



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
FACULDADE DE FILOSOFIA E TEOLOGIA**

**PRESENÇA DO SAGRADO EM UM MOMENTO
CRÍTICO: INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

MIRANILDES ABREU BATISTA

GOIÂNIA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

**Presença do sagrado em um
momento crítico: internação em
uma Unidade de Terapia Intensiva**

MIRANILDES ABREU BATISTA

GOIÂNIA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

**Presença do sagrado em um
momento crítico: internação em
uma Unidade de Terapia Intensiva**

MIRANILDES ABREU BATISTA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Carolina
Teles Lemos

Dissertação apresentada ao
Curso de Mestrado em
Ciências da Religião como
requisito para obtenção do
Grau de Mestre.

GOIÂNIA
2001

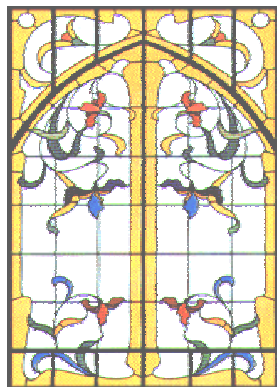
B333p

Batista, Miranildes de Abreu
Presença do sagrado em um momento crítico:
Internação em Unidade de Terapia Intensiva/
Miranildes de Abreu Batista. – Goiânia, 2001.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de
Goiás, 2001

1. Unidade Terapia Intensiva – humanização
2. Crença religiosa – Unidade Terapia Intensiva 3.
Paciente religioso – Unidade Terapia Intensiva 4.
Sagrado – paciente religioso – Unidade Terapia
Intensiva I. Título.

CDU: 616-052:231(043)



Vitral

Figura capturada na Internet
www.vitraisgeukas.com.br

“Mas é certo que tudo quanto o homem manejou, sentiu, encontrou, ou amou pode tornar-se uma hierofania.”

Mircea Eliade

À minha família
dedico a alegria da
conclusão deste
estudo.

À prof^a Dr.^a Carolina Teles Lemos pela orientação na realização deste estudo. Meus agradecimentos e minha amizade.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Eunice e minhas irmãs Angela e Graça por estarem presentes em todos os momentos;

Aos colegas enfermeiros da UTI do Hospital das Clínicas da UFG pelo apoio e compreensão, necessários na realização deste estudo;

À enfermeira Solange Seixas Martins pelo incentivo no decorrer dessa caminhada;

À prof^a Mestre Vanessa Carvalho Vila pela amizade e carinho. Nada como um “piano a quatro mãos”;

Aos pacientes que, com sua contagiante fé, colaboraram na realização deste trabalho.

Agradecimento Especial

À Deus, o centro da minha alegria.

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO -----	13
1.1. Objetivo -----	17
1.2. Trajetória Metodológica -----	18
1.2.1. O método etnográfico -----	21
1.2.2. Abordagem fenomenológica -----	22
2. A BUSCA PELO SENTIDO DA MORTE -----	25
2.1. O paciente frente à morte -----	31
3. HOMEM E A RELIGIÃO	
3.1. O sagrado -----	35
3.2. A religião -----	38
3.3. A religião para o doente -----	44
4. CONTEXTO CULTURAL	
4.1. O cenário -----	51
4.2. Os pacientes -----	58
4.3. As reações -----	65
4.4. Os depoimentos -----	68
4.4.1. Os códigos -----	70
4.4.2. As categorias -----	72
5. SIGNIFICADO CULTURAL	
5.1. A UTI – esse espaço... -----	73
5.2. Objeto sagrado... -----	88
5.3. Fé, basicamente fé. -----	103
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	113

SUMMARY

RESUMO

Tem-se como propósito compreender o significado dado, pelo paciente, ao objeto “sagrado” em um momento de internação em Unidade de Terapia Intensiva. Destaca-se formas de expressão do sagrado em um instante crítico no qual o homem em estado de fragilidade físico-emocional, busca respostas “transcendentais” frente a angústia da doença e do morrer. Conforme expressa BERGER, o sagrado é uma artimanha da religião por meio da qual o homem tende a se refugiar do caos instalado. No caso do objeto de pesquisa, a presença do objeto “sagrado”, junto ao paciente, representa um acontecimento de imensurável significado cultural, revelando-se em um vínculo supra-natural do qual exala esperança, segurança, amparo, conforto e, até mesmo, companhia.

1. INTRODUÇÃO

Com o avanço tecnológico, percebe-se que o homem, ao mesmo tempo em que cria e aperfeiçoa máquinas para a sua própria destruição (instrumentos bélicos), também preocupa-se com maneiras de se proteger e alongar a vida.

