais; e revelar as relações de poder, desenvolvendo a reflexividade.

Friso que, apesar da existência de fronteiras epistemológicas impermeáveis entre os métodos fenomenológico e etnográfico, a lente mundana, aqui usada, vê a constituição homem/mundo como mútua. O acréscimo do instrumento etnográfico de observação ao instrumento da entrevista fenomenológica tem como objetivo dar maior ênfase à perspectiva cultural como parte da compreensão do vivido, fato fundamental em uma pesquisa que se pretende fenomenológica mundana (Moreira & Cavalcante, 2008).

Na técnica da observação participante, há contato direto do pesquisador com a realidade onde ocorre o fenômeno estudado; são captadas situações que não se obteria apenas por meio de entrevistas. Para Fraser (2004), a aproximação de uma realidade específica só é possível se o investigador puder imergir no campo, de maneira a entender a relação entre o que é expresso e seus significados.

O diário de campo é fruto da técnica etnográfica de observação participante. Seus dados podem dar subsídios para uma melhor compreensão de sentidos emergentes na entrevista. Neste instrumento, registra-se: informações colhidas, sentimentos experienciados pelo pesquisador, situações presenciadas, imagens e impressões. A partir do conteúdo do diário de campo são produzidas vinhetas, narrações detalhadas de cenas observadas na realidade em que o pesquisador imerge, que devem ser discutidas culturalmente e, posteriormente, entrelaçadas e articuladas com os dados obtidos por meio de entrevista fenomenológica (Moreira & Cavalcante, 2008; Víctora, Knauth & Hassen, 2000; Minayo, 2006; Denzin & Lincoln, 2007).

Portanto, além das entrevistas fenomenológicas, fiz uso de observações que deram origem ao diário de campo e, conseqüentemente, às vinhetas. As observações foram efetuadas no decorrer da pesquisa de campo, principalmente durante as visitas realizadas nas cidades do sertão, de onde os pacientes foram referenciados. Nesta ocasião, percorri não somente a casa do entrevistado, mas também locais socialmente significativos para a comunidade e que possuíam relação com a temática. Efetuei quatro visitas às cidades de Independência-CE e Quixeramobim-CE em um período de quatro meses, de março a junho de 2009, com o intuito de me aproximar mais da realidade sociocultural dos colaboradores, o que ampliou a compreensão do fenômeno pesquisado. Nessas cidades os pacientes me

levaram a lugares que julgaram significativos para o tema da pesquisa. Locais como: escola, sindicato, igrejas, funerárias, cemitérios, cadeia, comércios, casas de parentes e de amigos. Percorri esses espaços observando costumes, realizando entrevistas informais e participando de atividades da comunidade.

O conteúdo das vinhetas produzidas a partir dessas observações foi analisado culturalmente e, posteriormente, entrelaçado com as análises fenomenológicas das entrevistas.

5.2.3. Cenário da pesquisa

A pesquisa se efetuou em dois momentos diferentes: um primeiro, no hospital e casa de apoio, onde o paciente com câncer faz seu tratamento; e um segundo, na cidade de origem do paciente.

No primeiro momento, as entrevistas fenomenológicas e observação participante foram realizadas no Hospital do Câncer, do Instituto do Câncer do Ceará, e em sua casa de apoio, denominada “Casa Vida”.

O segundo momento foi realizado no domicílio do paciente, em sua cidade sertaneja de origem, por meio de visitas agendadas pela pesquisadora com os colaboradores, para continuidade da observação participante.

5.2.3.1. Primeiro momento: hospital e casa de apoio.

O Hospital do Câncer, do Instituto do Câncer do Ceará é localizado na rua Papi Júnior, 1222, Fortaleza-CE. O Instituto do Câncer do Ceará foi fundado em 25 de novembro de 1944 como entidade filantrópica, sem fins lucrativos. Na sua condição de entidade filantrópica, propicia atendimento, a cerca de 90% dos casos, pelo Sistema Único de Saúde-SUS, e se configura como unidade hospitalar de

referência no tratamento de câncer, em função de sua estrutura física, dos equipamentos atualizados tecnologicamente e da qualificação dos seus profissionais.

A casa de apoio do hospital se chama “Casa Vida” e fornece hospedagem, alimentação e assistência multiprofissional a pacientes carentes, em tratamento oncológico, referenciados de cidades do interior. Foi criada pela Rede Feminina de Combate ao Câncer do Ceará e tem capacidade para oitenta pessoas, entre pacientes e voluntários.

5.2.3.2. Segundo momento: cidades do sertão visitadas.

No primeiro momento da pesquisa, fiz entrevistas fenomenológicas, na casa de apoio do hospital, com sete pacientes. Destes, dois, foram visitados por mim, em suas cidades de origem: Seu Severino, em Independência-CE e Dona Severina, em Quixeramobim-CE. Estas viagens haviam sido agendadas, com os colaboradores, durante o primeiro momento da pesquisa, foram realizadas quatro visitas a esses municípios do sertão nordestino, a seguir uma breve descrição de seus aspectos sócio-econômicos.

Independência-CE

Localizada a 354 quilômetros de Fortaleza, o município é constituído de seis distritos: Independência, Ematuba, Iapi, Jandrangoeira, Monte Sinai e Tranqueiras. A cidade tem uma população de aproximadamente 23.413 habitantes. Faz parte do Estado do Ceará, com cerca de 3.219 quilômetros quadrados de área, no bioma da caatinga. Possui uma densidade populacional de quase 7,38 habitantes por

quilômetro quadrado, segundo o IBGE (2008a). A Figura 12 (IBGE, 2008a) ajuda na visualização da cidade de Independência.



Figura 12 – Localização da cidade de Independência.

O mapa de pobreza e desigualdade, da figura 13, mostra a incidência de pobreza no município de Independência:

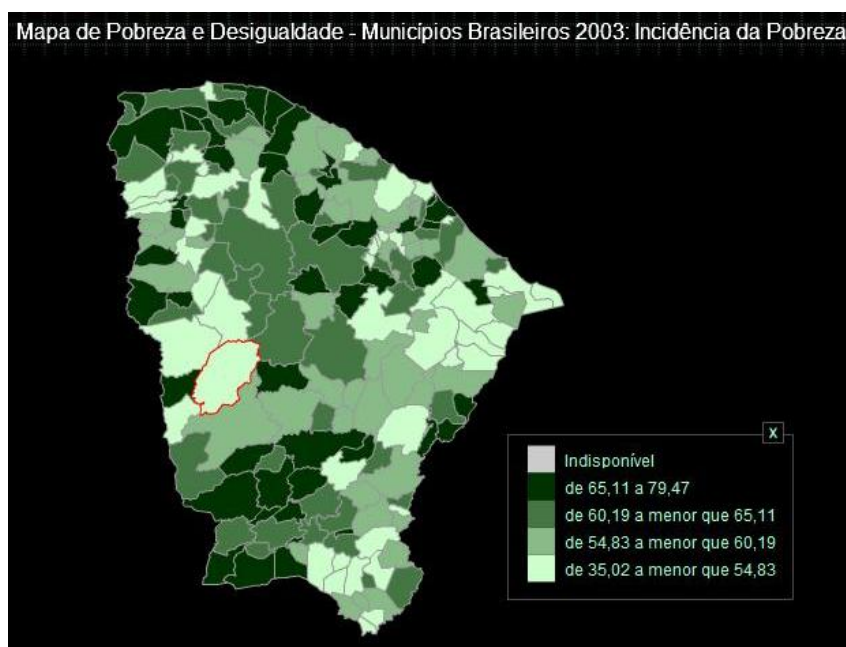


Figura 13 – Mapa da pobreza e desigualdade da cidade de Independência (IBGE, 2008a).

Quixeramobim

Localizada no bioma da caatinga, a 203 quilômetros de Fortaleza, Quixeramobim possui cerca de 68.966 habitantes e uma área de 3.276 quilômetros quadrados. O município é constituído de dez distritos: Quixeramobim, Belém, Encantado, Lacerda, Manituba, Nenelândia, Passagem, Damião Carneiro, ex-Algodões, São Miguel e Uruquê, conforme IBGE (2008a). O clima é semi-árido e o município faz parte do Polígono das Secas; a precipitação Pluviométrica é bastante variada, sendo a média anual de 668,4 milímetros. A Figura 14 (IBGE, 2008a) ajuda na visualização da cidade de Quixeramobim.



Figura 14 – Localização da cidade de Quixeramobim.

O mapa de pobreza e desigualdade, da Figura 15, mostra a incidência de pobreza no município de Quixeramobim:

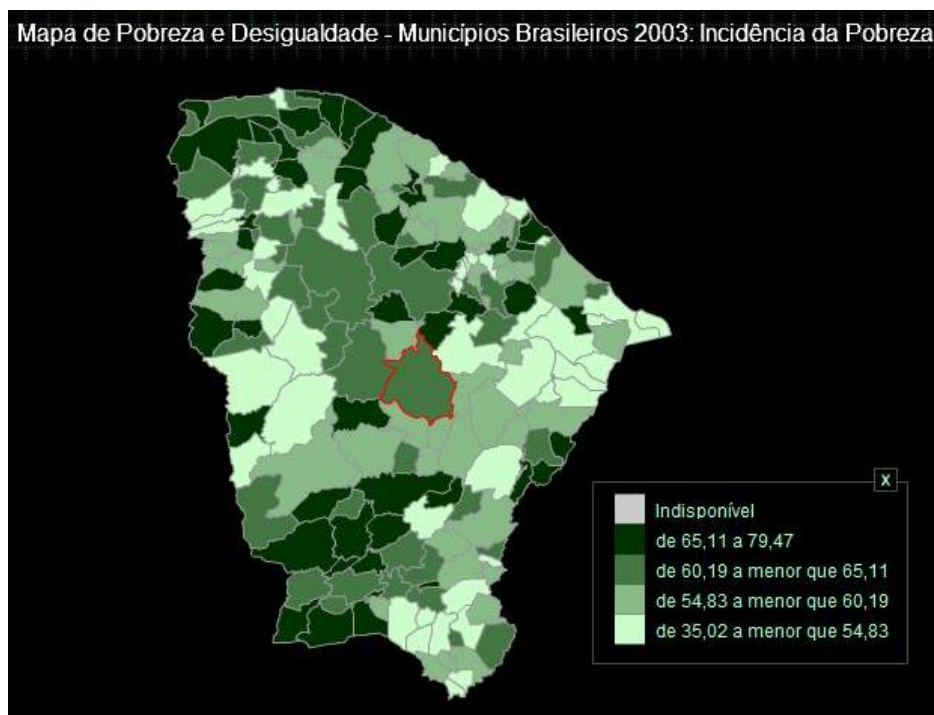


Figura 15 - Mapa da pobreza e desigualdade da cidade de Quixeramobim (IBGE, 2008a).

5.2.4. Análise dos dados

Para apreender os sentidos do vivido compartilhado, as entrevistas gravadas em áudio, na casa de apoio do hospital, foram transcritas e analisadas fenomenologicamente. O material obtido foi trabalhado em conformidade com alguns passos indicados em Moreira (2004):

1. *Transcrição da entrevista para obtenção do texto nativo.* Transcrição literal das falas dos colaboradores e entrevistador. A leitura do material, daí resultante, possibilitou uma aproximação do fenômeno, o que facilitou a próxima etapa de análise, incluindo detalhes como pausas, choro, silêncios ou mudanças no timbre de voz.

2. *Divisão do texto nativo em movimentos.* Ainda sem interferências no texto original, processou-se a busca e aglutinação de tons semelhantes dentro da transcrição literal da entrevista.

3. *Análise dos Sentidos Emergentes*. Procurou-se sistematizar uma articulação entre os sentidos emergentes, identificando e compreendendo os diversos significados atribuídos pelo sujeito.

4. *“Saindo dos Parênteses” como ferramenta crítica*. Deu-se uma inversão da redução fenomenológica, verdadeira implicação do pesquisador mundano no processo, assumindo a impossibilidade da total neutralidade, posicionando-se perante os resultados da investigação. Realiza-se um diálogo entre os conteúdos teóricos e o conteúdo das falas dos sujeitos.

As vinhetas, originadas das observações feitas na casa de apoio do hospital e nas cidades sertanejas de origem de dois dos sete colaboradores, foram analisadas culturalmente. Essa análise teve seu conteúdo entrelaçado com os sentidos emergentes das entrevistas fenomenológicas, de modo a facilitar a compreensão do fenômeno dentro de seu caráter mundano.

5.2.5. Questões éticas

No Brasil, a pesquisa com seres humanos é regulamentada pela resolução do Conselho Nacional de Saúde número 196/96, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (Brasil, 1996).

A resolução normatiza a criação e o funcionamento dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, que são órgãos que devem manter atividades de caráter educativo, consultivo e deliberativo. A pesquisa “O Severino com câncer diante da morte” foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola Cearense de Oncologia do

Instituto do Câncer do Ceará, com o protocolo número 003/2009, recebendo o parecer consubstanciado de aprovação.

Para a participação na pesquisa, o consentimento voluntário do ser humano é imprescindível; as pessoas devem ser legalmente capazes de escolher participar ou não, sem intervenções, como coação, omissão de dados, astúcia ou outra forma de restrição da liberdade. Devem ter conhecimento para tomarem uma decisão, é necessário que elas sejam informadas e esclarecidas pelo pesquisador.

No primeiro contato com os pacientes, na casa de apoio do hospital, explicitarei quais os objetivos da pesquisa, seus métodos, os riscos ou benefícios possíveis, bem como o caráter sigiloso e não obrigatório das informações a serem dadas por eles, caso consentissem participar da pesquisa. Furneci um contato telefônico meu para que pudessem tirar possíveis dúvidas.

Todas essas informações estavam detalhadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, elaborado para essa pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP do Hospital do Câncer do Ceará. É importante frisar que a assinatura do termo não foi o único objetivo, ele foi apresentado e discutido com o colaborador, para que, assim, este pudesse compreender os objetivos da pesquisa e optar pela sua participação, ou não. Após a assinatura, o paciente ficou com uma via do TCLE e eu com outra.

A ética não se faz somente com leis ou normas, mas com princípios, portanto, ver o homem como finalidade última de nossos atos em pesquisa e nunca como meio de alcançar objetivos me ajuda a respeitar o ser humano.

6. A MORTE PARA O SEVERINO COM CÂNCER

*“O sertanejo é antes de tudo um forte.”
(Cunha, 2007, p.146).*

Os resultados desta pesquisa, discutidos neste capítulo, representam as informações e os saberes obtidos no campo. Informações oriundas de diversas fontes, como: observação participante no local de tratamento dos colaboradores (hospital e casa de apoio), entrevistas fenomenológicas e observação participante nas cidades dos pacientes. A partir de todos esses dados, e em conjunto com o referencial teórico, pude construir uma interseção entre os temas morte, sertão e câncer, como propus nos objetivos.

Diante de tantas e relevantes informações, senti receio de não as contemplar em sua totalidade. Percebi que uma divisão neste capítulo poderia ajudar na tentativa de compreender o que eu compartilhei com essas pessoas. Assim, organizei-o em duas partes: na primeira, trabalho com as entrevistas fenomenológicas, descrevendo temas emergentes e os entrelaçando com a literatura pesquisada; na segunda, as informações advindas das vinhetas, originadas, por sua vez, do diário de campo da pesquisa (tanto em seu momento no hospital e na casa de apoio como da cidade do colaborador), são discutidas a partir de um referencial teórico que considerou questões psicológicas e socioculturais.

6.1. Análise das entrevistas fenomenológicas

O que é a morte para o sertanejo com câncer? Em busca de respostas a essa minha indagação, li livros e artigos, vi filmes e documentários, ouvi músicas e poesias, visitei exposições, conversei com pessoas, olhei ao redor e fiquei a pensar e a sentir, convivendo não ainda com as respostas, mas cada vez mais com a pergunta. Na verdade, dos meus pensamentos e sensações vieram algumas respostas, porém, elas se mostraram pouco largas depois de juntas a outras que não vieram somente de mim. No caminhar desta pesquisa, grande número de pessoas opinaram sobre essa questão: alunos, professores, amigos, familiares, pacientes, entre outros. A resposta de todos, e cadaum deles, de alguma forma, também se encontra neste trabalho, pois me fizeram pensar, modificar expectativas, confirmar outras, apontar novos caminhos. No entanto, destacarei, para fins de discussão neste item, somente 7 (sete) pessoas. Foram sertanejos em tratamento oncológico que, em entrevista fenomenológica, compartilharam suas opiniões, suas vivências, suas dores, suas crenças e suas esperanças. Em suas falas, identifiquei sentidos emergentes, que agrupei em temas, cada um apresentando subtemas que facilitaram a visualização do que eles me indicavam.

Os temas emergentes, e seus subtemas, são os seguintes:

- **MORTE SEVERINA**

Subtemas:

- *A morte é...*
- *A morte como conhecida.*
- *Formas de enfrentamento.*
- *Rituais funerários.*

- *A morte matada.*

- **QUANDO EU CAÍ DOENTE**

Subtemas:

- *Vivência do adoecimento.*
- *Câncer é...*
- *Concepções de adoecimento e tratamento.*

- **O MUNDO ESTÁ EM TODA PARTE, O MUNDO ESTÁ DENTRO DA GENTE**

Nos subitens seguintes, realizo uma discussão mais pormenorizada de cada tema emergente e apresento suas divisões. Exemplos de falas dos colaboradores, em que surgiram tais temas, foram destacadas, facilitando o debate com as contribuições da literatura, já apresentada em capítulos anteriores. Nas transcrições, tentei reproduzir as falas dos entrevistados, mantendo-as na íntegra, sem preocupação em adequá-las à norma culta da língua portuguesa. Essa medida não pretende construir uma visão caricaturada dos participantes, ela é relevante para proporcionar uma aproximação do outro com menor julgamento e aceitar as diferenças entre os mundos das pessoas. Os trechos mais significativos foram destacados em negrito, a letra “P”, antes de uma frase, refere-se à fala do pesquisador, e a letra “C”, à fala do colaborador.

6.1.1. Morte Severina

Esse tema emerge como central nas falas dos entrevistados, contém compreensões da finitude, em resposta à pergunta disparadora, e expressão de

vivências com a morte do outro, a partir de experiências com perdas de familiares e amigos. As formas de enfrentamento aparecem, em sua maioria, ligadas à fé e à resignação. Os rituais funerários são expostos em suas expressões tradicionais e também em novos formatos e configurações; a violência surge como freqüente e ligada a óbitos cotidianos. Para facilitar a compreensão apresento, a seguir, subtemas emergentes que constituem o tema Morte Severina.

6.1.1.1. A morte é...

Durante todo o percurso deste trabalho, a questão que esteve comigo sempre foi: “Para o sertanejo com câncer, a morte é...” e o que completaria essa frase era o que eu buscava. Pensava que poderia obter uma resposta mais simples, talvez mais concisa, que facilitasse minha compreensão, e que pudesse, até mesmo, virar o título desse item. Porém, a linguagem dos colaboradores foi cheia de maravilhosa complexidade e os complementos desta frase-título foram muito diversos para serem resumidos em único título. Foi comum o uso de metáforas, e muitos retornos vieram em formatos de histórias e “causos”. Escolhi alguns trechos de respostas mais diretas, para, no subtema seguinte, continuar desdobrando os sentidos desse vivido. Portanto, a morte é...

A gente sabe que a morte **é um dever de cada um**, ela vem pra qualquer um, **é um pedaço do seu corpo que se tira sem anestésico**. (...) Quando a gente recebe uma noticia dessas é uma pancada por trás que ninguém espera, a gente fica vivo mais sente a dor. Quando a gente tá esperando, aí tudo bem, **mas se é surpresa aí é uma pancada por trás**” (Severino, 79 anos).

A morte quer uma desculpa, o povo diz. É que a pessoa não ia nem morrer agora, aí porque fez aquilo morreu. Agora, lá onde eu moro, tem uma família de gente que o homi morreu de

câncer, tinha um caroço, pelejaram, pelejaram ele ficou bem maguin e morreu. Outro irmão dele apresentou o tumor nas costa, maligno. E um filho meu, que mora comigo, tem uma bar, e esse homi foi beber lá. E disse pro meu filho que não ia morrer dessa doença não, aí depois eu soube que ele morreu enforcado, não quis morrer dessa doença, morreu enforcado, e agora quando eu saí de lá tinha morrido uma irmã dele” (Conceição, 58 anos).

Lá nós temos muitos tipos de morte, tem morte matada, tem morte de desastre, e tem morte pelas condições, pelo desanimo. Tem muitas mortes a mingua, aquela pessoa que não tem condições e já ta pelas mãos dos outros, o médico diz que não tem jeito, mas **enquanto a gente ta vivo tem que esperar**, tem que esperar pelo jeito até na hora de morrer. **O doutor briga em cima da carcaça do ser humano** até quando não pode mais, mas é complicado saúde e vida, outros morre de bala, de faca. **Lá morre muita gente.** Tem muitos idosos mal tratados por filho, por neto. Eu já disse pra dois que eu ia denunciar pra justiça, lá nos temos conselho tutelar. E eu já tenho feito umas denuncias, pra ajudar meus amigos, conhecidos (Chico, 62 anos).

É uma tristeza, que a morte vai e não volta mais, a gente imagina a família da gente, imagina os filho, **a gente se acabar deixar eles sem mãe, sem pai** (Benedita, 50 anos).

O que é a morte? Minha filha, pois eu vou é lhe contar agora: **pra as pessoa morrer assim de repente até de uma preocupação morre** (Conceição, 58 anos).

Na primeira transcrição, quem se expressa é Seu Severino, um senhor de 79 anos, com muitas vivências relacionadas à perda. Sua fala não nega a morte, vendo-a como um “*dever*”, ela é iniludível, mas não nega, também, o sofrimento, e usa uma imagem muito forte: “*é um pedaço do corpo que se tira sem anestésico*”. Seu Severino nos fala na inevitabilidade da dor, e da reabilitação de quem por ela passa, quando afirma: “*A gente fica vivo, mas sente a dor*”. Refere-se, ainda, a outra questão de relevante discussão: a forma como se deu a morte: foi esperada? Foi repentina? Para ele, a morte, quando surpresa, é “*uma pancada por trás*”; se

esperada, não. Seu ponto de vista é semelhante à forma como as pessoas lidavam com esse fato na descrição de Ariès (2003) da “Morte Domada”, quando a morte súbita era indesejada, por ser desonrosa, não dando oportunidade para que a pessoa realizasse rituais importantes e tomasse as providências necessárias. Essa atitude diante da morte contrasta com a vontade de muitas pessoas da contemporaneidade que almejam uma morte rápida, indolor e, quiçá, inconsciente.

No discurso de Seu Chico, emergem referências à violência (morte matada) e à morte por falta de condições das pessoas. Diferente de Dona Conceição, ele acredita que se deva tentar evitar a morte, até quando possível, “espernear” como expressa, assim como o médico que: *“briga em cima da carcaça do ser humano até quando não pode mais”*. Seu Chico é um sertanejo que, como tantos, passou muitos anos tentando conseguir melhor sustento de sua família trabalhando em cidades como Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo; sempre mandava dinheiro para a casa e passava algumas temporadas com sua mulher e oito filhos. A vivência em outras realidades parece diferenciar sua perspectiva de morte.

Para Benedita, a morte é tristeza, sua maior preocupação não é consigo, mas com os sentimentos e a situação dos familiares.

A colaboradora Conceição acredita que: *“pras pessoa morrer assim de repente até de uma preocupação morre”*, e, assim, demonstra uma compreensão mais holística da saúde, na qual as etiologias não têm caráter exclusivamente biomédico. Em sua fala, a afirmação, *“a morte quer uma desculpa”*, foi realçada por se remeter à infalibilidade da morte. Seus relatos expõem uma visão do morrer como algo do qual não se pode fugir, e não há como mudar o que parece ter sido predeterminado. Não se trata, necessariamente, de uma visão puramente fatalista, mas de uma forma de enfrentamento em que o “se conformar” com a “sina” facilita o

processo de luto. Esse mesmo tema emergente da morte como destino, determinada por Deus, surge no discurso de Severina:

A morte? Quando chega o dia de Deus levar há de ele levar. Chegou aquele tempo de Deus levar, tem que levar, né? Eu penso assim, quando Deus quer levar, chega aquele dia, e ele leva a gente. Pode ser de uma topada, qualquer uma coisa, doença né? (Severina, 48 anos).

6.1.1.2. A morte como conhecida.

Esse tema emergiu do relato de todos os colaboradores; a vivência de situações de perda já havia sido experimentada por cada um.

A gente sabe que a morte é um dever de cada um, **ela vem pra qualquer um**, levou minha mãe, que era o maior brilhante que eu possuía na minha vida, perdi irmão também, esposa, perdi a primeira esposa, perdi filhos. **Quando a morte vem pra separar da vida pra morte ela faz a emoção e o corpo do ser humano igual ao do animal**. Qualquer um animal, quando ta morrendo, duas coisas que ele faz: ele se obra e se urina, e o cristão também, porque é uma dor tão tamanha que o coração se entrega à despedida do último suspiro.(...) **já vi muito esse desassossego**, os bicho terminando em fazenda (Severino, 79 anos).

Seu Severino enumera as perdas mais significativas pelas quais passou em sua vida: mãe, irmão, mulher e filhos. O caráter universal da morte é realçado em sua fala: “*ela vem pra qualquer um*”. Esse é um dos poucos momentos em que o sertanejo pobre se equipara ao rico. A morte lhe é apresentada como um momento em que, inclusive, homens e animais se assemelham. A observação cotidiana da natureza também lhe permite perceber regularidades nos processos de morrer, quando diz: “*Já vi muito esse desassossego*”, mostra possuir conhecimento empírico suficiente para compreender a previsibilidade de uma morte, enumerando sinais de sua iminência. Outra fala sua, a seguir, relata novamente suas perdas e cita a morte de filhos. Com o óbito da esposa, Severino fica com sete dos dez filhos, pois três já

havam morrido nos primeiros dias de vida. Posteriormente, um outro também morreria já com a idade de sete anos.

C- Perdi pai, mãe, irmão, dois irmãos, filho, esposa...

P- Como foi quando aconteceu a morte de sua mulher?

C- Eu era novo, tinha 38 anos, fiquei com sete filhos

P- Foi de parto que ela morreu, não foi? Era o sétimo filho?

C- Não, ela teve mais...**Ela teve mais, teve dez filhos, eu fiquei com sete, três já tinham morrido, uns morreram no nascimento, outros duraram assim uns dias** (Severino, 79 anos).

Inicialmente, Seu Severino relata a morte de filho (no singular), e só depois, quando lhe pergunto, já sabendo que sua esposa havia morrido no parto, se este era o parto do sétimo filho, é que ele se refere à morte de outros três. Por que esses três filhos falecidos não foram citados a princípio? No período em que Seu Severino perdera seus filhos pequenos, era comum a ocorrência de morte de crianças antes de um ano de vida. Expressões populares, como *“vamos ver se vai vingar”*, *“tive oito filhos, vingaram seis”*, traduzem bem a circunstância de que a sobrevivência de uma criança era uma aposta e não uma certeza. Clarisse Lispector (1998), como citado em capítulo anterior, também fez referência a essa situação quando a mãe de sua personagem: “Macabéa” promete a Nossa Senhora da Boa Morte colocar esse nome na filha, se ela *“vingasse”*, mas somente depois de um ano de idade, até lá ela não seria chamada por nome algum.

A frequência dos óbitos de filhos pequenos também pode ser observada no trecho da entrevista de Dona Josefa, transcrito adiante.

Tive 13 filhos, morreram 4 e tem 9. O **primeiro** morreu criancinha assim nos braço, morreu novinho, nem se sentava ainda. Agora **a outra** apareceu uns caroços assim na cabeça dela, ela só andava se segurando nas paredes, ta entendendo? não conseguia andar só não. Aí eu banhei ela, que banhei foi esse que depois desse banho aí a bichinha morreu desse banho, nos demo tanto remédio pra ela, mas esse tempo não tinha o médico(...) **Eu já disse duas né?** Agora **o outro**, ele já tava se arrastando pelo chão. Eu tava gorda de outro(...) **A outra, Antônia**, com 14 anos morreu afogada. Ela disse assim 'mamãe eu vou na casa da vovó e de lá vou apanhar umas tangerinas no sítio de um amigo' aí era beirando umas poças ela tirou assim os chinelo e umas fivelinha dos cabelo e deixou assim numa pedra e saltou né. Na água. Quando um primo dela foi tirar ela, ela ainda tava respirando, mas aí não deu mais. Eu sube quando eu tava com um buchão de um caçula que eu tenho, aí chegou um irmão meu, ficou por ali de conversa por fora e aí disse '**Cumade eu vim aqui dizer que é pra ir pegar a Maria Antonia que ela morreu afogada**' aí truxeram ela, quando ela morreu faltava 3 meses pra eu ganhar nenê (choro) (Josefa, 59 anos).

Nesse trecho da fala de Dona Josefa, é relevante observarmos que ela relata a morte dos filhos sem nomear os três primeiros, refere-se a eles como: "*O primeiro*", "*a outra*" e "*o outro*". No meio da narrativa, a frase "*eu já disse duas né?*" é reflexo da realidade em que era preciso contar o número de filhos perdidos. Somente Antônia, sua filha que morreu aos quatorze anos, foi citada pelo nome, e neste momento do relato a colaboradora se emociona. Dona Josefa, grávida de seis meses, recebeu a notícia da morte da filha por intermédio de um irmão, de forma clara e objetiva. O mecanismo de negação da perda é difícil de ser utilizado em uma comunidade que a vivencia no cotidiano.

Uma pesquisadora norte-americana chamada Scheper-Hughes (1992) fez estudos, no Nordeste brasileiro, buscando descobrir como a pobreza afeta a capacidade das mães de amar e cuidar de seus filhos. Dessa forma, elaborou a polêmica tese da "*negligência seletiva*", compreendendo que as mães realizariam menor investimento afetivo e material em crianças percebidas como frágeis, e, em

seu livro *Death without weeping*, compreendeu a ausência do pranto na ocasião da morte de filhos pequenos como indiferença materna.

Durante o trabalho de campo deste mestrado, percebi, assim como Scheper-Hughes, que o contexto social de alta mortalidade infantil promove que os pais não desenvolvam fortes laços afetivos com as crianças logo que nasçam, constituindo-os à medida que estas crescem e suas possibilidades de morte diminuem; porém, não percebi como indiferença o que esses pais sentem. A dor é presente e é relatada como intensa; o mecanismo de conformação não reflete insensibilidade, mas a forma como o sertanejo enfrenta a perda, pois sua frequência cria mecanismos para sua explicação. Assim, acreditar que o que aconteceu já estava previamente determinado por Deus conforta os pais, que compreendem ter sido o melhor para a criança e para eles. Muitas comunidades crêem, ainda, não ser bom para a alma da criança morta, chamada de anjinho, que a família chorasse sua perda, pois acreditam que as lágrimas podem molhar as asas dela e prejudicar seu voo para o céu. A ausência de choro é, muitas vezes, uma exigência social e mostra de preocupação com as necessidades da criança morta, ao invés de uma evidência de indiferença ou ausência de luto.

Duas outras pesquisadoras norte-americanas também não compartilham dessa visão de indiferença, são elas Nations e Rebhun (como citado em Franch & Lago-Falcão, 2004, p.186). Em seus trabalhos de campo no Estado do Ceará, não interpretaram as atitudes dos moradores como negligência seletiva, ao contrário, enumeraram alternativas de sistemas de cura lançadas pelas famílias para tratar suas crianças doentes. Recorrem a curandeiros, crenças religiosas e médicos, evitando chorar a morte dos filhos como garantia de uma boa passagem deles para o “céu”. A relação estabelecida entre a morte e a vontade de Deus não revelaria

passividade, mas uma racionalização, doadora de sentido à perda. As discussões desta pesquisa não apontam que os sertanejos não sofram com a morte porque convivam com a pobreza e as perdas, mas que tenham desenvolvido recursos para lidar com esses sentimentos.

Continuando a discussão das entrevistas, acrescento que, nos períodos de grandes secas, a incidência de óbitos aumentava bastante. Martins (2006) apresenta o depoimento de Chico Mariano, que demonstra a situação da época, ainda marcada em sua memória:

Meu pai veio na seca de 32, trabalhava no açude General Sampaio, trabalhava mês, só enterrando gente, passava o dia todim, pegava aqui pelas pernas e rebolando na vala... papai dizia: 'amanhã vai ser eu que vão enterrar'. Era cólera que dava. O cabra tava bonzim às quatro horas da tarde, quando dava sete horas da noite esticava o cabresto. (p.51)

A entrevistada Maria do Severino, do mesmo modo que os demais, enumera suas perdas no trecho transcrito a seguir:

Logo eu fiquei doente e fui internada e vi o povo cochichando e pensei: foi meu pai que morreu, mas aí eu soube que foi meu irmão mais velho, foi trabalhar aí num voltou, quando a esposa foi procurar: tava morto. Depois meu pai adoece, levei ele pra Crateús, mas já tava muito avançado... **no espaço de 10 meses perdi minha mãe, meu irmão e minha sogra que eu adorava... aí meu pai foi uns anos depois**, com essa mesma doença que eu tenho. Todos os anos eu lembro dos aniversários de nascimento e morte (Maria do Severino, 67 anos).

Outro tema muito forte nas entrevistas refere-se à importância da presença no momento da morte do outro. Nos dois próximos relatos se pode perceber a relação que as colaboradoras estabelecem com esse momento.

Perdi minha mãe, meu pai, mas morreram mesmo em casa, de doença. Minha mãe passou muitos dias doentinha, aí eu morava longe, dois km longe, aí eu fui lá e fui pra casa, e quando eu cheguei em casa, subi que ela tinha morrido, aí eu voltei, **mas ela já tinha morrido, agora meu pai quando morreu eu tava lá. Eu vi.** A morte da minha mãe foi assim: ela tava com uma hérnia no pé da barriga, aí ela se operou no hospital do Canidé. Então ela foi pra casa e lutando lá foi tirar uma panela do fogo, e antigamente as panela era de barro, muito pesada na força que fez quebrou um ponto, ela não voltou mais pra pontiar, aí ficou passando mal daqueles ponto, sempre doendo, aí começou o fastio, ela ficou magrinha, ficou bem magrinha, só o coro cobrindo os ossos, aí morreu. Era mais nova que eu na idade. Meu pai foi de velho, ficou velhin, aí foi esmorecendo, ficou deitadin, ficou mais fraco, mais de 90 anos, aí se deitou e morreu. **Ele morreu eu tava lá, lembro demais, tinha minhas irmãs, gente que tinha ido visitar ele, um bocado de gente, três minino sobrin meu e outros das mulher vizinha.**

P- E como foi estar na hora da morte do seu pai? Foi ruim?

Não. Não achei ruim não, que eu não vi a morte da minha mãe, mas vi a do meu pai. Se eu tivesse visto a morte de todo os dois eu tinha dito assim: vi minha mãe, fiquei com ela até na hora de Deus tirar ela, mas Deus não aceitou, eu tinha criança pequena, aí voltei pra cuidar e aí ela morreu. **Já o do meu pai eu consegui,** eu chorei muito, ele morreu falando aí pediu uma vela pra botar na mão (Conceição, 58 anos).

Na contemporaneidade, mantém-se uma relação medicalizada e institucionalizada com a morte, que é visível em realidades urbanas ocidentais. O lócus da morte não é mais a casa, com a presença da comunidade, acontece, agora, em instituições de saúde, como o hospital, e na presença de profissionais. Somente algumas pessoas têm acesso ao doente e, mesmo assim, por um exíguo espaço de tempo e em condições regidas pelas normas da instituição. É comum, em hospitais, retirar os familiares da proximidade do paciente quando se percebe que seu óbito se aproxima. A intenção dessa atitude é facilitar os procedimentos médicos e “poupar” os acompanhantes da experiência de presenciar a morte de seu parente. Por isso, em enfermarias, biombos são colocados e informações são restringidas; a visão do morrer se torna intolerável e alvo de esquivas ou proteção. As falas das

entrevistadas, transcritas há pouco, já mostram uma visão diferente dessa situação. Estar no momento da morte não é evitado, é reconhecido como êxito, dádiva, companheirismo e dedicação ao outro. No relato de Dona Conceição, também chama a atenção a descrição do momento da morte de seu pai: *“Ele morreu eu tava lá, lembro demais, tinha minhas irmãs, gente que tinha ido visitar ele, um bocado de gente, três menino sobrinho meu e outros das mulher vizinha”*. A morte sendo vivenciada de maneira familiar, com a presença de amigos, parentes e, inclusive, crianças, contrasta com a morte que acontece nas instituições, onde o poder de decisões está nas mãos dos profissionais e gestores.

O depoimento de Maria segue a mesma tendência do de Conceição:

C- Eu, em 81, fui na casa de minha mãe e ela tava boazinha, depois passou mal e foram me dizer que ela tava no hospital, aí a médica já foi me alertando que podia não ter jeito. Aí eu fui em casa pegar a merenda dela pra levar e quando **eu entrei no quarto ela tava no último suspiro, foi a dor maior da minha vida, eu vi com meus próprios olhos ela morrendo.**

P- E a senhora preferia não ter visto?

C- **Não, eu queria ter visto mesmo, ainda hoje tenho essa conformação, de ter a lembrança do último suspiro da minha mãe** (Maria do Severino, 67 anos).

A participação na cena da morte é aceita e importante, porém não se trata de um momento romântico ou de pouca emoção, é relatado como gerador de sofrimento e pesar. A frase de Maria, *“ainda hoje tenho essa conformação, de ter a lembrança do último suspiro da minha mãe”*, evidencia que o acompanhamento do processo de morrer, nas condições relatadas, ajuda no trabalho de luto. Ela descreve uma situação em que não pôde ver o corpo de uma filha morta:

Tive uma filha, duas, uma morreu no nascimento. Ave Maria, **ainda hoje eu tenho mágoa, foi minha primeira filha, eu queria ver a menina, mesmo morta mas eu queria ver, não deixaram**, o direito era ter levado pra eu ver, eu passei muito tempo sonhando com ela. O

último sonho foi ela me pedindo uma flor. A culpada foi a irmã dele (marido), disseram que iam me levar pra eu ver , mas aí já foi toda com os panos **aí eu só vi o pacote, não vi ela** (Maria do Severino, 67 anos).

A forma como as pessoas, no hospital, lidaram com a morte da filha da colaboradora Maria foi diferente da que ela gostaria. Ver a cena do corpo do bebê morto, o que poderia ser considerado chocante e traumático para uma mãe, foi, por ela, visto como um direito negado, pois, seu acesso foi somente ao “*pacote*”, o que lhe trouxe mágoa e um processo de luto alongado, com sonhos recorrentes até hoje.

Durante muitas das entrevistas fenomenológicas, percebi que o uso do álcool também surge relacionado à morte, em acidentes no trânsito, em brigas ou em adoecimentos, como no trecho seguinte:

O pai dos meus filhos morreu. Cachaça. **É, morreu bebo**. Só bebendo, bebendo. Morreu em cima da cama dele. Ficou bebendo aí eu fui na vizinha, quando cheguei ele já tava morto, ainda tava bem quentin, mas tava morto. Deu um nervoso, mas é assim, **Deus quer né?** Aí o doutor veio, examinou, disse ‘esse já ta morto, a cachaça já comeu tudo por dentro’. O homem que eu morava nestes últimos anos tá lá vivo, não quero nem vê, se não fosse minha filha eu já tinha morrido. Ele não ligava pra minha doença não minha filha, **não vou morrer não que Deus não quer agora** (Severina, 48 anos).

Nesse mesmo excerto, a morte é ligada à vontade divina, no caso do primeiro marido: “*Deu um nervoso, mas é assim, Deus quer né?*” E, logo depois, em relação a ela, “*não vou morrer não que Deus não quer agora*”, apesar de ter citado que a filha havia sido importante no seu tratamento.

A próxima transcrição é uma parte da resposta de uma entrevistada a minha pergunta disparadora. Optei por não incluí-la no subtema “A morte é...” porque a resposta veio por meio de uma situação, que traz alguns pontos a serem discutidos.

O que é a morte? Minha filha, pois eu vou é lhe contar agora: pra as pessoa morrer assim de repente até de uma preocupação morre, eu tinha uma colega, uma senhorinha de idade, assim de uns 70 anos.

De noite eu me acordei e tinha uma festa lá na rua, que sempre tem festa lá na rua dia de sexta feira, e antes eu tava aqui na casa vida. E todo dia ela andava lá em casa, de vez em quando ela ia conversar comigo, se eu tivesse lá eu sabia se ela tava doente ou não, que ela tinha me dito, mas quando eu cheguei de noite ela tava na calçada e eu não fui mais lá que tava sereno de chuva. De noite eu me acordei com a mulher gritando “chama a Jacira” “chama ligeiro” que é a mãe do rapaz, neto dessa mulher, que chamam ele Cuau, aí imaginei, aí me acordei me tremendo já também pra não viver, imaginei logo: ‘tão matando o Cuau’ e se a mãe dele chegar ainda evita que ela acode ele, era briga de festa. E a mulher continuou gritando, aí eu me levantei, abri a porta, quando olhei a Jacira já tinha ido pro hospital. Esse Cual se amontou na garupa da mota e o criatura deu aquela impinação na mota aí ele caiu, bateu a cabeça no calçamento, deu um golpe, e tava se lavando em sangue. E essa veinha quando viu a conversa, que era ela que criava o neto, se acordou e botou os pés pra fora da rede ligeiro pra saber o que era, quando ela se levantou, as perna não deu e ela ficou no chão, o filho dela, outro neto que ela criou também, perguntou : ‘ o que a vó tem? E ela não teve mais nem fala, a mulher que tava gritando pela Jacira levou ela pro hospital, ainda era o outro prefeito (que com o outro nunca faltava carro). E mandaram pro hospital de Canidé. E o rapaz já tinha ido na frente. Ficaram internados, com três dias o rapaz chegou lá com curativo na cabeça e ela dentro do caixão. Morreu. E o rapaz ta lá, bom, bebendo, todo dia nos bar, e ela enterrada, se acabou-se (Conceição, 58 anos).

A história relatada por Conceição, a mesma colaboradora que já havia falado:

“a morte quer é uma desculpa”, mostra a compreensão que ela tem de que a morte é possível a cada momento e a cada um, nem sempre guardando relação causal com os comportamentos bons de uma pessoa. Heidegger (2002) acredita que essa concepção coloca o homem diante da necessidade de um existir autêntico, em que a morte é constitutiva do ser, um elemento estruturante da existência humana. Não a percebendo como negação da vida, mas como possibilitadora de sua afirmação.

6.1.1.3. Formas de enfrentamento

Quando eu sei de mortes, eu fico assim... seja o que Deus quiser, eu me conformo (Conceição, 58 anos).

Essa pequena parte da fala de Conceição ilustra bem a principal forma de enfrentamento utilizada pelos colaboradores entrevistados: a fé. A Deus é atribuído

a escolha do momento da morte, há uma compreensão de que existe “uma hora” e que cada um tem a sua. A concepção de que algo maior e mais poderoso que os homens organizam os acontecimentos na vida das pessoas, incluindo as mortes, atribui um sentido à perda. O conforto é dado por essa sensação de que a morte não foi fruto da responsabilidade de alguém, de um sistema ou sociedade, mas de um caminho já traçado e que só poderá ser compreendido por Deus. Esse é o caso de Dona Josefa, que perdeu quatro filhos, e comenta sobre seu processo de luto:

C- Tudo é por Deus minha filha, tudo que Deus faz é bem feito.

P- E a senhora acompanhou velório, enterro?

C- Ora. Aí eu me conformei que já tinha se passado três pra trás.

P- E o que a senhora fazia pra se conformar?

C- A minha mãe dava conselho, o marido... que era assim mesmo, que Deus queria ela, porque se era de mais pra frente ter uma sorte ruim, então era Deus (Josefa, 59 anos).

O consolo desta mãe era a crença de que a morte veio para que, no futuro, a criança não tivesse uma “*sorte ruim*”, temia que lhe acontecessem vivências sofridas, e acredita na intervenção de Deus neste destino da filha. Desta forma, a morte migra de algoz para salvação. A conformação vem, também, da repetição da experiência, como cita Josefa, “*Aí eu me conformei que já tinha se passado três pra trás*”, referindo-se aos três filhos já falecidos na ocasião da morte da filha de 14 anos.

As mortes violentas, apesar de cotidianas, são vistas de forma diferente, como se ocorresse uma intervenção humana nos “planos de Deus”, uma alteração “da hora” de cada um. Essa compreensão é esclarecida pela seguinte fala de Severina:

C- Eu penso assim, **quando Deus quer levar, chega aquele dia, e ele leva a gente**. Pode ser de uma topada, qualquer uma coisa, doença né? **Não é esse negócio de morte que os outro mata**. Eu penso que isso não é coisa de Deus não que Deus só quer coisa boa.

P- E acontece muito?

C- Muito minha filha, lá na minha cidade.

P- E o que a senhora acha?

C- É uma tristeza. **Mas quando é Deus que leva eu fico é satisfeita**, fico, porque foi Deus que levou, não sente dor, não sente nada, já passei que levaram meu marido, Deus levou. Aí a gente não sente nem muitas coisa porque é Deus que leva, sendo o que Deus quiser eu nem sinto muito a... é (Severina, 48 anos).

A subversão do planejamento divino causa tristeza, em contraposição à sensação de satisfação, citada no excerto acima, quando a morte é do tipo “*que Deus leva*”. O luto é facilitado pela crença de Severina de que, se a morte acontece assim, não se sente dor.

A compreensão que tive dessa forma resignada do sertanejo enfrentar a morte foi que: se o sertanejo vê a morte como da vontade e planejamento de Deus e se ele se relaciona com esse Deus com muita fé e respeito, revoltar-se contra a morte não seria uma revolta contra Deus? E resignar-se com a morte não seria respeitar esse Deus?

A resistência a repetidas e sofridas situações de perda é também creditada a Deus e experimentada como êxito perante provações, como a seguir:

De pouco, de pouco, de pouco, **aí tinha os outros pra cuidar**, aí de vez em quando falavam nele, aí eu dizia que **era assim mesmo**. Tinha a de 11 anos mais velhinha, **Deus me deu a sina de passar por isso e consegui passar e vencer**. Eu me admiro de mim mesmo de ter essa resistência de passar isso que eu passei, morte fatal.

P - O que o senhor acha que o faz resistir?

Deus (Severino, 79 anos).

Minha mãe é falecida, meu pai, minha mulher é falecida, quando ela deu o problema no coração não tinha mais jeito, tava crescendo o coração. Faço minhas orações peço que ela tenha um bom andamento. Passei muito mal, mas resisti, procurei conversar, distrair, mas ... (pausa) é preciso muita força (choro). A gente se conforma, mas não esquece. Deus dá força (Chico, 62 anos).

À fé não é atribuído apenas o consolo, mas também a cura. Severina fala de como se sentiu após sua mastectomia:

Fiquei 'ai meu Deus, um alívio tão grande', olha eu fiz três promessa: com São Francisco pra ele me operar, Nossa Senhora das Dores, São Jorge e Nosso Senhor, quatro promessa, vou pagar em dezembro, se Deus quiser, quando eu ficar boa vou pagar minha promessa. Que eles me operaram antes dos doutor me operar (Severina, 48 anos).

A “negociação” com Deus e com os santos se processa até o último momento. Posteriormente, quando a possibilidade da morte vai se configurando, é a hora de compreendê-la como inevitável:

Pra morrer um filho na mão da gente, só mãe que agüenta, os médico diz pra gente se controlar, mas a gente não se controla. No começo você sofre, aí passa ali dois dias você se acalma porque quando Deus quer levar não tem esse negócio de dizer 'não meu pai, não leve não, não leve não'. Quando ele quer, não tem esse negócio de choro nem se mal dizer, nós tanto que queremos aquela vidinha mas não tem aquela capacidade, não teve jeito, aí a pessoa tem que se conformar. As coisa é desse jeito, é dureza (Josefa, 59 anos).

Pesquisadores do processo de luto (Bowlby,1973; Worden, 1998; Parkes, 1998) citam a negação como a primeira das fases por que passam os enlutados. O sertanejo não mostra essa etapa com freqüência ou por longo período; o confronto com a realidade dificulta os processos de negação. Isso é visível na fala de Dona Conceição:

Aí fiquei imaginando que se ele não tivesse lá, tivesse em casa, não tinha acontecido, mas logo volta a realidade: “mas ele tava era lá, aconteceu...”. Pedi pra Deus me dá força e coragem pra vencer, hoje eu falo, mas não sinto assim como antes, a gente vai esquecendo. (...) Fiquei chorando, preocupada com ele, mais aí não podia fazer nada né? Entreguei pra Deus resolver, Deus providenciar da forma que for possível né? Aí Deus foi me conformando, foi passando o tempo e pela continuação do tempo (Conceição, 58 anos).

O trecho a seguir trata de como a morte de um filho é enfrentada pelo colaborador. A dificuldade em “se conformar”, em realizar o trabalho de luto é vista por Severino como patológica. Temos uma inversão dos parâmetros de normalidade e doença. Em algumas comunidades, que vivenciam perdas de forma menos freqüente e familiar, a expressão de intenso e prolongado sofrimento pela perda de um filho é compreendida como normal e até esperada. No contexto do entrevistado, a não conformação é ligada à depressão e loucura. Quem é louco de não aceitar algo frequente e conhecido?

É demais, **a dor é grande**, mas aí **Deus é muito poderoso** e vai passando aos poucos. Eu conheço uma **mulher que não se conformou** e ficou com uma depressão medonha, com sintoma de **loucura** (Severino, 79 anos).

Os relatos mostram que o nível de sofrimento varia conforme a forma da morte (matada ou morrida), mas também do vínculo que se construiu com o outro. Mortes de filhos ainda muito pequenos e casos de natimortos chegam a ser omitidos nos relatos de perda dos entrevistados. Porém, o investimento emocional se intensifica quando a criança cresce e a iminência da perda é atenuada.

Criança assim pequena, a gente sente, mas passa mais rápido, mas depois que cresce, vai falando... ai é difícil. Perdi outro, um ano e sete meses depois que a mãe dele tinha morrido. Ele tinha 7 anos, inteligente que só, foi do coração, ficava com a boquinha aberta, roxinho, aí levei pro médico e disse “que foi doutor?” ele examinou, ficou sério, se levantou aí disse: “olha seu filho tem problema no

coração em alto grau” e eu disse “é mesmo? e agora doutor?” aí ele disse que **ele podia se acabar de momento**. Aí eu trouxe ele pra casa, tava tirando leite no curral, e me chamaram: “papai, papai”, **cheguei lá o menino já tava...já tava morrendo, ainda cheguei em tempo de ver**, 5 horas da manhã. **Tinha acabado de ser a mãe dele aí repetiu minha dor**. Aí ficamos com aquela dor sem tamanho, botando vela na mão sem ter pra quem apelar... (Severino, 79 anos).

Novamente, a presença no momento da morte é realçada pelos colaboradores: “*cheguei lá, o menino já tava...já tava morrendo, ainda cheguei em tempo de ver*”. Seu Severino também se refere à capacidade de uma perda reavivar o sofrimento de outra anterior. Uma história como a de nosso entrevistado traz a reflexão sobre as diferenças entre vivenciar a infalibilidade da morte como processo natural e a exposição a perdas determinadas por modelos econômicos e sociais, reproduzidos ao longo de nossa história brasileira.

Os próximos depoimentos exemplificam a relação dos entrevistados com o medo da morte.

Eu não tenho medo da morte não... quando ela vier me abraçar eu vou empurrando, enquanto eu puder, é, eu vou empurrando enquanto eu tiver mais força que ela, se ela tiver mais força... **aí ela me leva, aí rumbora** (Severino, 79 anos).

Tem gente que não quer fazer esse plano. É, diz que morre logo. Que conversa!!! Tem medo. Que conversa de morrer, **eu não tenho medo de morrer. De qualquer jeito eu num vou?**

P- Então a senhora não tem medo?

Tenho nada.

P- Nem só um pouco?

Tenho não minha filha, tenho de jeito nenhum, sempre eu num vou? Deus num vai me levar? Com medo ou sem medo? É melhor ir sem medo (Severina, 48 anos).

Seu Severino, sempre usando suas metáforas, personifica a morte, travando com ela uma negociação, um jogo de empurra, uma medição de forças. Sabedor do seu esgotamento, em algum momento, ele aceitará ser “levado”: “*aí ela me leva, aí*

umbora". O não ter medo não significa aceitação passiva da morte, tentativas de prolongamento do viver são feitas por meio de tratamentos, rezas e promessas, mas há uma compreensão de que é uma luta em que se ganha batalhas e não a guerra. Assim, não há a concepção de fracasso quando da morte, mas de que se acabaram os recursos possíveis contra algo inevitável. Dona Severina é bastante enfática e prática em sua negativa de medo, e se justifica por meio da infalibilidade do morrer. É uma perspectiva muito semelhante a de Chico Mariano e de Chico Leiteiro, citados em Martins (2006):

Mas o meu futuro era, qualquer dia que Deus precisar de mim, eu ta disposto como eu to; tem gente que diz 'eu tenho medo de morrer, eu não tenho porque sempre tem que morrer, então tem que pensar em Deus que tem a morte e o poder da morte é para aquele tão rico como pr'aquele tão pobre... (p.57)

Não dá tempo de pensar não, quando ela chegar é dizendo: 'Umbora logo! Num quero saber'. Num adianta o cabra ter medo de morrer. Se ele correr, morre; se não correr, morre sempre. (p.80)

As formas de enfrentamento utilizadas pelos entrevistados são ligadas à fé, à resignação e aceitação, nem por isso são fáceis e isentas de sequelas, como atesta o trecho abaixo:

Quando tenho uma tristeza eu rebolo os sentidos pra longe e deixo pra lá. Dou um chute nos sentidos, mas machuca, pra mudar os sentido machuca nem que seja o dedinho. Tem que ter insistência (Severino, 79 anos).

6.1.1.4. Rituais funerários.

A tradição cultural

O termo “sentinela” designa todo o período, desde a iminência da morte até o enterro. Rocha (2006) esclarece que a sentinela se inicia com a morte ou quando o estado do moribundo prenuncia poucas horas de vida. Ocorrendo um destes casos, os ‘donos do morto’ (parentes) providenciam um “incelenceiro” para puxar os cânticos. Durante a sentinela, após a morte, são cantadas rezas, benditos (*bem-ditos*) e “incelenças”, como uma maneira de “encomendar o defunto” nos lugares onde não há padre. Acredita-se que o finado, para o qual não se canta, não alcança a salvação. Dessa forma, os cânticos perduram por toda a noite, e os familiares preparam comida e bebida para os participantes. Ao chegar alguém, chamam-no “irmão das almas” e o convidam a participar da cerimônia. Exemplo dessa prática pode ser visto em *Morte e Vida Severina*, Melo (2000) quando o retirante Severino:

ENCONTRA DOIS HOMENS CARREGANDO UM DEFUNTO NUMA REDE, AOS GRITOS DE "Ó IRMÃOS DAS ALMAS! IRMÃOS DAS ALMAS! NÃO FUI EU QUEM MATEI NÃO!"

— *A quem estais carregando,
irmãos das almas,
embrulhado nessa rede?
dizei que eu saiba.*

— *A um defunto de nada,
irmão das almas,
que há muitas horas viaja
à sua morada.*

— *E sabeis quem era ele,
irmãos das almas,
sabeis como ele se chama
ou se chamava?*

— *Severino Lavrador,
irmão das almas,
Severino Lavrador,
mas já não lavra.*

(p.47)

A prática ritual de colocar uma vela na mão do moribundo representa a necessidade de luz para guiá-lo por bons caminhos após a morte. O temor é mais relacionado a não merecer um “bom lugar” do que a não estar mais vivo. O termo “botar vela na mão” chega a ser usado para expressar a gravidade de algum estado de saúde, quando se fala: *Esse aí ta ruim, já ta pra botar vela não mão*. O corpo é velado com os pés em direção à porta da casa, para facilitar a saída da alma.

Todos esses rituais citados são concebidos, segundo Rocha (2006), como “instrumento de intercessão em favor da alma do morto, tendo como principal finalidade o livramento do inferno” (p.57). A sentinela acontece em função do “finado”, porém, exerce importante papel no processo de luto dos vivos. A perda do falecido é, também, motivo para encontros e convivência familiar.

Durante as entrevistas desta pesquisa, alguns colaboradores se referem a rituais funerários tradicionais no sertão. Adiante, estão transcritos trechos representativos:

P- Como é a sentinela lá?

C- É daquele jeito, **vem o povo visitar, aí passa o dia todin tem que fazer comida e cai muita cachaça, botam vela na mão.**

P- Pra que é essa vela?

C- Pra não morrer no escuro.

P- E essas crianças de vocês foram enterradas onde?

C- Os meus foram no cemitério. O dela foi longe da cidade, no cemitério das crianças. Nesse tempo tinha um cemiterinho só das criança.

P- Pra ter um cemitério só das crianças devia morrer muita criança.

C- Ora. Era muito difícil, morava assim num estaiado pra essa menina parir tinha de ir de rede pro hospital, eu tive os meus foi em casa com uma parteira boa (Josefa, 59 anos).

Neste excerto da entrevista de Dona Josefa, há referência à sentinela e seus rituais e o relato da existência de um cemitério só para crianças, indicando o grande índice de mortalidade infantil.

Na próxima transcrição, percebemos que os rituais de sentinela se iniciavam antes mesmo da morte, momento em que estavam presentes diversas pessoas da família e da comunidade.

C- De primeiro era tão difícil, se você chegasse e encontrasse uma pessoa doente ficava por ali acompanhando, **sempre ficava uns acompanhando, na sentinela, aí quando via que a pessoa tava ruim mesmo a gente juntava as mão e botava vela, aí ficava segurando até a hora da morte levar ela.**

P- E pra que servia essa vela?

C- Eu acho que nada, diz que é pra não morrer no escuro (Severino, 79 anos).

Seu Severino continua relatando suas experiências:

P- Eu soube que antigamente enterrava até em rede

C- Isso é realista, amarrava num pau bem comprido a rede e a gente colocava no ombro.

P- Enterrava onde?

C- No quintal ou no cemitério

P- O senhor já foi a algum enterro assim?

C- Mar minino, já ajudei muito a carregar defunto, tinha uns deles que era mais pesado. (risos)

P- E o senhor ia por quê? Era conhecido? Amigo? Da família?

C- Conhecido, de longe, hoje as casas são perto, mas antes era 3km, 4 km de uma casa pra outra, ou até mais, 6km. Aí quando a gente sabia que pessoa tava doente ia pra lá pra sentinela, botar vela na mão. O pessoal da casa fazia os preparativos pra receber aquelas pessoas, aí quando eles já tavam muito cansados aí ia dormir e o pessoal que chegava tomava de conta. Ficava cuidando daquela pessoa, passando água na boca, esperando a morte mesmo,

esperando morte pra juntar aquela ruma de gente, 15, 20 homi e colocava na rede , e botava no ombro (Severino, 79 anos).

As experiências de Seu Severino me transportaram para a tela de Portinari (1958) abaixo:



Figura 16 – Portinari (1958). Enterro na rede, pintura a óleo/madeira, 150 x 200cm, Rio de Janeiro.

Em sua entrevista, Conceição afirma que seu pai chegou a pedir a vela para colocar na mão, manifestando, assim, consciência do avanço do seu processo de morrer e a importância dos rituais para ele e família. O depoimento desta colaboradora remete-se à descrição de Ariès, da atitude diante da morte denominada por ele de “Morte domada”, já descrita no capítulo dois desta dissertação, quando, sabendo da proximidade do fim, eram tomadas providências e seguiam-se rituais ao leito, como: a evocação da vida, o perdão, a culpa e as recomendações religiosas. São características deste período, em que a morte era familiar e próxima, a espera da morte ao leito e a morte como cerimônia pública.

P- Como é essa história de vela na mão?

C- Fazem muito no interior, botam uma vela na mão e acende, **pra não morrer no escuro**, fizeram com meu pai, e com minha mãe também, quando viram que minha mãe tava morrendo botaram na mão dela. A do meu pai ele mesmo pediu, tava já sabendo que ia morrer e a gente também (Conceição, 58 anos).

Dona Benedita realça a vontade de morrer em casa para recomendar os filhos, dar orientações e instruções:

C- Minha amiga, tendo que morrer, Deus me perdoe mas **é melhor morrer em casa, perto da família, a gente pode recomendar os filhos, dar conselho né...** dizer : ‘ Meu filho não beba’ Quando a pessoa ta em casa aí tem aquela coragem, dizer pra minha filha cuidar da outra que é doente, cuidar desse, daquele, ‘tome de conta’, ‘tenha cuidado’, dá conselho, **pra dizer minha mãe ou meu pai me deu conselho antes de morrer. E tando no hospital? Pode fazer o que? Pode fazer nada.** (Benedita, 50 anos)

A última frase de Benedita reflete a compreensão de Kovács (2007, p.218) de que os hospitais, com sua proposta de assepsia, que abrange inclusive os aspectos emocionais, diminuem a expressão de sentimentos, para não haver “contágio de sofrimento”, reduzem ou mesmo impedem os rituais, o que prejudica o processo de luto

A intervenção de novos valores e práticas

Os rituais são construídos e mantidos culturalmente; sofrem influência dos valores e crenças de uma comunidade, em uma relação de mutualidade com esta. Modificações nas tradições acontecem, pois a cultura é uma rede de significados interconectada por indivíduos e pela coletividade, que não é estática e se recria

continuamente (Costa, 2004, p.259). Os entrevistados desta pesquisa citam, em alguns momentos, modificações nas formas tradicionais de lidar com o morrer em suas comunidades:

Minha mãe, quando meu pai morreu, ela nunca tirou o luto completo. Eu tentava, mas ela não queria, disse: “Quando eu morrer é pra me enterrar com esse mesmo traje”. **Hoje em dia quando morre, muitos deles, quando volta do cemitério já vem com outro.** (risos) (Severino, 79 anos)

É aqui é, a família recebe só o corpo, lá é em casa, com aqueles vizinhos, moradores, aquelas pessoas conhecidas faziam questão de tarem ali até a hora. **Depois ficavam visitando aquela família, ajudando, aconselhando.** Hoje a pessoa morre e poucos dias (faz gestos com as mãos)...**Esquecido, ta esquecido** (Severino, 79 anos).

Seu Severino é testemunha das mudanças em sua comunidade, aos 79 anos já pôde vivenciar a morte de diversas maneiras e acompanhar as modificações nos rituais praticados. Sua fala anterior mostra as alterações na rede social de apoio à família, em que as visitas de ajuda e aconselhamento deram lugar ao esquecimento. Quando, nesta dissertação, considero que o sertanejo lida com a morte de maneira familiar e com maior aceitação, não afirmo que ela seja banalizada ou negada. Já os processos contemporâneos de temor e negação da morte trazem, também, a negação do morto, o seu esquecimento.

Muitos sertanejos não se separam totalmente das pessoas mortas, consideram-nas como possuidoras de possibilidades de proteção ou perseguição; algumas, mais poderosas, são cultuadas e “concedem graças”. Mantém-se, então, uma relação de “comunicação” com os mortos, no sentido de serem sempre lembrados em seus aniversários de vida e de morte, nas festas religiosas, dia de finados e até no dia-a-dia. É como se, com o falecimento, a pessoa continuasse presente na vida daquela família e daquela comunidade, influenciando decisões e

tradições. Frases como, “*Vamos fazer assim que a mamãe iria aprovar*”, “*Não case com esse rapaz que seu pai não iria gostar*”, “*De onde ele estiver estará me abençoando*”, são exemplos de que sertão acontece o que afirma DaMatta(1997): “*No Brasil a morte mata, mas os mortos não morrem*”(p.158). O autor afirma, ainda, que em sociedades onde o sujeito social não é o indivíduo, mas as relações entre eles, há uma elaboração referente ao mundo dos mortos, que são invocados, chorados, lembrados, homenageados e usados em cerimônias. Atitude, esta, diferente das sociedades modernas, cujo sistema é individualista e permeado pela razão e técnica. DaMatta (1997) conclui que: “ *O que sugiro é que há uma associação entre encarar a morte como um problema e a ideologia individualista*” (p.137)

Dentro dessa perspectiva, Dona Maria relata seu planejamento:

Se do meu enterro ele já sair com outra do lado eu venho enforcar ele de noite. Se ele morrer primeiro que eu, faço que nem a mãe dele, coloco luto até o último dia da minha vida (Maria do Severino, 79 anos).

No próximo depoimento de Seu Severino, nota-se a ausência do acompanhamento do momento da morte, referindo-se à morte no hospital ele diz: “A gente entrega lá e eles já devolvem pra família o corpo, entrega lá e recebe lá”. Fala do tempo exíguo fornecido à família para a retirada do familiar, de modo que a saída do corpo não prejudicasse algum “doente mais nervoso”. Ao falar do cumprimento de normas, já se percebe as diferenças entre a morte familiar e a institucionalizada.

Vi muito o sofrimento, sentinela, colocando vela na mão, hoje quando as pessoas vão morrendo já passam pro **hospital, a gente entrega lá e eles já devolvem pra família o corpo, entrega lá e recebe lá**. Mas de primeiro não era. A criança, ou adulto, quando morre no hospital eles dão poucos minutos pra você retirar. É **norma** do hospital. Acho ruim, hoje esses hospitais grandes botam logo pra sair lá por trás pra ninguém vê, é **norma** do hospital, tem uns doentes mais nervoso, que não pode ver. Hoje a funerária vai pegar. Nesses hospitais grandes já

tem uma sala pra colocar as pessoas que morrem (Severino, 79 anos).

A morte como produto

As modificações dos costumes tradicionais do sertão acompanham um processo denominado homogeneização cultural global, em que valores de determinadas culturas são difundidos em outras. O capitalismo tem aprofundado suas raízes por meio desse processo, pois novos mercados precisam ser descobertos ou então criados e, para isso, inventam-se novos produtos para que se cultive o desejo por eles. A morte no sertão passou a ser, também, um produto:

“P- Como é quando alguém morre?

C- Tem sentinela, a gente paga os caixão né? Aquele projeto?

P- Projeto?

C- Dos caixão minha filha, a gente paga, vai pagando, se morrer fica a família pagando e os outros tem direito. É lindo minha filha!! Comecei a pagar agora, tem dois meses. É bonito

P- Como é um caixão bonito?

C- Um caixão bom, bonito, dourado, brilhoso, mas é bonito! Tem o nome dele... como é mesmo o nome... esqueci. Pago 20 reais por mês.

P- Aí quando precisar...

C- aí eles trazem o caixão, as coisa bonita, tanta coisa bonita, eles ajeitam tudo. Fica bem novinha, um vein fica novin assim como a senhora.

P- E como é isso?

C- Eles botam maquiagem minha filha, coisa linda, ficam bem novin.

P- A senhora já viu?

C- Minina, to acostumada de ver lá. Fui da minha vizinha, tava bem ajeitada, tava muito bonita, uma coisa bonita que fica, quando a

pessoa morre fica bonita demais. Vem o material, um bocado de flor tão cheirosa, pra enfeitar o caixão. Aí eles botam assim ao redor, fica só o rosto e o resto só flor. Tem o amor eterno e outra lá, a minha é o amor eterno (Severina, 48 anos).

“P – E lá em ICO? Tem sentinela?

C- Tem a noite todinha. Tem chá, tem café, tem bolo, tem bolacha, vem um panão azul, que a pessoa paga os direitos, a pessoa os direito do caixão, eu mesmo pago, meu esposo paga, vem tudo arrumado, é bonito, vem caldo pra meia noite, a família vem de longe. É bem cuidado lá quando morre uma pessoa. É **finaral** que chama né? É 20 reais por mês aí quando morre vem tudo: o café, o açúcar, a bolacha, vem tudo preparado, o caixão, a limpeza (Benedita, 50 anos).

Benedita não usa mais o termo sentinela, chama de fineral (funeral), em adaptação às novas configurações culturais. Severina se encanta com a beleza dos caixões, acessórios e com a “maquiagem” rejuvenescedora. Perceber a entrada de valores de outras culturas nas comunidades do sertão significa uma mundialização da cultura? As intervenções culturais estrangeiras são capazes de modificar totalmente a visão de mundo do sertanejo, ou esses novos rituais e possibilidades vão sendo assimilados de uma maneira própria, conforme as concepções locais? Costa (2004) acredita ser possível que as culturas locais englobem novos significados sem se contradizerem. Como compreender esse processo que acontece no sertão, em relação às modificações nas práticas funerárias? Durante a pesquisa de campo, as visitas nas cidades trouxeram muitas informações em relação a esse tópico, voltaremos a ele na análise cultural das vinhetas, ainda neste capítulo.

Perguntei a Seu Severino o que achava de fazer um plano funerário. Este respondeu que achava bom, *“porque se sabe o dia que nasce, mas o dia que morre não. Aí pode se morrer numa época sem condição de dinheiro”*. E seguiu falando que filho é como lacraia, diz que quando as lacraias são novinhas, ficam todas

pregadas com a mãe: *“fica só um bolo”*, aí vão crescendo, e vão se soltando e levando um pouco dela, quando saem todas a mãe fica *“só a casca seca, veia e morta”*. *“O bem se paga com o mal”*, diz Seu Chico. Perguntei o que achava disso e ele disse achar normal, *“é assim desde o começo do mundo e que depois de 80 anos um velho não precisa mais de nada, só o de comer e alguém que cuide dele”*. Relatou ainda que já falou para os filhos que eles vão andar neste mesmo caminho.

6.1.1.5. Morte matada

A presença freqüente da “morte matada” já foi citada em outras falas desse tema emergente denominado “A morte severina”. Inicialmente, foi compreendida como um subtema que perpassava os demais, porém, sua recorrência nas falas sugeriu o merecimento de um tópico específico que lhe foi dedicado. A literatura ilustra, freqüentemente, essa situação, quando o Severino, de João Cabral de Melo Neto (2000), encontra-se com um velório e questiona aos “irmãos das almas”:

*E foi morrida essa morte,
irmãos das almas,
essa foi morte morrida
ou foi matada?
Até que não foi morrida,
irmão das almas,
esta foi morte matada,
numa emboscada.
(p.47)*

Nos trechos de entrevistas dos colaboradores, percebemos que a violência não está somente nas páginas dos poetas, mas, também, na vida cotidiana das pessoas:

C- De vez em quando chegam lá : **“mataram seu filho”**

P- Aconteceu com a senhora?

C- Não, mais **toda semana uma mãe recebe essa notícia lá**. Não tem quem tire do meu pensamento que meu irmão não teve morte dada por Deus, eu penso que mataram ele. Hoje uma pessoa morre, uma pessoa assim, por lei, levam pra examinar a causa morte, nesse tempo não tinha isso... Você morria e a suspeita ia com você (Maria do Severino, 67 anos).

C- Não é esse negócio de morte que os outro mata. **Eu penso que isso não é coisa de Deus não** que Deus só quer coisa boa.

P- E acontece muito?

C- Muito minha filha, lá na minha cidade. É uma tristeza (Severina, 48 anos).

De noite eu me acordei com a mulher gritando “chama a Jacira” “chama ligeiro” que a mãe do rapaz, neto dessa mulher, que chamam ele Cuau, aí imaginei, aí me acordei me tremendo já também pra não viver, **imaginei logo: ‘tão matando o Cuau’** e se a mãe dele chegar ainda evita que ela acode ele, era briga de festa (Conceição, 58 anos).

Mataram um rapaz meu no São Paulo. Um filho meu. Ele com idade de 26 anos, trabalhava de segurança nos portão das festa, aí chegou uma carrada de turista, bebo, queriam entrar sem pagar, aí ele não podia deixar, aí atiraram nele. Ligaram pra mim, ele tava lá na casa de uns pessoal conhecido, mas aí o enterro foi lá, e eu não pude ir, não tinha condição de ir (Conceição, 58 anos).

6.1.2. Quando eu caí doente

Esse tema emergente revela as vivências relacionadas ao adoecer. Os colaboradores partilham sua experiência vivida de passarem por um câncer e expressam suas representações sobre ele. Surgem, também, concepções particulares sobre o processo de adoecimento, suas causas e tratamentos.

O tema *Quando eu caí doente* é constituído pelos subtemas descritos adiante:

6.1.2.1. Vivência do adoecimento

Há diversas dimensões envolvidas no adoecer, a antropologia médica, com Kleinman (1980), distingue a manifestação fisiológica da doença da sua percepção subjetiva e compreensão cultural. O subtema emergente “Vivência do adoecimento” enfoca o adoecer na perspectiva do paciente. Relatos dos entrevistados foram transcritos a seguir para possibilitar a compreensão desses vividos. Iniciaremos pelo momento do diagnóstico:

Eu me acordei e tava minha rede molhada, aí pensei que podia ser inflamação, aí fiquei sangrando e pensei ‘é um negócio em mim’ aí montei na moto e me levaram pro hospital, aí a doutora disse que meu útero tava ruim e tinha que tirar. Aí vim pra cá pra saber se era caso de tratamento ou cirurgia, até então eu não sabia o que era, **ela não falou que era câncer**. Aí eu vim arrepiando os cabelo. Quando eu fui no Dr. da triagem, ele olhou o exame e perguntou: **Ei senhora, onde é seu câncer? Aí minha filha arrepiei os cabelo que eu não sabia ainda, ela disse que era no útero, mas não disse o que era**. Aí eu fiquei meio assim e disse ‘é no útero’ aí a secretária veio me levou pra aquele exame, ele colocou aquele ferro lá dentro, puxou um pedacinho do útero pra fazer a biopsi (desculpe que eu não sei falar). Quando vim pegar o resultado fui com minha filha, ele disse: ‘D. Benedita, o seu caso é tratamento’ aí **minha filha perguntou se o cabelo caia, ele disse cai não que é da branca**, ele explicou que era um carocinho que roçava no canal da bexiga e cortou, por isso eu tava soltando a urina o tempo todo. Eu compro fralda , mas tem tempo que falta (Benedita, 50 anos).

O diagnóstico de Dona Benedita foi envolto em momentos pouco claros, a doença não foi inicialmente nomeada, e ela soube do seu diagnóstico por meio de uma pergunta de outro médico que questionou onde era seu câncer, imaginando que ela já havia sido informada. A ocasião poderia ter se transformado em momento de esclarecimentos, mas Benedita disfarçou a sua desinformação e seu choque perante a notícia. A preocupação imediata da filha foi com os efeitos colaterais do

tratamento, mais especificamente a alopecia, denotando a apreensão com a visibilidade da doença e possíveis estigmas.

O diagnóstico é, muitas vezes, tardio. Isso ocorre em função da dificuldade do acesso à saúde e também por questões culturais, como os tabus de se submeter a exames de prevenção que envolvem partes do corpo relacionadas à sexualidade, como exame de toque para os homens e prevenção de câncer de colo do útero em mulheres. Além da demora em diagnosticar a doença, o período que transcorre entre a descoberta e o início do tratamento pode ser demasiado longo, estando sujeito a impossibilidades financeiras e à falta de informação.

No depoimento de Conceição, podemos perceber alguns desses aspectos:

Meu problema foi assim já tinha uns anos que a minha menstruação tinha acabado, aí voltou de novo, **todos os meses eu menstruava**, aí fui pro hospital fazer consulta, o médico pediu prevenção, eu fiz e o médico disse que eu tinha que vim me tratar aqui. **E nesse tempo não tinha esse prefeito bom não**, eu disse pro Dr. que não tinha condição de ir não, aí ele disse : mas você vai **Deus vai dá um jeito**. Aí eu fiquei menstruando, menstruando, aí entrou esse outro prefeito. Um dia eu me acordei de noite, com uma hemorragia, caía era de bolo, enchia o ralo. Chamei meu filho, que a casa é emendada (parece uma, mas são duas), mostrei pra ele, ele me levou pro hospital, fui perdendo muito sangue, me botaram pro canidé e depois pra cá pra fortaleza, falei com a doutora e eu pensei que ia ficar uns oito dias, que eu não sabia que tinha esse banho de luz. Ela disse que eu ia me tratar de uma **raladura no colo do útero e inflamação**, aí fiz 30 radia e 4 de um que a gente fica na posição da prevenção, estiram as pernas da gente, eles colocam muito aparelho na vagina da gente e fica ali queimando por dentro. Aí fiquei boa (Conceição, 58 anos).

Quando ela cita que já faz alguns anos que sua menstruação cessara, refere-se à menopausa. Ao dizer, “*aí voltou de novo, todos os meses eu menstruava*”, não sabia que se tratava de um sangramento, sintoma do câncer, pois acreditava que sua menstruação havia voltado. De posse do encaminhamento para a capital, Conceição não o faz, relata ao médico falta de condições financeiras, o médico

atribui o “jeito” a Deus e transcorre tempo suficiente para que seja eleito um novo prefeito, e que ela tenha um agravamento no sintoma.

A doença, como no caso de Benedita, citado anteriormente, não foi nomeada, mas descrita como, raladura no colo do útero e inflamação. Este fato ilustra como o câncer é ainda uma patologia envolta em mitos; os profissionais de saúde usam eufemismos ao se referirem à doença, como: mancha, caroçinho, raladura, ou outros como “sombra”, que aparece na entrevista de Seu Chico:

Quando eu fiz a cirurgia, fiquei na revisão com o doutor, deu uma diferença nas minhas parte, uma ficou mais alta, inchada. O médico disse que aquilo não valia nada não, mas passou um exame, **fiz particular, tenho até a nota fiscal**. Quando eu recebi, falei com ele e ele disse que tinha **uma sombra, mas que ainda não tava andando**, e me mandou pra um médico que me passou 35 radioterapia. Aí depois vou voltar nele pra ver como ta minha carcaça. É o vírus de um câncer, mas tem jeito pra tratar. **A gente tando em cima da Terra acontece desse vírus pegar a gente** (Chico, 62 anos).

Um relato que mostra o que foi comentado até agora é o de Severina. Transcrevi um longo excerto de sua fala, para facilitar a compreensão da situação narrada. Posteriormente, discuti alguns pontos emergentes significativos.

“P- Como a senhora descobriu essa doença?

C- Olha bichinha eu era junta com um caba que num prestava pra nada, passei 23 anos mais ele, depois que eu fiquei viúva. Essa doença dava 6 horas e eu ia pra plantação, andava com isso aqui virado, no meu peito, era como um caroço de arroz, **sentia, mas não ligava, tomava remédio dos mato**. Era aroeira, banho, babosa, eu tomando, tomando, tomando, aí ia crescendo uma coisinha, aí descuidei e tava bem grandão e estorou aí apareceu 3 tumor, no meu peito, 3 tumor, o grandão estorou que o bicho ficou pra fora. E eu lá trabalhando, trabalhando

P- Trabalhando de quê?

C- De roçado minha fia, milho, feijão. Doente minha fia.

P- E como a senhora trabalhava com esse peito ferido?

C- Ferido mesmo, eu botava um pano, forrava. Aí minha fia soube e disse ‘vou pegar a mamãe’ aí ela foi ‘eu vou levar mamãe, nós não

vamos morrer aqui' quando eu cheguei foi direto pro hospital. Aí ela me levou pro hospital, que o cabavei num levava, queria era que eu morresse, **aí fiquei fazendo curativo, andava com aroeira, e lavando e rezando e lavando e rezando**. Passei 13 dias internada, só fazendo, aí chegou o doutor e me botou pra cá. Aí eu vim pra cá, consultei, tirei o negócio pra fazer bió, recebi mês passado. Aí me internei e depois ele me mandou pra casa, passei 3 meses lá fazendo curativo, e esse bicho do lado de fora, antes de operar, todo dia, todo dia, todo dia. Quando foi um dia, a enfermeira disse que sentiu aquilo balançar, mas não disse nada a mim, aí passou uns remédios e tal, aí no outro dia tirando o curativo, aí ela tirava os panin, os miudin, pra tirar os grande, aí quando tirou os grande o bicho caiu (pooff!) dentro de um balde, o caroção, a coisa mais feia do mundo, caiu mesmo, saiu aquele puzão amarelo podi, podi.

P- Na hora que caiu esse tumor, a senhora se sentiu ...

C- Ave Maria, era um alívio, porque era um peso, eu andava assim , cheia de pano. Aí vim pra cá, o doutor fez exame e disse que **era uma coisinha na mama**. Disse pra eu voltar e quando sarar eu vir. Aí sarou bem direitin. E no dia 16 de fevereiro ele me operou.

P- O que a senhora acha dessa doença?

C- Essa doença é meio complicada. Se for fazer arte aí ela volta, num pode pegar peso.

P- O que mais que não pode?

C- Não pode varrer uma casa, lavar prato, passar pano

P- O que é que pode?

C- O doutor disse que pode bater um vestido fininho, devagarzin, eu to lavando minhas roupas que são fina (Severina, 48 anos).

Um dos pontos que chama atenção no relato de Severina é a demora na busca de assistência médica. O tratamento inicial é feito com os conhecimentos da paciente sobre ervas e raízes, que ela denomina de “remédio dos mato”. Somente após a não efetividade desse tratamento, é que consegue auxílio médico, por interferência da filha. Durante todo esse período, a entrevistada continua a trabalhar na roça. Com o início do tratamento médico, em hospital, o uso de “remédio dos mato” é continuado e também se efetivam “rezas”, é a união de todas as possibilidades de tratamento que Dona Severina dispõe, da medicina popular à

alopática, unidas à fé. A colaboradora relata as limitações impostas pela doença e diz que sua possibilidade de retorno está ligada ao comportamento do doente.

Ao ser questionado sobre sua doença, Seu Chico descreve o acompanhamento da morte de seus pais e conclui que “*nossa matéria não vale nada*”. Somente após essa explicação, descreve seu processo de adoecimento e diagnóstico.

O trecho, “*o doutor disse que era 300 reais*”, reflete a impossibilidade de contar com o serviço público, sendo necessário recorrer ao sistema privado, ou à corrupção entre alguns profissionais de saúde que recebem “por fora”, para a realização de suas intervenções. O colaborador conta ainda sobre seu contato com a morte no hospital e expõe sua relação com a religiosidade, compreendendo os acontecimentos como destino.

No tempo de eu moço, meu pai adoeceu, eu tive com ele 6 meses tratando da próstata, foi muito sofrido, naquele tempo era muito atrasado, ele ficava chorando e eu saia chorando também. Depois minha mãe adoeceu de diabetes e eu fiquei cuidando dela, e devido a ela ficar só deitada criou uns furo no bumbum. Meu pai eu passei uns dois anos e com minha mãe uns 5 anos, fiquei acompanhando, ela doente, pelejando até que adoeceu que não teve mais jeito, **nossa matéria não vale nada**, ela tava toda boa, mas a diabete tomou de conta. **Eu acompanhei ela até o último suspiro**, ela morreu 12 horas da noite, ainda hoje eu sou traumatizado dos gemido dela. Aí depois eu vim trazendo minha vida e pelejando, até que eu apresentei de ficar vertendo muita água, aí fiquei controlando 3 anos, perguntei pro doutor porque ele não me operava, ele disse que eu já tinha mais de 60 anos. Eu disse: não doutor, me opere, eu ando de moto, eu dirijo carro, minha carteira ta vencida, mas ainda vo trocar. Eu fui pra roça, aí fiz uma carne de porco pro almoço, e quando voltei pra roça o bucho começou a endurecer aí eu mandei o menino de moto chamar o outro, fui pro hospital, aí tinha que fazer uma biopsi (eu falo meio errado, mas dou o rumo, pra quem é formado entender) **o doutor disse que era 300 reais**, aí eu com muita vontade de ficar bom, juntei a família e os filhos ajudaram. Família unida, nas hora temos que nos acompanhar. **Quando veio o resultado eu fiquei doido, até chorar eu chorei**. Fomos pra Fortaleza, fui num médico da minha cidade que eu já conhecia, ele disse que era cirurgião e não era pro meu caso, mas me mandou pro hospital, disse que não era pra eu me desesperar. Aí foram os médico me inspecionar disseram que não era pra desanimar, iam me operar e que não precisava nem fazer

radioterapia, e eu não sabia nem o que era radioterapia. Quando eu fiz o exame ele disse que eu ia ficar na fila de espera, voltei pra minha cidade e fiquei esperando, quando me chamaram, eu tenho pressão alta, e parece que com o aperreio da coisa a bicha subiu 20 por 19. Aí eles disseram que não iam me operar que eu podia morrer, que era pra eu voltar, procurar um cardiologista pra normalizar a pressão. Aí eu abri, cheguei lá fui num médico que é até da Teresina, passou remédio de 50 mg e baixou, depois passou de 100mg e ficou boa a pressão 12 por 8. Quando voltei pra cirurgia a enfermeira disse: “olha o véi é danado, ajeitou a pressão.” **Da operação não senti nada, resisti, naquela sala de recuperação os aparelho apitava, assisti a um véi morrer**, porque o coração dele não resistiu, foi antes deu fazer a minha cirurgia. Tavam baixando as cortinas, eu fiz de conta que não tava vendo, a pressão não subiu de jeito nenhum. **Eu tava na mão de Deus, tava seguindo meu destino. Quem tem fé em Deus não morre perdido** (Chico, 62 anos).

Após o diagnóstico, a etapa do tratamento emerge na fala dos entrevistados:

C- Faz 15 anos que eu me operei da próstata, aí senti os sintoma voltando agora, fiz os exames, aí o médico disse “procure um médico aí afora” aí vim pra Fortaleza e o médico disse que eu tava com câncro de próstata. Fiz um exame que entra dentro de um aparelho aí acusou mesmo, fiz 11 exames. Estamos atrás da nossa saúde, estamos recebendo bom apoio médico, da casa vida, tratamento muito carinhoso, as pessoas da casa vida são muito carinhosas geralmente, são tudo inelente, que dá vontade de pegar elas tudin, abraçar e beijar.

P- E como você se sente sendo tratado assim?

C- **Bem. O paciente chamam ele paciente, mas é impaciente cheio de dor, cheio de mal estar, cheio de tudo enquanto**, mas aí com o carinho Ave Maria (inaudível) eles dão comida, vestimenta, tem a psicóloga, aquela outra a Sárvia, muito dedicada, quando ela nota que a pessoa não tá bem vai logo conversar (Severino, 79 anos).

Seu Severino realça a importância da construção de uma boa relação entre pacientes e profissionais e expõe sua compreensão da palavra paciente, a partir de sua vivência na condição de um. Explica que a dor, o mal-estar e “*tudo enquanto*” o tornam não um paciente, mas um impaciente, porém, com a atenção e afeto dos profissionais, sente-se bem.

Os efeitos colaterais do tratamento são explicitados na fala de Benedita, quando se refere às conseqüências da quimioterapia:

C- Não caiu o cabelo porque é da branca. Mas já deu três vez que **meu sangue dá baixo**, aí eu não tomo, fiz agora o exame pra ver se eu tomo hoje a tarde. Tanto que eu não vou nem esperar o almoço, que já tomei bastante caldo, to com meu buchín cheio. **Pra não perder meu tempo, que eu quero tomar logo, se é pra meu bem eu quero é enfrentar.**

P- Quando a senhora toma, se sente como?

C- **Gastura, vontade de provocar, não quero comer, as vezes quero ir no banheiro**, aí eu tomo só água de coco e fico caminhando pra **não esmorecer** (Benedita, 50 anos).

Apesar das implicações decorrentes do tratamento, enfrenta o adoecimento e destaca a necessidade de não “*esmorecer*”.

Certos colaboradores demonstram alguma compreensão dos níveis de gravidade de cada neoplasia, e se consideram como pertencentes ao nível de menor gravidade.

O meu câncer, graças a Deus é do fácil, que eu falo pro meu médico que pode me falar tudo que meu coração é bom eu quero é saber. Aí ele disse que meu tratamento ta é bom, ta é ótimo. Minha filha de São Paulo me disse, no telefone, que não é pra eu escutar essas conversas, que **nesse hospital tem muita gente, muita gente que morre, e não pode escutar que arreia os nervos**. Mamãe nem ligue, nem se for vizinho de mamãe vc nem ligue (Benedita, 50 anos).

Enfatizamos que a filha de Benedita, de São Paulo, sugere à mãe para não entrar em contato com notícias sobre morte, pois poderiam deixá-la nervosa.

6.1.2.2. Câncer é...

Durante as entrevistas, emergiram algumas compreensões a respeito do câncer. A mais recorrente característica citada foi a da possibilidade do retorno da

patologia. Na descrição que Seu Severino faz da doença, ele realiza um jogo com a palavra canso/canço, entrelaçando seus significados de cansaço e de câncer (no seu linguajar). O paralelo estabelece a propriedade, em sua opinião, que tem o câncer de cansar o seu portador: *“ela vem matar o cara depois de uns anos”*, como explica Severino a seguir:

Eu acho assim, canço chamam uma doença que vai matando devagar, porque ela é cansativa, vai cansando o cara, vai cansando aí é o canço, vai matando no cansaço. Não chamo mais canço não, é cansaço. É que ela vem matar o cara depois de uns anos, mas ele não sabia que tava com ela, quando vai descobrir ela já vinha no cara há muitos anos (Severino, 79 anos).

Ele também enumera os diferentes tipos de câncer que podem acometer uma pessoa, e descreve dois: *“um que come as carne”* e *“um que quebra os ossos”*, ressaltando que o dele não é desse tipo. A perspectiva de recidiva, outra vez, surge no depoimento de uma paciente: *“Essa doença é meio complicada. Se for fazer arte aí ela volta, num pode pegar peso”* (Severina, 48 anos).

Apesar dos grandes avanços técnicos, que permitiram diagnósticos mais precoces e maiores chances de cura ou convivência com o câncer, seu diagnóstico ainda é vivenciado com ansiedade. Nos dois fragmentos adiante, os colaboradores falam de seus momentos de diagnóstico:

Senti assim um assombroso falei até baixo: Dr. é no útero. Aí disse que a doutora falou que o tratamento ia ser aqui que tinha as máquinas, tinha todo o preparo e lá não tinha (Benedita, 58 anos).

Eu tava com uma caneta na mão e caiu, aí ele disse pra eu fazer o tratamento e eu to fazendo, ele me disse que **quando o caroço ta só numa parte esse tratamento resolve, e o meu tá, se tiver espalhado aí não tem jeito** (Severino, 79 anos).

Tratado como tabu e estigmatizado, o câncer tem até a pronúncia do seu nome temida por Dona Benedita:

É uma doença perigosa, faz até mal até gente falar assim nessa sala fechada, faz minha filha. É uma doença perigosa tá num canto aí sai no outro, quando é novo acaba a reima, mas quando é velho, **acaba num canto e sai noutro. O doutor não diz** isso não, **mas a gente vê** nas pessoas. É só **Deus** mesmo, quando ele quer acaba com tudo, acaba **a raiz** mesmo (Benedita, 50 anos).

Na fala da paciente, percebo o câncer ligado a uma imagem agrária, de planta que se enraíza e pode brotar em outros lugares. Os novos conhecimentos adquiridos no processo de adoecimento são incorporados de forma a se encaixarem no saber já existente e familiar à agricultora do sertão. A idéia do retorno da doença, mais uma vez, perpassa as compreensões de câncer dos entrevistados, como se vê na fala de Dona Benedita: *“O doutor não diz isso não, mas a gente vê nas pessoas”*. Isso mostra que o não-dito é percebido empiricamente e em sua vivência. A visão de que o câncer tem difícil cura é atenuada pela acepção de que, para Deus, nada é impossível. O estigma surge, novamente, no trecho seguinte: *“Naquele tempo não existia a conversa de câncer, era mais encoberto a doença, ninguém falava”* (Conceição, 58 anos).

A transcrição que se segue descreve a convivência do paciente o câncer, remete a uma visão de doença crônica. O enfrentamento é uma medição de forças, tentada até certo ponto, quando o limite é reconhecido. O “soquinho”, dado por Severino na doença é, para ele, o tratamento, a forma como tem conseguido esquivar-se dela. A narração do embate, com a personificação da doença e da morte, utiliza recursos do imaginário sertanejo, e a valentia do paciente o salva, porém, ele assume que, se a doença tiver mais força, irá com ela.

Essa doença **eu to enfrentando ela, se eu tiver mais força ela vai embora, agora se ela tiver mais força que eu, aí...Aí eu vou mais ela, aí rumbora!** Mas de vez em quando eu dou um soquinho nela aqui e acolá, e ela vai passando. Eu já fui pro hospital aí ela chegou: venha cá, venha cá, fica aqui que tu é meu, aí eu labei, botei o pé, dei um chute, ela querendo me abraçar, aí ela falou: "*Diacho, esse homi é valente, eu vô cassá outro*" (Severino, 79 anos).

6.1.2.3. Concepções de adoecimento e tratamento

O processo do adoecer não é puramente fisiológico, sua percepção e expressão, pelos seres humanos, são moduladas por aspectos socioculturais, é da ordem do experiencial e não do universal. Assim, o câncer pode ser o mesmo, mas as pessoas com câncer não o são, tratando suas realidades de maneiras particulares.

Os tratamentos são construções humanas, e, como tais, sujeitas ao contexto e às possibilidades de cada grupo. O Brasil possui grande diversidade cultural, bem como, religiosa, logo produz alternativas variadas no campo da saúde. Por vezes, a mesma comunidade faz uso concomitante da tecnologia biomédica, da medicina popular e da fé, com rituais e orações.

A antropologia médica, segundo Helman (2006), estuda as diferentes maneiras como as pessoas explicam a etiologia de seus problemas de saúde, os tratamentos em que acreditam e a quem recorrem. Cada comunidade constrói seu universo de problemas de saúde, interpretando-os e desenvolvendo intervenções próprias para tratá-los (Uchoa e Vidal, 1994). Compreender essas questões ajuda o profissional de saúde a propor estratégias terapêuticas mais efetivas, que contemplem a diferença e não estabelecer uma disputa entre concepções de saúde e doença.

Nas falas dos entrevistados nesta pesquisa, um tema emergiu com frequência: a compreensão de que os aspectos emocionais e sociais podem gerar doenças. Como exemplo, elegi os trechos abaixo:

Acho que não era chegado o dia dela morrer. **Acho que ela morreu da preocupação que foi grande e ela tava dormindo**, quando foi se levantar aí deu uma doença na cabeça dela. Num é? Que ela tava boa (Conceição, 58 anos).

P- O sr. Acha que essa doença aparece como?

C- Taí que ninguém sabe né? Tem o **nervoso** né? **Preocupação** dá muito. Olhe, tinha um homem muito inteligente num cartório lá da cidade, era muito inteligente mesmo, ele via as coisas mais que os outros. Pois ele disse que um certo fazendeiro lá ia morrer de câncer em alguns anos e, pois num acertou mesmo! Foi assim: teve uma medição e tal e as terras dele iam diminuir muito, o homi do cartório sabia e disse que ele **ia levar essa preocupação pra dentro dele, levar essa tristeza, se impressionar noites e noites sem dormir e vai ter um câncer e morrer.**

P- O Sr. já teve uma tristeza assim?

C- Já, mas quando tenho uma tristeza eu rebolo os sentidos pra longe e deixo pra lá. **Dou um chute nos sentidos, mas machuca, pra mudar os sentido machuca nem que seja o dedinho.** Tem que ter insistência (Severino, 79 anos).

Os depoimentos escolhidos mostram uma visão do ser humano não restrita a sua esfera biológica. Para Duarte (1986), a percepção de corpo, saúde e doença dos pacientes das classes trabalhadoras, relaciona-se com a noção de pessoa que estes possuem, uma noção mais holista e integradora, inseridos em relações sociais indissociáveis de sua identidade. Em contraste, nas classes economicamente mais favorecidas das cidades, os valores individualistas é que influenciam na forma como o corpo, a saúde e a morte são vistos pela sociedade.

Os trechos transcritos a seguir ilustram algumas condições proibidas na concepção dos entrevistados. Acreditam que, executando essas ações, originariam adoecimentos e até mortes.

Aprendi a desviar de doença, umas diz 'eu fiz um problema que eu comi uma comida e fez mal...' aqui mesmo teve uma mulherzinha operada de mama, aí quando chegou em casa comeu capote, aí voltou pra cá com dor, o marido dela, expedito, disse '**maria tu vai morrer que tu comeu capote**' ela disse 'comi não', mas tinha comido que ela me disse, aí a dor aumentou e ela morreu. **Se ela não tivesse comido, talvez tinha durado mais** (Conceição, 58 anos).

Agora o outro, ele já tava se arrastando pelo chão. Eu tava gorda de outro, eu tive vontade de comer macaxeira, que você sabe né? Aí eu fui, eu mesma, meu marido trabalhando, eu não sabia o que era macaxeira. Aí **aquela macaxeira tinha o pauzinho encarnado**, tem da macaxeira que tem esse pauzinho encarnado e tem a que não tem. Aí arranquei um pedacinho dei a ele e comi outro. Era na hora que era pra limpar, banhar e **dizem lá que quando comem macaxeira, ninguém banha**, e eu não sabia o que era (Josefa, 59 anos).

Eu não fui pro enterro porque quando a gente ta fazendo esse tratamento não pode ir em cemitério, mas eu tive foi vontade de ir. **Diz que dá inflamação** (Josefa, 59 anos).

O ser humano busca formas de compreender os infortúnios, as explicações dadas pelos entrevistados para os adoecimentos dão um sentido à perda e uma sensação de maior segurança ao saber o que se pode ou não fazer para manter a saúde e prolongar a vida. Mesmo diante desses conhecimentos, os sertanejos, colaboradores nesta pesquisa, creditam a Deus a continuidade ou interrupção da saúde e da vida. Seu Chico, em sua fala abaixo, acredita que os médicos são responsáveis por uma parte do tratamento e a fé por outra parcela e valoriza o momento presente.

Hoje eu perguntei ao povo daqui: meu povo vocês já receberam seus presentes hoje? Aí perguntaram: presente de que, que não era nem aniversário. Aí eu disse que já tinha recebido o meu bem cedim, **Deus me deu mais um dia de vida**. Aí disseram 'é mesmo!' o povo é muito desligado da fé. **Os médicos fazem a parte dele, mas nós temos que fazer nossa parte da fé** (Chico, 62 anos).

Nos relatos seguintes, outra representação presente é a do adoecimento como “algo que come uma parte do corpo”. Essa percepção é bastante compreensível para as pessoas que estão próximas à realidade da agricultura, onde as pragas que infestam as lavouras acabam, literalmente, as comendo.

Morreu em cima da cama dele. Ficou bebendo aí eu fui na vizinha, quando cheguei ele já tava morto, ainda tava bem quentin, mas tava morto. Deu um nervoso, mas é assim, Deus quer né? Aí o doutor veio, examinou, disse 'esse já ta morto, a cachaça já **comeu tudo por dentro** (Severina, 48 anos).

Tem 14 vírus, tem uns pior, **tem um que come as carne**, tem um que quebra os ossos eu conheci um assim, tamanha dor que estalava e quebrava os osso, **eu já vi comer uma banda de rosto, aqui mesmo tem...** o meu não é desses , graças a Deus, não sinto dor de nada, só de velhice mesmo (Severino, 79 anos).

6.1.3. O mundo está em toda parte, o mundo está dentro da gente.

Tema emergente que situa o homem como mundano, recebendo influências de valores e práticas de outras culturas, que interagem com suas tradições, mas integrando esses novos dados à sua subjetividade de maneira a construir uma identidade cultural singular.

O título desse tema é uma referência ao pensamento de Guimarães Rosa (1986): “*O sertão está em toda parte; o sertão está dentro da gente*”. Essa postura é semelhante à perspectiva de “mundano” com a qual a fenomenologia de base

merleau-pontyana compreende o ser humano, não acreditando na possibilidade de vê-lo em isolado.

Durante toda essa dissertação, a necessidade de considerar o homem no processo de mutualidade com o mundo foi enfatizada não com um mundo global, mas com o mundo dele. Apesar de todo o processo de globalização contribuir para que as identidades culturais das comunidades minoritárias sucumbam aos valores de grupos concentradores de poder, o mundo que se quer global ainda consegue preservar diferenças. Pena que as diferenças e igualdades se manifestam em uma distribuição que prejudica os mais fracos. As pessoas, em diversas localidades, com a ajuda dos meios de comunicação de massa, são manipuladas a desejarem ser *iguais* a um modelo pré-determinado de felicidade e sucesso. Padrão esse que inclui usar a roupa *igual* à modelo, ter o cabelo *igual* ao da atriz, ter o peso *igual* à moça da capa da revista, comer comidas *iguais* às do comercial. Diante disso, porque não velar e enterrar seus mortos de maneira *igual* à dos filmes americanos? Todavia, a igualdade não vale para tudo, a igualdade trazida pela globalização não atinge os níveis de distribuição de renda, a escolaridade, o acesso à saúde ou a qualidade de vida. Esses parâmetros continuam demonstrando mundos diferentes, de forma que não poderá haver um homem globalizado. As pessoas recebem, sim, influência de valores e práticas de outras culturas, que interagem com suas tradições, mas suas subjetividades integrarão esses novos dados em seus mundos vividos, originando uma identidade cultural singular.

Alguns fragmentos de falas dos sertanejos, entrevistados nesta pesquisa, foram como janelas abertas para que eu pudesse conhecer a paisagem de seus mundos e compreender melhor os temas emergentes já apresentados aqui.

Trabalhava na fazenda, criava gado, criação, caprinos. Ora, tinha morador, **tinha semana que a gente matava dois bichão deste tamanho**. Mas teve seca em 60, 58. Em 58 eu retirei pro Piauí, num chuveu de jeito nenhum, levamos 470 gado pra lá, pra sobreviver. **A gente era prevenido**, eu guardava dez lata de feijão, mas tinha **muita gente que passava fome**, em 58 o **povo tava era todo morrendo**, aí o que salvou foi que chegaram 18 carretas da sudene, aí até papagaio se inscreveu. Mas antes disso tinha gente inchado de fome. Minha mãe e minha vó me falavam que em 14 **a fome era tão grande que até cobra comia, cortava só a cabeça, couro véi de gado, torravam ele e comiam**. E tinha **escravidão**, e ainda tem, eu acho isso ridículo, nós somos iguais. Cortavam eles, jogavam sal, como podiam fazer isso? Nós somos cristão! (Severino, 79 anos).

Nas palavras de Seu Severino, a realidade de alternância entre fartura e pobreza se apresenta na vida do sertanejo. A convivência com essas polaridades coloca essas pessoas em uma situação de transitoriedade, em que os sucessivos ciclos de ganhos e perdas impedem uma sensação de perenidade e segurança.

Severina, citada adiante, expõe as dificuldades com o uso abusivo de álcool pelo marido, com o trabalho e com a fome. No seu ofício de pescadora, era ajudada pelo seu filho mais velho de apenas cinco anos. Apesar dos obstáculos demonstra orgulho de, mesmo assim, ter conseguido criar e “encaminhar” bem os filhos. Sua aposentadoria e morte do marido contribuíram para a melhoria das condições da família.

Um dia **fomo pegar peixe, eu e um bichin mais velho que eu tinha, de cinco anos, nós pegava peixe** e o homi bebendo cachaça direto, a cachaça no pé do pote direto. Aí eu trazia a cachaça, trazia minha filha, você acredita? trazia as coisa pra fazer o caldo, vendia os peixe no mercado aí eu fazia as comprinha, no mercado, óleo, sabão, açúcar, aí **de madrugada saia com o menino de novo**, foi, assim criei tudo, criei eles tudo. Mas tinha dia, minha filha, **eu dormia sem comer**. Que o de comer era pouco aí eu dava a eles, passava de dia sem comer que eu dava a meus filho e agüentava. Muitas vezes, muitas vezes. **Passei muita necessidade, muita precisão. Muita fome, não tem como esquecer não** Aí foi melhorando, quando eu me aposentei. Eu tinha 37 anos quando ele morreu, aí fiquei recebendo o aposento. Eu morava numa casinha ruim, de taipa. (Severina, 48 anos).

Seu Chico também narra sua história em busca “do pão de cada dia”:

Eu sou aposentado como trabalhador rural tarefeiro. **É pouquin, mas com Deus é muito.** Moça, quando eu comecei minha vida, depois que saí do exército, eu servi no 4º batalhão de engenharia de construção, em Crateús, **eu tenho andado por aí atrás do pão de cada dia, atrás de viver.** Eu **tenho enfrentado tudo**, já tive em São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, trabalhava de marceneiro, pedreiro, assim que construíram a Brasília. Trabalhei na embaixada da Polônia lá a fonte luminada foi feita por mim, sentei aquelas pedra, deixei no ponto só de botar as lâmpada, **eu tenho uma vidona, graças a Deus.** Na São Paulo eu não agüentei o frio não, aí tive com a família uns três meses e fui pro Rio de Janeiro, pra Copacabana, não faltou serviço, porque eu fazia bem. Mas aí eu voltei por causa da família e minha terra natal. Onde enterra o umbigo tem que voltar, é um negócio. E eu tinha esposa, eu andava e ela ficava fazendo uns trabalhozim, todos os meses eu mandava dinheiro pra ela, tive 8 filhos, ainda estão todos vivo. Eu tenho até medo deles se desastrar que tem uns que bebe e anda de moto, e tenho **seis netos encostado em mim.** (Chico, 62 anos).

Severina se tranqüiliza por continuar participando do “projeto”, um plano de assistência funerária, só assim poderá ter seu velório e enterro como deseja:

C- Tem a amor eterno e outra lá, o homi que tava comigo fazia, aí eu não to mais com ele né, aí minha filha fez e eu entrei. São 10 pessoas, seis filho e botei nora, neto, pra completar os dez.

P- Se a senhora não participasse desse “projeto”?

C- Sim, pois eu pensei isso, eu não tenho minha filha, como vou fazer? Aí minha filha falou, eu faço o projeto da mamãe. Todo mundo ta fazendo lá. Todo mundo (Severina, 48 anos).

A enchente que alagou sua casa não afeta mais Benedita com muita intensidade, ela já se habituou a não construir uma relação de muito apego com seus bens materiais:

Lá em ICO teve uma enchente, e não me disseram que alagou minha casa, mas eu soube. Aí molhou uns móveis, mas minha filha enxugou e lavou os tapetes que tavam cheio de lama, e você sabe que hoje os

móveis você pensa que é madeira , mas dentro é só um pó, aí quando molha... O meu guarda roupa não molhou porque eu tinha dado pra minha filha, aí minhas roupas ficam assim numa mala mesmo. Eu não ligo pra essas coisa não, eu gosto da minha casa arrumada, mas se eu não me cuidar... aí eu tinha que ter um dinheirinho pra vir pra cá, bater uma chapa e tal (Benedita, 50 anos).

Os temas morte, sertão e câncer que, no primeiro momento desta pesquisa, haviam sido divididos em áreas distintas e merecedoras de capítulos próprios, existem, aqui, na etapa dos resultados, em unidade. A vivência dos colaboradores, compartilhada comigo durante a pesquisa, não permitiu categorizações estanques, pois a experiência do adoecer se misturou com o *ser* sertanejo e formou uma particular relação com a morte, desvelada em cada aproximação, conversa, entrevista ou visita.

Somente o contato com as pessoas me possibilitou compreender melhor seu mundo. Percebi que os estudos teóricos realizados até a minha ida ao campo me forneceram instrumentos importantes para essa compreensão, porém, eram inúteis sem a escuta desse outro que eu me propus a entender: o sertanejo com câncer. Reconheci a necessidade de o profissional de saúde conhecer o contexto sociocultural dos seus pacientes; e, no campo, tentei transformar meu saber a partir da interação com o saber do outro.

6.2. A experiência no campo

Após a qualificação do projeto de pesquisa e sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital do Câncer do Ceará, a pesquisa de campo teve

início de fato. Foi dividida em dois momentos: no primeiro realizei as entrevistas fenomenológicas e a observação participante na casa de apoio do Hospital do Câncer do Ceará; no segundo prossegui a observação participante durante as visitas às cidades do sertão nordestino. A imersão no campo aconteceu nos meses de março, abril e maio de 2009, e, como previra, na metodologia deste trabalho, a voz do outro, a participação dos colaboradores foi central no alcance dos objetivos desta pesquisa. Como compreender a morte para o sertanejo em tratamento oncológico senão por sua própria expressão?

Todo o referencial bibliográfico usado nesta dissertação colaborou no meu entendimento do fenômeno; as minhas reflexões e “conversas” entre os autores nortearam minhas buscas e clarearam meu campo de pesquisa. Porém, o contato com as pessoas das quais eu falava foi imprescindível tanto para confirmar alguns pontos já descritos nos capítulos desta dissertação, como para mostrar realidades novas de que não suspeitava, devido ao meu, inicial, confinamento no mundo teórico. Durante a observação participante, há contato direto do pesquisador com a realidade, onde são apreendidas situações culturais que não se obteria apenas por meio de entrevistas, propiciando entender a relação entre o que é expresso e seus significados (Fraser, 2004).

A oportunidade de me relacionar com essas pessoas e conhecer suas experiências ampliou meu horizonte de compreensão da morte para o Severino com câncer, mas, também, trouxe questionamentos, hesitações e necessidades novas. A realidade não cabia no arcabouço que eu havia construído, ela transbordava, acrescentando novas discussões e temas emergentes que enriqueceram tanto pesquisa quanto a mim.

6.2.1. O vivido da pesquisadora na casa de apoio do hospital

Foram realizadas dezesseis visitas ao campo. Nestes momentos fiz as entrevistas fenomenológicas (já discutidas), mas, também, observei as atividades do local, bem como mantive conversas informais com os funcionários e pacientes, acompanhando estes em suas sessões de radioterapia no hospital. O conteúdo dessas observações e interações eram registrados no diário de campo e originaram vinhetas, aqui analisadas. Muitos conteúdos das observações se relacionam com temas já emergentes na análise fenomenológica das entrevistas e serão aqui retomados em sua discussão, com a ajuda de novos elementos do campo.

Minha chegada à instituição havia sido legitimada formalmente pelo encaminhamento do Comitê de Ética em Pesquisa do próprio hospital. Esse fato facilitou minha inserção, pois obtive boa receptividade por parte da coordenação e demais funcionários. A psicóloga da instituição me disponibilizou o consultório para a realização das entrevistas fenomenológicas e me apresentou aos funcionários, mostrando-me toda a estrutura física do local.

A casa de apoio do Instituto do Câncer do Ceará, denomina-se “Casa Vida”, e fica localizada próxima ao hospital, onde os pacientes fazem seu tratamento, e mantém com ele estreita relação. Foi criada pela Rede Feminina de Combate ao Câncer do Ceará com o objetivo de abrigar e amparar pacientes carentes oriundos do interior do Estado, com capacidade para oitenta pessoas.



Figura 17 - Entrada da Casa Vida.

Os primeiros dias de visita foram de exploração do ambiente e adaptação das pessoas à minha presença. Optei, neste momento, por não realizar entrevistas fenomenológicas, priorizando a observação e interações iniciais. Para minha surpresa, logo nas primeiras interações da observação participante, o tema da pesquisa já pôde ser apresentado e alguns pacientes já se disponibilizam em colaborar.

Encontro com a psicóloga Sárvia na Casa Vida. É um dia de muito movimento, parece que estava faltando algum funcionário e a coordenadora estava participando de uma atividade fora da casa. Fico aguardando para falar com ela na antessala da recepção (Figura 18). É uma espécie de terraço onde os pacientes ficam sentados olhando a rua e vendo quem chega e quem sai. Começo a interagir com eles. Sem me apresentar, pergunto de onde eles são e como estão. Falam que ali é como uma casa de mãe, que é muito bom, mas que estão com vontade de ir embora. Um paciente fala do tratamento, uma expressão sua me chama a atenção, ele diz: *“desde que cheguei nos pé dos médico, tenho tido melhora.”* A posição em que se coloca em relação ao médico é de subserviência. E continua: *“Se eu pudesse*

matar a morte, matava, mas como não dá né...” Nesse momento, apresento-me e falo da pesquisa. Pergunto se algum deles teria interesse em participar, concedendo uma entrevista, e todos mostram disponibilidade. Marcamos uma entrevista para a visita seguinte. Após essa interação inicial, a psicóloga me mostra toda a casa, que é composta pela recepção (onde estávamos), sala de coordenação, refeitório (Figura 19), cozinha, duas enfermarias (Figura 22), uma área aberta com mesas, sofás e televisão (Figura 20), consultório, banheiros masculinos e femininos e lavanderia (Figura 21). Os pacientes e acompanhantes ficam instalados em camas ou redes, dependendo da disponibilidade ou preferência. (Trecho de vinheta 13/03/2009).



Figura 18 - Antessala da recepção.



Figura 19 - Refeitório.



Figura 20 - Área de convivência.



Figura 21- Lavanderia.



Figura 22 - Enfermaria térrea.

Quando conheci o espaço denominado enfermaria, a presença de redes me deu uma impressão de superlotação e má-acomodação. Essa imagem foi desfeita ao perceber que somente quando as redes já estavam todas em uso é que os pacientes se acomodavam em camas, pois muitos julgavam estas desconfortáveis e preferiam dormir na rede, porque já estavam habituados. A vinheta seguinte mostra essa questão:

Converso com alguns pacientes na entrada da casa, e um deles comenta que **se fosse deputado faria um projeto para que as pessoas, quando chegassem ao hospital, poderiam escolher se queriam ficar na cama ou na rede, ele diz que não consegue dormir de cama e ainda bem que na casa vida tem rede** (Trecho de vinheta, 16/04/2009).

Os primeiros dias de visita ao campo foram importantes para esclarecer aos pacientes o meu papel na instituição.

Vários pacientes me procuram para tirar dúvidas sobre procedimentos burocráticos ou médicos, acho que é porque estou de bata. Explico quem eu sou e qual meu papel ali. Peço que os pacientes procurem a secretária da Casa Vida, para informações burocráticas, e o médico ou enfermeiro para informações médicas. Vou entrevistar uma paciente em sua rede (Vinheta, 18/03/2009).

Após a realização de entrevista fenomenológica com um colaborador, presencio um diálogo entre alguns pacientes já entrevistados. Minha presença e a temática da pesquisa eliciam discussões sobre a morte; eles falam abertamente sobre suas dúvidas e crenças.

Ao sair da sala encontro os três conversando, paro e fico no grupo. O último entrevistado me diz: *“estamos aqui falando sobre a morte, eu disse a eles que estávamos conversando, eu falando da minha vida e tal, da morte da minha mulher”*. Ele pergunta aos outros (o que me inclui) se ainda veria a mulher: *“se a gente vier em outro modelo, será se vamos nos reconhecer?”* Refere-se à reencarnação. O outro paciente responde que é um mistério, que ninguém ia saber antes da hora. A conversa continua, fala-se sobre julgamento, pena e perdão (Vinheta, 13/03/2009).

Nas próximas vinhetas citadas, um tema já discutido nas entrevistas fenomenológicas emerge novamente, com maior clareza, trata-se de uma discussão promovida na antropologia médica, em Kleinman (1980), e já apontada em capítulo anterior desta dissertação, sobre os termos *disease*, *illness* e *sickness*. A manifestação fisiológica da doença pode não coincidir com a percepção subjetiva que o indivíduo tem dela, e a expressão social, da mesma patologia pode, ainda, ser diversa das duas anteriores.

Seu Paulo diz que **sentia o caroço, mas como não doía não procurava médico, até que cresceu muito e foi o jeito**; diz que se sente destruído após o tratamento, mas **destruído só fisicamente, na cabeça é vitorioso** (Vinheta, 30/04/2009).

Sou chamada por um paciente, ele me fala sobre sua dificuldade em comer e relata todo o seu adoecimento e tratamento. **Fala que há muitos anos vem fazendo tratamento para câncer, mas só agora ficou doente, porque antes fazia tudo e agora está com dor e sem**

conseguir comer. Relata que é muito bem tratado nessa “**casa santa**”, que a **psicóloga é uma santa**, assim como os médicos, e que **todo mundo vive de “bucha cheio”**. Afirma que, às vezes, fica **revoltado com Deus**, porque ele sempre fez o bem, até salvou vidas, e está passando por isso. **Sua mulher o recrimina e diz que nunca ficou revoltada com Deus** (Vinheta 18/03/2009).

Quando o paciente relata que “*há muitos anos faz tratamento para câncer, mas só agora ficou doente*”, ficam claras as diferentes visões do processo de adoecimento. A realização de um tratamento antineoplásico pressupõe um diagnóstico de câncer, que, no paradigma dos profissionais de saúde, significa estar doente (*disease*). Porém, o paciente afirma só ter ficado doente agora, anos depois de já fazer o tratamento, pois só atualmente teve suas atividades prejudicadas e se percebeu com uma doença (*illness*). Essa diferença entre os momentos do “adoecimento biomédico” e o “sentir-se doente” pode ser entendida segundo a dimensão social da enfermidade para o paciente (*sickness*). A ideologia dominante, infiltrada em muitos indivíduos das classes trabalhadoras é que a doença só é vista como tal quando é capaz de prejudicar ou impedir a capacidade produtiva do indivíduo, de modo que sintomas ou diagnósticos sem essa característica não são elaborados como estar doente.

Outro ponto a ser analisado nesta vinheta é a “santificação” da casa de apoio e de seus profissionais, como a psicóloga e os médicos, o que mostra que o acesso à saúde não é visto como direito, mas como dádiva. Essa compreensão está ligada à forma como as camadas populares receberam assistência à saúde durante a história. No Brasil, por exemplo, a saúde como direito de todos e dever do Estado é nova até na legislação. Antes da implantação do Sistema Único de Saúde, os serviços médicos eram oferecidos apenas a uma parcela da população, os demais contavam com a assistência de instituições filantrópicas, em sua maioria religiosas, que prestavam esses serviços em caráter de caridade, as famosas Santas Casas de

Misericórdia. Hoje, mesmo possuindo a saúde como direito previsto na legislação, algumas pessoas ainda a veem como um favor a ser agradecido. Um exemplo dessa representação na cultura nordestina é o hábito de o paciente presentear os profissionais que o assistiram; não se trata de uma forma de “propina”, mas de retribuição. O agradecimento maior fica sempre no nível da fé e a revolta do paciente com Deus é recriminada por sua mulher.

A revolta com Deus, referida pelo paciente, deve-se a não compreensão do seu adoecimento diante do fato de sempre ter feito o bem. Implícito, em seu comentário, também está a concepção de adoecimento como punição, ele acha injusto ter adoecido se sempre agiu bem e, talvez achasse justo se tivesse agido mal. Frente à doença, as clássicas perguntas, “o que eu fiz de errado? Por que eu?”, também refletem esse conceito de saúde. Antes do advento do paradigma biomédico, acreditava-se que os adoecimentos se deviam a castigos divinos, pela prática de pecados, logo os tratamentos se baseavam em intervenções religiosas (Straub, 2002). O conceito de saúde de uma pessoa ou uma comunidade se relaciona com a forma como percebem e tratam um adoecimento.

Outro tema emergente, já encontrado nas entrevistas, que também surgiu nas observações foi a familiaridade com a morte, percebida nos trechos a seguir:

Entro e encontro um paciente que já havia entrevistado, sento ao seu lado e ele me apresenta a outros. Eles contam suas histórias, Severino fala que o paciente Paulo **é duro de morrer**, já foi todo talhado. Ele diz que também é duro, **a morte já veio pegar ele três vezes, mas ele “deu o cacete nela”** e ela foi embora dizendo “*vou pegar outro que esse é muito valente*”. Eles falam de uma paciente que morreu: **“teve uma que se acabou semana passada”** (Trecho de vinheta, 31/03/2009).

Seu Paulo **teve doze filhos homens, “se criaram” nove, os três primeiros morreram ainda criancinhas, pensou que não ia vingar nenhum, mas depois deu certo**. Os pacientes também relatam a

necessidade de fazer amizades dentro da casa de apoio, “aqui se a gente não fizer amizade não sobrevive, fica angustiado” (Trecho de vinheta, 30/04/2009).

Chega ao refeitório outra paciente (de 39 anos) e começamos a conversar sobre como ela descobriu seu câncer de útero. Ela fala do sangramento e internação. Eu pergunto o que ela sentiu, ela afirma: **“não senti nervoso não, porque se fosse minha hora eu ia, se não fosse eu ia lutar”**. Procuro pelo paciente com o qual havia marcado uma entrevista, mas ele havia ido para casa (Trecho de vinheta, 05/05/2009).

A paciente relata: **Tive dez filho, tem oito vivo**. Uma morreu pequenininha, acho que ela não foi de tempo, que diz que de oito meses não se cria, às vezes de sete se cria, mas de oito não. Ela era muito doentinha aí não pode se criar. A outra já tinha sete meses, era grande, gorda, eu tava com ela internada e deu um problema nas tripa e não teve capacidade dela se criar, muita diarreia. **O médico cuidou, cuidou e eu andava rezando pelas casa** (Trecho de vinheta, 19/05/2009).

No último fragmento de vinheta, reaparece a conjunção das intervenções de profissionais de saúde com as tentativas de cura pela fé e ação divina.

A “morte matada” emergiu em vários momentos das minhas visitas ao campo, como exemplo temos a seguinte vinheta:

Sou chamada por uma paciente que me fala de dificuldades com os efeitos colaterais da quimioterapia. Leva-me até sua filha e conversamos sobre o que elas sentem. A filha fala de sua mãe e da rede de apoio fornecida por sua família a ela, comenta que cada um faz uma coisa para ajudar e fala da morte de um **irmão assassinado** há cinco anos (Trecho de vinheta, 18/04/2009).

A seguir, transcrevi um trecho de outra vinheta, em que a paciente Severina fala que divide sua comida com os peixes de uma lagoa próxima ao hospital. Ela os alimenta, pois relata ter criado os filhos com a renda da pesca, e não gosta de vê-los com fome. Diante deste relato, é marcada a diferença em relação ao comportamento

de exploração e de competição incentivados pelos valores individualista e mercantilista de algumas sociedades atuais.

Converso com pacientes já conhecidas na mesa do refeitório. Severina fala que esses dias tem guardado pão para ir à lagoa próxima dar aos peixes, ela diz que eles estão morrendo de fome e ela tem pena. Recordamos que ela havia me relatado que foi da pesca que ela criou os filhos. Ela diz: “**pois é minha filha, alimento os peixes, porque vivi deles**”. Severina fala que no fim de semana ela e a acompanhante foram conhecer o mar, ela diz: “fiquei encantada, como Deus fez um negócio tão bonito daqueles?” (Trecho de vinheta, 05/05/2009).

Os valores individualistas, presentes na maioria das sociedades contemporâneas ocidentais, ainda não foram assimilados pelos sertanejos entrevistados. O processo de homogeneização cultural não abateu a ênfase do sertanejo nas relações sociais e na solidariedade. Valores estes que promovem uma rede de apoio mais forte, e ajudam as famílias em processo de luto. Sociedades que mantêm esses valores, e não adotam uma visão individualista lidam com a morte com maior aceitação, sem encará-la como uma derrota pessoal, mas como uma necessidade dentro de um quadro de referência maior do que o individual. Edgar Morin reflete sobre a relação morte-indivíduo-espécie e afirma que “*A morte é sempre derrota de um particular e vitória de um universal*”. É a partir de sucessivos fins e nascimentos que as espécies evoluem, se adaptam e sobrevivem nos seus ambientes, pois é somente com a morte individual que a vida geral pode continuar. Martins (2006) cita uma fala de João Ferreira que demonstra essa questão:

Nós nascer, viver e morrer é a melhor coisa que Deus deixou no mundo. É três dever sagrado, nascer, viver e morrer. Tem que ter o abatimento do povo, porque se fosse só crescendo e a vida diminuindo, aí não presta pra nós, sabe por que? Porque é gente demais. Não tem condições de viver

esse povão todo não, tem que haver a diminuição (p.88).

6.2.2. O vivido da pesquisadora nas cidades do sertão nordestino

Realizar observações participantes no local onde também fiz as entrevistas fenomenológicas foi muito relevante para essa pesquisa, pois tive acesso a informações que me proporcionaram reflexões pertinentes ao tema. Algumas necessidades, porém, não puderam ser contempladas apenas no campo de pesquisa do hospital e sua casa de apoio. Por isso, também fiz visitas a algumas cidades do sertão nordestino. Nessas viagens, pude conhecer melhor, e com menor mediação, a realidade a que me propus a estudar. Conversar com as pessoas, participar do seu cotidiano e observar suas relações facilitou minha compreensão do tema desta dissertação, trazendo novos elementos e reforçando outros.

Duas foram as cidades visitadas, Quixeramobim e Independência. Algumas questões já emergentes nas entrevistas fenomenológicas foram verificadas e outras surgiram. Usei, ainda, fotos e trechos de vinhetas, construídas a partir do diário de campo das viagens, para discutir esses aspectos.

A chegada às cidades sertanejas

Algumas metodologias de pesquisa entendem que um “pesquisador invisível” seria a melhor alternativa para a obtenção de dados mais puros de uma determinada sociedade. Já o trabalho com a metodologia fenomenológica mundana não concorda com o que Merleau-Ponty descreveu como pensamento de sobrevoo, concebe o homem, e, portanto, o pesquisador, como atolado congenitamente no mundo. Essas questões ficaram muito claras, pois quando cheguei nas cidades sertanejas, eu, de

modo indisfarçável, era a outra. Os olhares não aconteciam somente de mim para os moradores, mas, também, deles para mim. Logo vi que a neutralidade do cientista, mesmo que desejada, era impraticável, eu nunca seria como uma daquelas pessoas, mas sempre uma outra a observá-las.

Chego à cidade e vou em busca do endereço do colaborador. Passo pelo centro da cidade, comércios e bares; noto que as pessoas me olham, como que reconhecendo que não sou daqui. Pergunto pelo endereço de Seu Chico, é um local próximo e conhecido, assim como o paciente (Trecho de vinheta – Independência).

Minha chegada à cidade é atrasada pelas condições das estradas; o ônibus necessita fazer um desvio. Quando chego, as pessoas de um bar me dizem que o local onde quero ir é longe para ir a pé e tenho que pegar um “moto-táxi”, único meio de transporte disponível. Eu nunca havia andado de moto, não sei colocar o capacete, o motociclista ri de mim e me ajuda a sentar; a proximidade física forçada com um estranho me traz grande incômodo. Na volta, decidi ir a pé mesmo. Caminho pelas ruas, observando as pessoas, os comércios e o movimento de montagem de barracas na praça central em razão da aproximação dos festejos, estou com um bloco na mão e os comerciantes sentados nas calçadas comentam algo quando eu passo (Trecho de vinheta – Quixeramobim).

Explorando o campo

As Fotos adiante (Figuras 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29) foram escolhidas para compartilhar cenas e lugares das cidades visitadas, aproximando o leitor da realidade vivenciada por mim.



Figura 23 - Chegada em Independência-CE.



Figura 24 - Cadeia pública Independência-CE.



Figura 25 - Igreja na praça principal de Independência-CE.



Figura 26 - Barbeiro esperando clientes em Independência-CE.



Figura 27 - Monumento que indica o centro da região sertaneja do nordeste em Quixeramobim-CE.



Figura 28 - Igreja em Quixeramobim-CE.



Figura 29 - Igreja em Quixeramobim - CE.

Contatos com o tema morte

Durante minhas visitas às cidades de Quixeramobim-CE e Independência-CE, no sertão nordestino, vários momentos foram relevantes no meu entendimento sobre a compreensão de morte pelo sertanejo. Diálogos entre moradores, entrevistas informais, depoimentos e demais observações me aproximaram de suas concepções, sentimentos e rituais. Escolhi alguns trechos de vinhetas em que descrevo situações que contribuíram para essas reflexões.

Vamos à escola da cidade e conversamos com uma professora. O paciente diz que eu estou fazendo uma pesquisa, fala da importância da pesquisa para o “crescimento do mundo”. Ela diz que as pessoas nunca estão preparadas, mas que **a morte deve ser vista como uma passagem e os que ficam não devem ficar aqui se acabando, pois o que morreu apenas foi na frente para preparar os caminhos.** Então ela diz que *“as pessoas conseguem voltar à normalidade, ela diz que **Deus dá força** e em alguns dias as pessoas estão numa boa, fazendo suas coisas, voltam ao trabalho, mas tem umas que ficam se acabando, aí ficam com problema. **Não pode se fechar em si, tem que se relacionar com os outros.**”* (Trecho de vinheta – Independência-CE).

No depoimento da professora, existe referência à morte como passagem, e o morto é visto como possuidor de capacidade para ajudar os vivos. O processo de luto é realizado com a ajuda de Deus e dos relacionamentos com os outros. A atitude de “se fechar em si” não trará benefícios, segundo a entrevistada, mostrando a ênfase nos valores de solidariedade em detrimento dos valores individualistas. Ainda na sua opinião, as pessoas que não conseguem voltar às suas atividades ficam com “problemas”.

Durante uma visita à delegacia, conversávamos sobre o alto índice de assassinatos quando, no encontro entre o paciente e um conhecido, estes se cumprimentaram usando o morrer e o viver de forma jocosa:

Vamos à delegacia e falamos com as pessoas sobre a alta incidência de assassinatos. Seu Chico encontra uma pessoa conhecida e se cumprimentam assim: **“E o Sr. Ainda ta vivo? E ele responde: e tu já morreu?” e riem** (Trecho de vinheta – Independência-CE).

A violência continua sendo tema persistente. Durante visita feita a uma casa em Independência, ela é atribuída ao uso do álcool e de drogas na cidade. Por falarmos de mortes e do tema da pesquisa, Dona Maria chama o neto e o questiona sobre a morte dela. A mãe do garoto expõe sua opinião sobre a compreensão que a criança tem do tema.

Seguimos para a casa de sua filha e neto, conversamos sobre violência e alto índice de assassinatos. Ela atribui essa realidade ao consumo elevado de álcool e drogas na cidade. Chega o neto de dois anos e **D. Maria pergunta se ele vai chorar quando ela morrer**. A sua filha ri e diz “Mamãe, **esse menino não sabe nem o que é viver, vai saber o que é morrer?**” (Trecho de vinheta – Independência-CE).

Sou levada pelo paciente aos locais onde ele acredita serem importantes para a pesquisa do tema morte. Chegamos, então, ao cemitério. Na sua concepção, a forma como alguém trata um morto representa a maneira como ele trata os vivos, daí a importância de túmulos bem cuidados e decorados.

Continuamos nossa caminhada pela cidade e chegamos ao cemitério, vamos ao jazigo da família do paciente, ele comenta que **um túmulo mal cuidado é um desgosto grande e um bem cuidado e decorado é lindo e que a família que trata o morto mal, trata os vivos mal também** (Trecho de vinheta Independência-CE).



Figura 30 - Entrada do cemitério.

As fotos, a seguir, são exemplos apontados pelo paciente de “desgosto” ou “beleza”.



Figura 31 - “Túmulo mal cuidado: desgosto”.



Figura 32 - “Túmulo bem cuidado: lindo”.

As concepções descritas na vinheta anterior permitem compreender a morte numa perspectiva antropológica e entender que o sepultamento dos mortos não se relaciona, somente, com questões sanitárias. Segundo Rodrigues (2007): *“representa uma obrigação moral e a necessidade de exprimir algo. Os corpos eram e são enterrados porque se reconhece neles um valor simbólico.”* (p. 129). Na imagem anterior (Figura 32) há, além de fotos, símbolos religiosos e flores, um cartaz onde estão escritos recados, pedidos e agradecimentos aos mortos enterrados naquele jazigo, mostrando todo o valor simbólico do ritual de enterrar os mortos. DaMatta (1997) já afirmara que *“no Brasil a morte mata, mas os mortos não morrem”* (p.158). Isso é uma verdade percebida em algumas comunidades do sertão nordestino, que, ainda, não estão totalmente homogêneas pela cultura de negação da morte e conseqüente dificuldade de lidar com esta e seus mortos.

No mesmo cemitério visitado na cidade de Independência-CE, fotografo um túmulo que se diferencia dos demais pela grande quantidade de flores ali depositadas, garrafas com água e partes do corpo humano esculpidas em madeira. Questiono aos moradores que me acompanham qual o motivo de tal diferença. A

explicação é que ali estava enterrado o corpo de uma alma mais poderosa, capaz de atender aos pedidos dos que ficaram, por isso as pessoas faziam promessas e oferendas.



Figura 33 - Oferendas e pedidos à alma milagrosa.

Ao sairmos do cemitério, fui levada ao sindicato dos trabalhadores rurais, porém não encontrei nenhum trabalhador de fato. Conversei, então, com uma diretora que me disse que todos lá são trabalhadores rurais, mas compreendi que ela era, na verdade, proprietária de terras lavouradas por outros trabalhadores. A próxima vinheta esclarece o ponto de vista da diretora sobre o modo como os trabalhadores lidam com a morte.

Falo do tema de minha pesquisa e ela diz que foi bom eu ir lá, porque todos que morrem, eles sabem, já que os parentes vão resolver as questões da pensão no outro dia. Ela fala que perder alguém é muito triste, mas que **parece que o povo não sente nada, no outro dia já estão contando história, não tem sentimento, ela diz não**

entender como “eles” conseguem. Ela comenta que na mesma hora o homem bota outra mulher em casa, ou a mulher outro homem, acredita que isso ocorre por causa “desse negócio de aposento” que faz as pessoas não sentirem nada, já que a pessoa querida deles morre e eles ficam ganhando dinheiro. (Trecho de vinheta - Independência-CE)

A entrevistada expressa uma visão preconceituosa, mas corrente mesmo nas discussões acadêmicas, de que as pessoas mais pobres não sentem a dor pela morte de seus entes. Ela se coloca como diferente e julga a emoção dos outros sobre o seu ponto de vista, atribuindo a indiferença ao recebimento do dinheiro da pensão.

Novas formas de lidar com a morte, uma homogeneização cultural?

Durante a observação participante, realizada nas cidades de origem de dois colaboradores, percebi que, assim como nas entrevistas fenomenológicas, muitos costumes tradicionais ainda são mantidos, e a relação do sertanejo com a morte, em comparação às pessoas de grandes centros urbanos, é mais próxima e familiar. Porém, algumas mudanças já verificadas nas entrevistas fenomenológicas surgiram com maior intensidade durante as visitas às cidades. Atualmente, a globalização diminui o isolamento das mais remotas áreas povoadas. Esse processo traz a possibilidade de essas comunidades terem acesso a novas tecnologias em saúde, educação e política, mas traz também a massificação de valores e o risco de uma gradativa aculturação, perdendo suas tradições e costumes que as confere uma identidade cultural própria.

Construindo, por exemplo, um sertão dos vaqueiros que, agora, tangem a boiada não mais como um peão em seu cavalo, mas em sua motocicleta.



Figura 34 - Substituição dos animais por motos.

Esse movimento de intercâmbio entre as culturas é potencializado pelos meios de comunicação em massa, jornal, rádio, Internet e, principalmente, televisão, meio muito popularizado mesmo nas mais longínquas localidades do sertão. Faço esses esclarecimentos por entender, agora, que não se pode determinar genericamente como um povo inteiro concebe determinada situação, como a morte. Muitas nuances estão presentes e realizar generalizações amplas sobre os membros de um grupo pode ser demasiado arbitrário. Helman (2006) afirma que as diferenças entre os membros de um grupo podem ser tão significativas como as diferenças entre membros de grupos culturais diferentes. As culturas não são estáticas, elas se comunicam, se adaptam e mudam. Evitar a formação de estereótipos é preocupação desta pesquisa, o que não exclui a necessidade de observar e descrever as metamorfoses sofridas por uma determinada comunidade em relação a um tema e refletir sobre o que se situa como pano de fundo nessas mudanças.

A total massificação da cultura local nunca é completada, pois as práticas importadas se mesclam com os valores locais originando novas configurações. Costa (2004) acredita que *“A cultura local jamais será massificada porque ela recria*

significados para serem atribuídos a essas novidades, que podem ser bem diferentes daqueles dados pela cultura que “exportou” esses elementos.” (p.260).

Ao visitar as cidades, como pesquisadora, deparei-me com uma novidade para mim, o alastramento de uma rede de funerárias no sertão. Reflexo do movimento “*funeral homes*”, originado nos Estados Unidos, as empresas funerárias presentes nas cidades visitadas disseminam uma nova forma do sertanejo lidar com os rituais funerários. A morte ainda é vista como natural e inevitável, porém, seus rituais passam a ser, também, produtos, vendidos de forma padronizada, inspirado nos modelos de “lugares desenvolvidos” e com um ideal de modernidade.

Andando pelas ruas centrais, avisto duas funerárias. Vou a uma delas e converso com a atendente. A empresa está funcionando na cidade há 6 anos. Ela me explica os itens cobertos pelos planos como: **assepsia, kit (lanches), translado do corpo, flores, vestuário, urna, serviço de cartório, livro de presença, velas, assistente de velório, paramentos**. São quatro tipos de planos, variando a qualidade dos itens. Há serviços extras como **tanatopraxia, centro de velório e cerimonial**. Pergunto o que é tanatopraxia e ela explica que é um método de preparação de corpos, que antes chamavam de embalsamamento, mas eles não usam mais formol, não deixa a pele pálida, não deixa o corpo rígido, não extravasa líquidos, a pessoa “*pode passar até cinco dias em cima do chão*”. Tem uma pessoa em Crateús que vem quando precisa, ele fez **curso em São Paulo** (Trecho de vinheta – Independência-CE).

Chega a gerente e começo a interagir com ela também. Fala de suas perdas pessoais, de dois irmãos (um de tiro e outro queimado no corte de cana) e da mãe. Depois falou do processo de instalação da funerária na cidade, que no começo houve resistência. Ela fala que as pessoas diziam que **não iam comprar a morte**, mas ela explicava que era melhor para funerária que eles não morressem, que assim se ganhava mais (risos). Ela fala que os clientes são satisfeitos e que ela nunca recebeu uma reclamação. Relata que trabalham “**no estilo capital**”. Pergunto como é esse estilo ela explica que **na frente da loja não tem caixão, ficam guardados**. Eu peço e vamos ver os caixões. Pergunto se posso tirar fotos ela diz que a empresa não permite (Trecho de vinheta – Independência-CE).

Vou à segunda funerária (ao lado) e sou atendida pelo proprietário que fala que, antes das funerárias, as **urnas** eram feitas pelos marceneiros da cidade “**eram fraquinhas**”, segundo ele. E os que possuíam mais dinheiro compravam em Crateús. **Quando a empresa dele começou, relata que as pessoas viram como um impulso, um desenvolvimento para cidade.** O valor do plano mais simples é 5% do salário mínimo, para 10 pessoas. Fala que não tem muita inadimplência, seu problema é só com os políticos que atrapalham a negociação com a ação social da prefeitura, que compra urnas, dizem que vão resolver e não resolvem, aí passa o prazo e não tem mais como pagar, aí num dá mais pra pegar de volta né? (risos) (Trecho de vinheta – Independência-CE).

A morte como produto de consumo encerra novos desejos e necessidades antes desconhecidos pela comunidade. A lista oferecida pelas funerárias é extensa e seu nível varia conforme o preço do plano. Cuidados, antes realizados por familiares, são oferecidos como itens no “pacote”, são eles: “*assepsia, kit (lanches), translado do corpo, flores, vestuário, urna, serviço de cartório, livro de presença, velas, assistente de velório, paramentos*”. Já os serviços do tanatopraxista (profissional que faz uma versão moderna do embalsamamento, explicam os funcionários da funerária), do centro de velório e do cerimonial, são opcionais pagos.

A concepção, ainda comum às comunidades com o histórico de colonizadas, de que o bom é o que vem de fora fortalece o desejo de assemelhar-se a esse modelo, e a chegada de práticas e valores externos é vista como “impulso de desenvolvimento na cidade”, como mostra essa outra vinheta: “*relata que trabalham “no estilo capital”(...) na frente da loja não tem caixão, ficam guardados*”. O que era visto como natural e conhecido deve, então, ser escondido. O fato de a funerária pertencer a uma grande rede, com franqueadores, no melhor estilo americano, demonstra a chegada de costumes estranhos a essa comunidade, mas que, de algum modo e por alguma razão, se espalharam rapidamente, mesclando-se aos costumes locais. As vinhetas adiante ilustram esse movimento.

Vejo duas funerárias na praça, ao entrar em uma, percebo que é muito parecida com uma das que eu visitei em Independência. Descubro que é uma filial de uma empresa que possui até franquias. Há toda uma padronização, do atendimento à logomarca, a farda dos funcionários inclui *tailleur* para as mulheres e camisa manga comprida e gravata para os homens (Trecho de vinheta – Quixeramobim).



Figura 35 - Funerária em Quixeramobim-CE.

O plano cobre, no **pós vida (nóto a omissão do termo morte)**, a urna funerária (eu havia falado caixão, mas ela me diz que eles não usam mais esse nome), o tratamento do corpo, transporte, ornamentação, tanatopraxia e assistência no velório. A recepcionista diz que já foi assistente de velório, elas medem a pressão, dão apoio e ajudam em serviços burocráticos, como certidões de óbito. Relata que uma associada perdeu o marido e um irmão em pouco tempo e falou: *“já pensou se eu não pagasse o plano? Tenho mal o da comida”*. O valor do serviço para não associados é de 1.160,00 o mais simples. Uma pessoa sentada na recepção comenta que era mesmo, a senhora tinha razão, **se não pagasse o plano ia enterrar de rede**, como ainda fazem na região dela. Também se refere ao **“caixão das almas”** um caixão que fica na igreja e é emprestado para realizar o velório e o transporte do corpo para o enterro, depois é devolvido (Vinheta, Quixeramobim-CE).

Os hábitos como enterro na rede ou o uso do caixão “emprestado” são vistos como últimos recursos. Para se realizar o enterro, como o demandado pelas novas

“regras” sociais, a família tem que se planejar financeiramente, mantendo a morte como perspectiva possível a cada momento.

Questiono com a funcionária como é, para ela, trabalhar cotidianamente com a morte:

Ela diz que sempre lidou com a morte e que a acha natural. Sua avó sempre a explicava sobre a morte e a levava aos enterros, por isso não tem medo. Diz que hoje é recepcionista, mas já foi assistente de velório e preparadora de corpo. Prefere preparar corpos, pois é triste ver uma mãe chorando no caixão de um filho e não poder se emocionar, **tem que ser forte.** Ela diz que o único problema da preparação de corpo é ‘evacuar’ o quarto onde estava o morto para fazer a higiene e vestir, **pois sempre ficam muitas pessoas e curiosos querendo ver o falecido,** aí diz que agia com educação e pedia para que todos saíssem (Trecho de vinheta – Quixeramobim-CE).

Pergunto sobre as vendas, ela relata que **no começo houve resistência, mas hoje é bem aceito,** que eles sabem que é uma necessidade de nossas vidas, **“é a realidade dos fatos”** (Trecho de vinheta, Independência-CE).

Relendo essas últimas vinhetas, percebo um paradoxo nesta situação. A implantação e a rápida disseminação das funerárias, “estilo capital”, promovem o aumento dos mecanismos de negação da morte, pois ocultam caixões, substituem termos relacionados à morte, tornam os corpos mais bonitos e duráveis e ocupam funções antes exercidas pelos familiares e rede de apoio; porém, os serviços não são contratados nos momentos de necessidade, ou seja, na ocasião da morte, eles são **planejados**, com o pagamento de mensalidades, uma espécie de “seguro funeral”. É no aspecto do planejamento que reside a aparente ambivalência. Nomeio a ambivalência de “aparente”, porque, à primeira vista, pareceu-me tratar-se de um intenso processo de aculturação, em que todos os valores haviam se perdido junto com os ritos funerários tradicionais; no entanto, as influências externas haviam sido absorvidas de forma resignificada pelas comunidades sertanejas.

A realidade surgiu, inicialmente, para mim, representando afastamento da idéia da morte como familiar e aceita pelo sertanejo, idéia essa que eu havia descrito durante toda essa dissertação como característica da morte para os colaboradores; contudo, o fato desses novos serviços serem contratados de forma planejada modificou minha leitura dos fatos.

Uma sociedade que se deseja imortal, que nega a morte, a oculta e a institucionaliza, planejaria e pagaria seu velório e enterro e o de seus familiares? Escolheria o tipo de caixão (que seja urna), o tratamento a ser dado ao corpo, o local do velório e as comidas a serem servidas? Definitivamente, creio que não. O que pareceu-me um devastador processo de homogeneização cultural não havia conseguido modificar o cerne de toda a questão da morte para o sertanejo, que é a sua visão da vida. Seguiremos com os conteúdos da seguinte vinheta. Segundo Costa (2004), as culturas entram em contato com novos elementos, mas não os copiam simplesmente, os reinterpretem e lhe atribuem seus próprios significados, que podem divergir do sentido dado inicialmente.

O Coordenador informa que na cidade há 1.500 planos, como cada um tem 10 pessoas, há o total de **15.000** pessoas com a cobertura do plano em **Quixeramobim**. Em **Juazeiro-CE** são 15.000 planos feitos, correspondendo a **150.000** pessoas. Ele fala do crescimento da empresa, desde a origem humilde do proprietário, que, após ficar desempregado, comprou algumas urnas e um carro e iniciou seu trabalho. Depois **ganhou 'status', abrindo a Funerária do Raimundinho**, que era reconhecida pelo carinho com que ele tratava as pessoas. Hoje possui **mais de 90 unidades** da empresa nos Estados do **Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Paraíba**. O objetivo é abrir mais duas por ano e ele diz que tem cidade que "clama por nós", e a instalação da funerária seria um sinal de melhoria e desenvolvimento da cidade. Ele afirma que a meta é que 60% da população das cidades seja associada, os outros 40% seriam divididos em 20% de pessoas ricas que não fazem o plano, pois pagam à vista quando precisam e 20% de pessoas muito pobres que não tem condição de pagar o referente a 26,90 reais da mensalidade do plano (Trecho de vinheta – Quixeramobim-CE).

O depoimento do coordenador da empresa funerária descreve o rápido crescimento da rede, que começou humildemente e hoje possui mais de noventa filiais em vários Estados do Nordeste. O número de pessoas com cobertura do plano funerário na cidade de Juazeiro-CE impressiona: 150.000, dentre uma população estimada pelo IBGE (2008a) em 242.139 pessoas. Dados próximos à ambição de expansão da empresa, que pretende atingir 60% da população dos municípios, excetuando-se, apenas, os 20% mais pobres, que não podem arcar com a mensalidade de 26,90 reais e os 20% mais ricos que pagam os serviços “à vista” quando da ocorrência da morte. Imagino então que, se fosse possível a todas as famílias pagar o plano, somente os 20% mais ricos não iriam aderir. Por quê? Por que os sertanejos pobres conseguem planejar seu velório e sepultamento e os ricos não? A essa pergunta, tenho procurado responder, e espero estar conseguindo, ainda que em parte, durante todo esse trabalho.

Com a ajuda do referencial bibliográfico, e, principalmente, com a cooperação dos sertanejos, venho compreendendo que a morte está no horizonte de possibilidades dessas pessoas, de forma escancarada e consciente, mesmo não desejada, e não é velada ou vergonhosa. A morte, nessa realidade, não é um fracasso, não é imprevisível, mas parte da história de cada um.

Nos funerais contratados, as questões religiosas continuam sendo importantes, mesmo que de forma modificada:

A questão religiosa também é considerada. Eles têm cds com os hinos de cada religião, e o material do velório é diferenciado. Refere que os evangélicos têm o velório mais tranquilo, pois são mais preparados para a morte, têm o ‘conforto da salvação’. A assistente de velório relata que **um velório em as pessoas não tem religião vira uma bagunça** (Trecho de vinheta – Quixeramobim-CE).

Participar do momento da chegada e preparação de um corpo, colocou-me, novamente, diante da ambivalência da situação [vide próxima vinheta]. Do mesmo modo que os procedimentos de tanatopraxia pareciam escamotear a morte, e que a preparação do corpo era feita de forma mecânica e asséptica, “esse é o *nosso padrão*”, disse o coordenador, o irmão do morto observava tudo, relatando-me as circunstâncias da morte, assassinato, e informando a seus pais, pelo celular, que já estavam quase acabando. Presenciei uma mistura de costumes, do tecnicismo à aceitação.

Conheço a sala da tanatopraxia. O procedimento retira o sangue do corpo e injeta uma substância desinfetante, “como uma hemodiálise”, explica o coordenador. Assim, o corpo pode durar mais e ficar com melhor aparência. Neste momento, chega um corpo para a preparação, os funcionários, com máscaras, colocam flores no caixão e os demais acessórios. O coordenador me mostra e diz: “esse é o *nosso padrão*”. O familiar, irmão, chega e fica observando, foi um assassinato. Ele recebe uma ligação e fala com seus pais, explicando que os procedimentos estão acabando e que já ele volta para Quixadá (cidade próxima onde mora a família). O funcionário continua me dando as explicações técnicas na frente do familiar. Tento me aproximar dele e perguntar como está se sentido, o coordenador logo fala a ele que eu não sou da empresa. O motorista afirma que é **o quarto assassinato que eles atendem esse mês da cidade de Quixadá**. O carro parte levando o corpo e o familiar. (Vinheta - Quixeramobim-CE)

O investimento da empresa na construção de um espaço próprio para o velório ainda está sendo estudado, pois o costume tradicional de velar na sala da casa do morto ainda persiste. A funerária adapta seu “cerimonial” às práticas locais.

O funcionário me mostra o terreno onde será feito o centro de velório, mas diz que muitas pessoas ainda preferem velar em casa, pela tradição. Quando o corpo vai para o enterro, eles recolhem tudo rápido, para que, quando a família volte, já não haja resquícios do velório. (Trecho de vinheta - Quixeramobim-CE)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

E o fim de nossa viagem será chegar ao lugar de onde partimos. E conhecê-lo então pela primeira vez. (T.S. Eliot)

Essa pesquisa foi realizada como quem faz uma viagem. Assim como Eliot, citado acima, estou de volta ao meu ponto inicial. Escrever as considerações finais de um trabalho de pesquisa é sempre voltar, ou “*chegar ao lugar de onde partimos*”, entretanto, não chego como parti. Posso olhar para o início da minha jornada de pesquisa / viagem e perceber os erros e os acertos do meu planejamento de rotas, a adequação da bagagem escolhida e as escolhas feitas. Um viajante retorna para casa modificado e pode modificar outros ao ver sua própria morada com diferentes olhos. O viajar e o pesquisar são muito semelhantes nestes aspectos. Uma passagem de Amyr Klink (2000), em seu livro “Mar Aberto”, que relata a importância do viajar, e pode, também, ilustrar o pesquisar:

Um homem precisa viajar. Por sua conta, não por meio de histórias, imagens, livros ou TV. Precisa viajar por si, com seus olhos e pés, para *entender o que é seu*. (...) Conhecer o frio para desfrutar do calor. E o oposto. Sentir a distância e o desabrigo para estar bem sob o próprio teto. Um homem precisa viajar para lugares que não conhece para *quebrar essa arrogância que nos faz ver o mundo como o imaginamos*, e não simplesmente como é ou pode ser. Que nos faz *professores e doutores do que não vimos, quando deveríamos ser alunos, e simplesmente ir ver*.

Não podemos acreditar em estereótipos apriorísticos, assim como os folhetos das agências de turismo nem sempre refletem a realidade como ela é. A viagem do pesquisador busca encontrar o desconhecido, o novo, ou a ele próprio, que sempre

está presente no olhar com que percebe o diferente, ou o igual. Em minha viagem, nesta pesquisa, tentei espiar através de janelas e portas do caminho por onde andei, para ver o mundo da perspectiva que a paisagem de cada uma delas me possibilitava. Todavia, por mais que a vista fosse a mesma os olhos eram outros, e geravam um novo olhar, afinal, há tantas formas de ver o mundo como há diferentes pessoas nele.

Essa pesquisa teve como objetivo compreender os sentidos atribuídos à morte pelo sertanejo em tratamento oncológico. Seu local de partida foi a pergunta: quais os sentidos atribuídos à morte pelo sertanejo nordestino em tratamento oncológico? A bagagem levada para essa viagem foi se organizando em três capítulos, cada um referente a um dos objetivos específicos da pesquisa.

O capítulo dois, “A morte: aspectos históricos e psicológicos”, corresponde à parte da bagagem requisitada pelo objetivo específico: “*estudar a morte em suas facetas históricas e psicológicas*”. O terceiro capítulo, “A morte e a vida Severina”, atendeu às necessidades do objetivo específico, “conhecer a realidade histórico-cultural do homem do sertão nordestino em seus aspectos ligados à perda”. O capítulo seguinte, “A morte e o Severino com câncer”, foi imprescindível para: “*compreender a pessoa com câncer em sociedade, considerando as contribuições da antropologia médica na construção de uma psico-oncologia mundana*”.

O último objetivo específico propunha “*tecer imbricações entre as realidades, morte, sertão e câncer, considerando a mútua constituição da experiência vivida do sertanejo com câncer diante da morte*”. Esse objetivo não foi contemplado logo na bagagem. Uma mala se faz com objetos que possam ser úteis à viagem, assim como um referencial teórico a uma pesquisa, contudo, “*as imbricações entre as realidades*” solicitadas no objetivo não podiam estar na mala, mas, somente, na

própria viagem. O capítulo que tenta, então, corresponder a esse objetivo é aquele onde acontecem as discussões das entrevistas e da observação participante, e que teve a seguinte denominação: “A morte para o Severino com câncer”. Para chegar até esse capítulo, até a essa parte da viagem, usei os caminhos planejados, a abordagem qualitativa e o método fenomenológico mundano. Entrevistei colaboradores na casa de apoio, do hospital onde realizavam seu tratamento, e fiz observações participantes em suas cidades de origem. Sempre atenta aos questionamentos: quem era esse Severino? Que sentidos ele atribuía à morte quando acometido de um câncer?

Com a ajuda do material contido em minha bagagem e da colaboração dos pacientes sertanejos, fui alinhavando os eixos: morte, sertão e câncer.

Emergiram das entrevistas temas centrais e seus subtemas, foram eles:

- **Morte Severina**
 - A morte é...
 - A morte como conhecida;
 - Formas de enfrentamento;
 - Rituais funerários;
 - A morte matada.
- **Quando eu caí doente**
 - Vivência do adoecimento;
 - Câncer é...
 - Concepções de adoecimento e tratamento.
- **O mundo está em toda parte, o mundo está dentro da gente.**

O tema “Morte Severina” contém compreensões da finitude e expressão de vivências com perdas de familiares e amigos. A morte é vista sem negação, como um dever, doloroso, mas inevitável e esperado. A inevitabilidade da dor é reconhecida, porém, a reabilitação é necessária. A compreensão de adoecimento e morte é bastante abrangente, holística, envolvendo aspectos psicossociais. O caráter universal do morrer é confirmado por meio das sucessivas vivências de perda, que fornecem conhecimento empírico suficiente para reconhecer sua aproximação.

Ainda nesse tema, os relatos mostram que o nível de sofrimento varia conforme a forma da morte (matada ou morrida), mas também do vínculo que se construiu com o outro. Mortes de filhos ainda muito pequenos e casos de natimortos chegam a serem omitidos nos relatos de perda dos entrevistados. O investimento emocional se intensifica quando a criança cresce mais e a iminência da perda é atenuada, ou no dizer popular, quando a criança “vinga”. A presença no momento da morte de algum familiar é considerada importante, como uma dádiva e prova de dedicação ao outro, e é citada como reconfortante no período do luto. A morte também é compreendida como destino pré-determinado por Deus, o que contribui para seu enfrentamento com resignação, em respeito ao divino, e dá um sentido à perda, facilitando o processo de luto. Já as mortes violentas seriam uma alteração dos planos de Deus. A fé é, portanto, uma das formas de enfrentamento mais utilizadas. O medo da morte é pouco referido, frente à consciência de sua inevitabilidade; a preocupação se dirige aos familiares que ficam. É comum a personificação da morte como algo, ou alguém que vem buscá-lo. Nos rituais funerários tradicionais, o termo “sentinela” designa todo o período compreendido desde a iminência da morte até o enterro. Ocasão em que há músicas (orações),

comidas e bebidas, a comunidade é solidária, auxiliando a família enlutada. A morte em casa é preferida pela possibilidade de dar conselhos e “recomendar” os filhos. Foram evidenciadas modificações nesses rituais tradicionais e a morte tem sido transmutada à condição de produto. Redes de funerárias se espalham pelo sertão, somando grande número de associados em seus planos funerários “ao estilo capital”. Contudo, ao mesmo tempo que a cultura local é encharcada por referenciais importados, ela também reage, incorporando essas novas práticas ao seu modo, resignificando-as.

Outro tema emergente foi intitulado, “Quando eu caí doente”, e faz uma referência à doença enquanto *Illness*, ou seja experiência do adoecimento como vivida pelo sertanejo quando este se reconhece sem saúde. Os depoimentos dos colaboradores trazem referências a diagnósticos pouco claros, e a doença, muitas vezes, não é nomeada, aumentando a ansiedade e o estigma. As dificuldades de acesso à saúde promovem diagnósticos tardios e conseqüentes repercussões no desenvolvimento da doença. O câncer é ainda uma patologia envolta em mitos e tabus; os profissionais de saúde usam eufemismos para anunciá-lo. Os colaboradores relatam fazer uso da medicina alopática, mas também recorrem a conhecimentos populares e orações. A perspectiva de retorno da doença é freqüentemente levantada. As concepções sobre o processo de adoecimento, suas causas e tratamento são moduladas por aspectos socioculturais. Durante as entrevistas, a compreensão de que os aspectos emocionais e sociais podem gerar doenças foi recorrente, e demonstra uma visão mais holística do ser humano, baseada não só no individualismo, mas também em suas relações sociais. Os processos de adoecimento e morte foram explicados tanto pela vontade de Deus como por crenças em proibições de certos alimentos ou comportamentos. Desse

modo, o ser humano busca formas de compreender os infortúnios, e essas explicações dão um sentido à perda e uma sensação de maior segurança.

O nome dado ao terceiro tema emergente é “O mundo está em toda parte, o mundo está dentro da gente”, e parafraseia Guimarães Rosa, representando a situação do ser humano como constituído em mutualidade com seu mundo, recebendo influências de outras culturas, de modo a integrar novos elementos na construção de uma realidade cultural própria. A realidade de alternância entre fartura e pobreza se apresenta na vida do sertanejo, e a convivência com essas polaridades coloca essas pessoas em uma situação de transitoriedade, em que os sucessivos ciclos de ganhos e perdas impedem uma sensação de perenidade e segurança.

Esta pesquisa tentou compreender como o sertanejo com câncer vivencia a finitude, a temporalidade e a mortalidade. Se, assim como na pintura de Cézanne, usada como analogia em Merleau-Ponty (1980), o real não é rígido, o real é movimento e possui múltiplos contornos, a morte seria o quê? Rigidez ou movimento? O que determina isso é a forma como cada pessoa percebe o seu morrer e o do outro. No caso do sertanejo, a consciência da morte, como probabilidade sempre presente, pode significar movimento; a menor negação da finitude impele esse homem a projetar-se, atualizando suas possibilidades de existência.

Volto ao receio, exposto no início das discussões das entrevistas, de não contemplar tudo, e tenho que afirmar que ele foi certo. Os temas emergentes não foram todos os possíveis, foram somente os que emergiram para mim. Na verdade, é possível que muitos outros não tenham sido vistos, por motivos como minha pouca experiência como pesquisadora, ou, simplesmente, porque eu só possuía o meu olhar, a minha leitura da realidade. Espero que os novos olhares perante essas falas

construam relacionamentos novos com esse texto, com liberdade para a criação de novas leituras e sentidos.

As observações participantes enriqueceram o trabalho adicionando a perspectiva cultural às vivências descritas nas entrevistas fenomenológicas dos colaboradores. Ao observar as novas formas de lidar com a morte no sertão, pensei no processo de homogeneização cultural, todavia, percebi que a total massificação da cultura local nunca é possível, pois as práticas importadas se mesclam com os valores locais originando novas configurações. Os sertanejos dão novos sentidos às influências externas, adequando-as às suas próprias concepções de morte.

A forma como o sertanejo compreende a morte, dentro de sua cultura e vivência pessoal, pode ser representada por essa fotografia de um supermercado na cidade de Quixeramobim-CE, chamado “Hipermoderno” (Figura 36), onde, nas prateleiras, assim como na sociedade, os valores tradicionais se mesclam às influências externas, formando uma identidade cultural a ser sempre descoberta. Assim como os produtos caseiros e industrializados convivem nas mesmas gôndolas do mercado da comunidade.



Figura 36 - Produtos artesanais e industrializados em supermercado de Quixeramobim-CE.

Os queijos que aparecem na foto (Figura 36), na prateleira inferior, são queijos curados artesanalmente, diferente dos industrializados da prateleira superior. A chamada, cura do queijo, é um processo artesanal lento, por meio do qual o queijo apura suas características de sabor, cheiro e textura. Esse procedimento permite, também, que a resistência do produto seja aumentada, formando-se uma “casca grossa” que o protege de bactérias e de fungos danosos.

O trabalho de luto diante de uma morte é, também, um processo de cura, usando outra acepção do mesmo termo. Cura essa que, em vez de queijos, “engrossa a casca” de pessoas. Os sertanejos, colaboradores desta pesquisa, compartilharam, aqui, suas perdas, seus trabalhos de luto e suas curas. Eventos e processos que os tornaram mais resistentes e fortes, realçando seus valores e suas vidas.

Iniciei este estudo com uma inquietação desenvolvida na minha vida pessoal e na prática profissional que identifiquei em uma estrofe do poema Morte e Vida Severina de João Cabral de Melo Neto, citada na introdução deste trabalho. E, agora, encerro essa dissertação com a transcrição de um outro fragmento do mesmo poema, porém, mais adequado ao que sinto agora.

*E não há melhor resposta
Que o espetáculo da vida:
Vê-la desfiar seu fio,
que também se chama vida,
ver a fábrica que ela mesma,
teimosamente, se fabrica,
vê-la brotar como há pouco
em nova vida explodida;
mesmo quando é assim pequena
a explosão, como a ocorrida;
mesmo quando é uma explosão
como a de há pouco, franzina;
mesmo quando é uma explosão
de uma vida Severina.
(Melo, 2000, p.80).*

REFERÊNCIAS

Albuquerque Júnior, D.M. (2003). *Nordestino: uma invenção do falo: uma história do gênero masculino*. Maceió: Edições Catavento.

Ariès, P. (2003). *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.(Obra original publicada em 1975).

Ariès, P. (1990). *O Homem Diante da Morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1977).

Assaré, P. (2006). *Inspiração Nordestina*. São Paulo: Hedra. (Obra original publicada em 1956).

Bamunoba, Y.K. & Adoukonou, B. (1984) *La Muerte em na Vida Africana*. Barcelona: Unesco.

Bauer, M.W. & Gaskell, G. (2004). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som*. Petrópolis: Vozes.

Becker, Ernest. (2007). *A Negação da Morte: uma abordagem psicológica sobre a finitude humana*. Rio de Janeiro: Record.(Obra original publicada em 1973)

Bowlby, J. (1973). *Perda: tristeza e depressão*. Vol.III São Paulo: Martins Fontes.

Brasil, Ministério da Saúde.(1996) *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer.(2007).*Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.

Brasil. Secretaria Brasileira de Defesa Civil. (2009). *Chuva deixa 254 mil desalojados e 123 mil desabrigados em 13 Estados*. Brasília. Disponível em: <http://www.defesa.civil.gov.br/noticias/noticia.asp?id=4356>, acesso em: 19 de maio de 2009.

Callia, M.H.P. & Oliveira, M.F. (2005). *Reflexões Sobre a Morte no Brasil*. São Paulo: Paulus.

Câmara dos Deputados. (1999) *Seca: o homem como ponto de partida. Análises, pressupostos, diretrizes, projetos e metas de uma política de convivência com a seca do nordeste*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.

Camponero, R. (2008). *Biologia do Câncer*. In: Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus.

Canesqui, A. M. (2004). IN: Minayo, M.C. S. e Alves, P.C.. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Fiocruz, Rio de Janeiro.

Carmo, P.S. & Coelho Jrº, N. (1991). *Merleau-Ponty Filosofia Como Corpo e Existência*. São Paulo: Escuta.

Carvalho, M. Margarida (2002). *Psico-oncologia: história, características e desafios*. Psicol. USP, São Paulo, v. 13, n. 1.

Carvalho, M. Margarida (1994). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas-SP: Editorial PSY.

Castro, J. (1965). *Geografia da Fome*. 9º ed. São Paulo: Urupês.

Costa, T.C. (2004). *A mundialização da cultura e os processos de homogeneização e formação da cultura global*. Universitas - Relações Int., Brasília, v. 2, n.1, p. 255-267, jan./jun.

CPT.CEPAC.IBASE (1997). *O Genocídio do Nordeste 1979-1983*. São Paulo, CPT.CEPAC.IBASE.

Creswell, J.W. (2007). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2ªed. Porto Alegre: ARTMED.

Cunha, Euclides da.(2007). *Os Sertões: campanha de canudos*. São Paulo: Martin Claret. (Obra original publicada em 1902)

DaMatta, Roberto. (1997). *A casa e a rua*. Rio de Janeiro: Rocco.

Dastur, Françoise (2002). *A Morte: ensaio sobre a finitude*.Rio de Janeiro: Difel. (Obra original publicada em 1994)

Denzin,N.K. ; Lincoln,Y.S.(2007). *O planejamento da pesquisa qualitativa, teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artemed.

Domingos Neto, M.; Borges, G.A.(1983). *Seca Seculorum: flagelo e mito na economia rural piauiense*. Teresina: Fundação Cepro.

Dória. C.A. (1981). *O Cangaço*. São Paulo: Brasiliense.

Duarte, L.F. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Ewald, A.P.; Soares, J.C. (2007). *Identidade e Subjetividade numa Era da Incerteza*. Estudos de Psicologia, 12(1), 23-30.

Ferreira, A. F. (2004). *Conceitos Gerais do Câncer e do Tratamento Quimioterápico*. IN: Azevedo, D.R; Barros, M.C.M. & Muller, M.C.(2004). *Psicooncologia e Interdisciplinaridade*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Franch.M. & Lago-Falcão, T. (2004). *Será que elas sofrem? Algumas observações sobre Death without weeping de Nancy Scheper-Hughes*. Política e trabalho revista de ciências sociais. P.181-196

Fraser, M.T.D. (2004). *Da Fala do Outro ao Texto Negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa*. Revista Paidéia,14(28), 139-152.

Fonseca, A H. L.(1983). *A Psicologia Humanista e a Pedagogia do Oprimido: um diálogo possível?* IN: ENCONTRO LATINO DA ACP,I,1983, Santa Maria. I Encontro Latino da ACP. Santa Maria: Faculdades Franciscanas.

Fonseca, A. H. L.(1998). *Dialogicidade, Superação e a Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico Existencial*, Maceió, artigo inédito. Disponível na Internet em (<http://www.Terravista.pt/FerNoronha/1411>).

Foucault, Michel (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Freire, Paulo (2005). *Pedagogia do Oprimido*. 46ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freyre, Gilberto (2004). IN: Mello, Frederico Pernambucano. (2004) *Guerreiros do Sol: violência e banditismo no nordeste do Brasil*. São Paulo: A Girafa Editora.

Galvão, W. N.(2004). *Metamorfoses do Sertão*. Estudos Avançados. 18 (52).

Geertz ,C. (1989). *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gimenes,M. G. G.(1994). *Definição, Foco de estudo e intervenção*. IN: Carvalho, M.M.M.J.(1994). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Editorial Psi.

Gorzoni, P. (2005). *Mulheres de fé*. Revista Raízes. Dez. pp. 69-76.

Grandes Chroniques de France.(n.d) France, Paris, XIV (Morte de Santa Elisabeth da Turíngia [1207-1231], FR 2813, fol. 269v., 60 x 65 mm. Disponível em: www.ricardocosta.com. Acesso em: 18.12.2007.

Goffman, Erving.(2005). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva. (Obra original publicada em 1974).

Heidegger, M. (2002). *Ser e Tempo*. Petrópolis-RJ: Vozes.(Obra original publicada em 1986).

Helman, C.G. (2006). *Cultura, Saúde & Doença*. Porto Alegre: Artmed.

IBGE (2008a). *Estatística do Registro Civil de 2007*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 09 de maio de 2009.

IBGE. (2008b). IBGE lança Mapa de Pobreza e Desigualdade 2003. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1293&id_pagina=1. Acesso em: 13 de maio de 2009.

Imagebank.(2007). *Solidão, hospital, morte*. Disponível em : www.imagebank.com.br acesso em 10.10.2007

Kastenbaum, R. & Aisenberg,R.. (1983) *Psicologia da Morte*. São Paulo: USP (Obra original publicada em 1976).

Klafke, T.E. (1998) *O Médico Lidando com a Morte*. IN: Cassorla, R.M.S. Da Morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus.

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A. & Good, B.(1985). *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.

Klink, Amyr. (2000). *Mar sem fim: 360° ao redor da América*. São Paulo: Companhia das Letras.

Kovács, M. J. (2002). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra original publicada em 1992).

Kovács, M.J. (2007). *Perdas e o processo de luto*. IN: Incontri, D. & Santos, F. S.. A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Kubler-Ross, E. (2005). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1969).

Langdon, E.J. (2001). *A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença*. Etnográfica, vol.(2).pp. 241-260.

Laplantine, François. (1991). *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes.

Lispector, C. (1998). *A Hora da Estrela*. Rio de Janeiro: Rocco. (Obra original publicada em 1977).

Martins, K. P. H (org) (2006). *Profetas da chuva*. Tempo d'imagem. Fortaleza.

Mattos, C.L.G.(2001). *A abordagem etnográfica na investigação científica*. Revista Espaço, n.16 jul/dez: Rio de Janeiro.

Medeiros Filho, J. e Souza. I. (1988) *A Seca do Nordeste: um falso problema*. Petrópolis: Vozes.

Mello, F. P. (2004). *Guerreiros do Sol: violência e banditismo no nordeste do Brasil*. São Paulo: A Girafa Editora.

Melo Neto, J.C. (2000). *Morte e Vida Severina e outros poemas para vozes*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Obra original publicada em 1955).

Merleau-Ponty, M. (1980). *A Dúvida de Cézanne*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural. (Obra original publicada em 1966).

Merleau-Ponty, M. (2006). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1945).

Merleau-Ponty, M. (1975). *O Olho e o Espírito*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.

Michelangelo. Juízo final. Capela Sistina. Disponível em: www.renascimento.clio.pro.br/Figuras. acesso em 20.06.08

Minayo, M.C.S. (2006) *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec.

Montenegro, A F (2000). *Psicologia do povo cearense*. Fortaleza: UFC- Casa de José de Alencar - Programa Editorial.

Moreira,V. & Cavalcante Jr., F.S. (2008). *O método fenomenológico crítico (ou mundano) na pesquisa em psico(pato)logia e a contribuição da etnografia*. No prelo

Moreira,V. (2007) *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo: Anna Blume.

Moreira,V. (2004). *O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol.17(3), 447-456.

Morin, E. (1970). *O Homem e a Morte*. Portugal: Publicações Europa-América.

Nascimento, M.G.R. (1998). A Natureza das Relações Objetivas em Mulheres com Câncer de Mama. In: Cassorla, R.M.S. *Da Morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papyrus.

Oliveira, R. (2002). *Euclides da Cunha: Os Sertões e a invenção de um Brasil profundo*. Em: *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 22, nº 44, pp. 511-537.

Parkes,C.M.(1998) *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

Pessoa, Fernando. (2008). *O Livro do Desassossego*. São Paulo: Companhia das Letras.

Portinari, Cândido (1958). *Enterro na rede*. Pintura a óleo/madeira, 150 x 200cm, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.portinari.org.br> acesso em 24.05.2009.

Portinari, Cândido. (1944). *Retirantes*. Painel a óleo 190 x 180cm. Disponível em: <http://www.portinari.org.br> acesso em 07.08.2008.

Queiroz. M. I. P. (1977) *Os Cangaceiros*. São Paulo: Duas Cidades.

Rabin, E. G. (2004) *A Construção Histórica da Psicooncologia*. IN: Azevedo, D.R; Barros, M.C.M. & Muller, M.C.(2004). *Psicooncologia e Interdisciplinaridade*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Ramos, G. (2008) *Vidas Secas*. 105ª ed. Rio de Janeiro: Record.(Obra original publicada em 1938).

Rech, D. (1997) *O Genocídio no meio de nós*. IN: CPT.CEPAC.IBASE (1997). *O Genocídio do Nordeste 1979-1983*. São Paulo, CPT.CEPAC.IBASE.

Rey, G. (2004) *O Social na Psicologia e a Psicologia no Social: a emergência do sujeito*. Petrópolis-RJ: Vozes.

Rey,G. (2002) *Pesquisa Qualitativa em Psicologia*.São Paulo: Thomson Pioneira.

Rezende, M. J. (2001) *Os sertões e os (des)caminhos da mudança social no Brasil*. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S.Paulo, 13(2): 201-226*.

Ribeiro, D. (2006). *O Povo Brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1995).

Rocha, E (2006). *Benditos fúnebres nas sentinelas do Cariri(CE)*. *Revista ANTHROPOLÓGICAS*, ano 10, volume 17(1): 49-66 .

Rocha, Glauber (1964). *Deus e o Diabo na Terra do Sol*. Filme. Drama. Pb 125 min. Brasil.

Rocha, V. F. (1997) *Cangaço: um certo modo de ver*. Fortaleza: editora ABC Fortaleza.

Rodrigues J, C. (2007) *A morte numa perspectiva antropológica*. In: Incontri, D. & Santos, F. S.. *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Editora Comenius.

Rosa, J. G. (2007) *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira.

Scheper-Hugher, N. (1992). *Death without weeping - the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley, Los Angeles: Univ. of California Press.

Silva, M.L.G.; Salvajoli, J.V. (2008). *Radioterapia*. IN: *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus.

Sontag, S. (2002). *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal. (Obra original publicada em 1984).

Straub, R.O.(2002). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Tolstoi, L. (2005). *A Morte de Ivan Ilitch*. Porto Alegre: L &PM Pocket. (Obra original publicada em 1886).

Uchôa, E. & Vidal, J. M.(1994) *Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease*. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, Oct/Dec.

Valente, F. L. S. (2003). *Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos*. Saúde e Sociedade v.12, n.1, p.51-60, jan-jun.

Veras, Lana. (2006). *Dudu vai ao hospital: compartilhando vivências de crianças com câncer*. Teresina: Halley.

Víctora,C.; Knauth,D.R. & Hassen,M.N. (2000). *Pesquisa Qualitativa em Saúde*.Porto Alegre: Tomo Editorial.

Villa,M.A. (2000). *Vida e Morte no Sertão: história das secas no nordeste nos séculos XIX e XX*. São Paulo: Ática.

Worden, J.W. (1998). *Terapia do Luto*. Porto Alegre: Artes Médicas

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor (a) Paciente,

Estamos fazendo esta pesquisa para saber como pessoas que moram na região do sertão nordestino vêem o tema morte. O Título da pesquisa é “A morte na visão do sertanejo em tratamento oncológico”.

O senhor(a) foi incluído nesta pesquisa pois é um(a) paciente que veio de um município do interior (do sertão). Gostaríamos de pedir sua ajuda, concedendo-nos entrevistas (conversas), primeiro aqui em Fortaleza e depois na cidade de onde veio.

Sua colaboração na pesquisa não terá custos nem ganhos em dinheiro a você. Nossas conversas terão a duração que o senhor(a) desejar e serão gravadas, você poderá as ouvir novamente sempre que desejar. É possível que se emocione, mas poderá desistir a qualquer momento. Lembramos que seu nome não aparecerá e o senhor(a) não será identificado pelas informações que fornecer.

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pela Pesquisadora. Eu _____, residente _____, telefone: _____, concordo em participar desta pesquisa.

Em caso de dúvidas entrar em contato com a pesquisadora Lana Veras de Carvalho, do Mestrado em Psicologia da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, telefone 9183-9971.

Fortaleza-CE, ____/____/____.

Pesquisadora: _____ Colaborador: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor (a) Familiar,

Estamos fazendo esta pesquisa para saber como pessoas que moram na região do sertão nordestino vêem o tema morte. O Título da pesquisa é “A morte na visão do sertanejo em tratamento oncológico”.

O seu familiar foi incluído nesta pesquisa porque é um(a) paciente que veio de um município do interior(do sertão). Pedimos a ele(a) autorização para entrevistas (conversas), primeiro aqui em Fortaleza e depois na cidade de onde veio.

A colaboração na pesquisa não terá custos nem ganhos em dinheiro a seu familiar. Nossas conversas terão a duração que ele(a) desejar e serão gravadas, vocês poderão as ouvir novamente sempre que desejar. É possível que o paciente se emocione, mas poderá desistir a qualquer momento. Lembramos que seu nome não aparecerá e ele não será identificado pelas informações que fornecer.

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pela Pesquisadora. Eu _____, residente _____ fone: _____, estou ciente da participação de meu familiar nesta pesquisa.

Em caso de dúvidas entrar em contato com a pesquisadora Lana Veras de Carvalho, do Mestrado em Psicologia da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, telefone 9183-9971.

Fortaleza-CE, ____/____/____.

Pesquisadora: _____ Familiar: _____

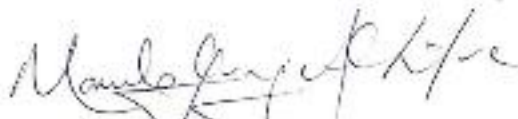
Fortaleza, 29 de janeiro de 2009.

Processo 003/2009 - O Severino com câncer diante da morte. A morte na visão do sertanejo em tratamento oncológico.

Pesquisadora Responsável: Lana Veras e Carvalho

Levamos ao seu conhecimento que o projeto de sua responsabilidade, acima referenciado, foi reapresentado na reunião do CEP, de 26/02/2009, merecendo o seguinte parecer: **aprovado**, e, portanto podendo entrar em execução, solicitamos que ao final da realização da pesquisa seja entregue a este comitê relatório final de acordo com o parecer substanciado.

Cordiais Saudações,



MARCELO GURGEL CARLOS DA SILVA
PRESIDENTE DO CEP/ECO/ICC

DECLARAÇÃO

Eu, Regina Claudia da Costa Almeida, RG nº 99002398256 SSP/CE, CPF nº 26383802372, declaro que realizei revisão textual da dissertação de mestrado intitulada "*O Severino com câncer diante da morte: a morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico*" da aluna Lana Veras de Carvalho (Matrícula 0724258-1), para fins de comprovação junto à Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Fortaleza, 22 de junho de 2009

Regina Claudia da Costa Almeida.
Regina Claudia da Costa Almeida

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)