Em um contexto onde as ciências tomam considerável impulso, surge a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tendo sido criada à princípio, para atendimento às vítimas na II Guerra Mundial, possibilitando que doentes graves vivessem por mais tempo. Com isso, foram surgindo complicações, como a lesão pulmonar. Essa realidade exigiu respostas da medicina, forçando, com isso, o desenvolvimento da assistência ventilatória a qual é muito utilizada, em UTI, quando o paciente apresenta-se em insuficiência respiratória, com alterações da complacência pulmonar e/ou resistência das vias aéreas, necessitando de intubação traqueal e instituição da ventilação pulmonar mecânica. Hoje convive-se com o grande vilão da UTI – a infecção.

Há, em nossa sociedade, a concepção errônea, negativa, de que a Unidade de Terapia Intensiva somente é usada em situações extremas, sendo que a verdadeira finalidade é a prevenção. Porém, o conceito

deturpado está impregnado tanto nos doentes, quanto na maioria dos profissionais de saúde.

O doente ao ser admitido em uma UTI, depara-se com um ambiente já mitificado, hostil, repleto de equipamentos e uma equipe multidisciplinar que prioriza o tratamento físico, sendo que deveria haver, também, um suporte emocional. O indivíduo é visto como fragmentos, onde só o “pedaço físico” (cultura material) importa; torna-se despersonalizado, transforma-se em um leito tal, um paciente número tal, uma doença tal, o caso tal. Porém, cada indivíduo possui uma identidade social no seio de sua cultura. A crença religiosa é parte da cultura da maioria dos pacientes que são internados em UTI. Uma das formas em que se percebe esta crença são os objetos sagrados que muitas pessoas levam consigo quando do momento de internação. A relação do paciente com o sagrado através de seu objeto é o tema desta pesquisa.

Nesta análise sobre a presença do sagrado em uma UTI, procura-se reafirmar a importância das manifestações religiosas, as quais se encontram encharcadas pela minuciosa fé, que é tão antiga quanto a humanidade.

Discorre-se sobre o assunto como forma de reafirmar que, até hoje, o ser humano procura uma explicação para as questões existenciais

e termina aderindo àquela que responde às suas necessidades de ordem e significado.

Ao mesmo tempo em que se busca compreender o dualismo sagrado e profano, onde as reflexões sugerem diversas vertentes no campo das relações com o sobrenatural, emerge a proposta de se assistir ao paciente de maneira holística, investindo em uma nova postura no que diz respeito à religiosidade do paciente, isto é, reconhecimento e compreensão do significado dos aspectos religiosos para o indivíduo diante de um momento crítico, como, por exemplo, internação em uma UTI.

Esta realidade nos mostra a importância da presença do sagrado, para o paciente, neste momento crítico, de fragilidade físico-emocional, em que a religião assume papel de salvaguardar a dignidade, a liberdade e a integridade do ser humano diante da angústia frente ao morrer.

Como Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), tenho observado a expressiva presença da religião em meio aos nossos doentes. O paciente, ao ser admitido, na maioria das vezes está portando um rosário, ou uma fita, ou uma medalha, ou gravura de algum santo, ou com um crucifixo, ou com um patuá, ou com um outro objeto qualquer.

Quando retira-se esses objetos dos pacientes, para serem entregues à família, observa-se que o doente, quando consciente, sente-se incomodado. Porém, ao se perceber essa reação de insegurança por parte do paciente, autoriza-se a presença do objeto “sagrado” junto ao doente, que se encontra com seu equilíbrio psíquico-emocional ameaçado.

É nítido a euforia e a segurança presente no paciente que volta a portar o seu objeto sagrado.

Por vivenciarmos este evento em nossa prática diária nos interessamos por sua descrição fenomenológica em um estudo que promova reflexões sobre o universo cultural e social do paciente religioso. Procura-se ressaltar o papel que o objeto sagrado, por meio da religião, exerce no indivíduo em estado de sofrimento, angústia, dor e perda, levando-o a um refúgio onde há produção de significados e ordem.

Em meio a esses momentos na vida do paciente, aflora-se uma experiência religiosa, pessoal, intransferível e, em íntima relação com o sagrado (poder) na busca de uma realidade menos profana como afirma ELIADE (1996,173): **“antes de tornar uma existência criadora de valores, a religião assegura-lhe a integridade”**.

Não se pretende interpretar os fatos no sentido de encontrar como por detrás deles, suas razões mais secretas, uma lógica escondida.

Pretende-se descrever o fenômeno, procurando apreender o porquê do mesmo.

Busca-se estas reflexões para que se possa contribuir em uma nova tendência no campo da humanização da assistência ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva, de forma que se compreenda a realidade vivida pelo homem religioso, enfermo, ao exprimir seus valores religiosos, através de sistemas e objetos simbólicos, ligados ao sagrado, na convicção plena de uma intervenção divina onde a fé e a ação determinam um comportamento social “sobrenatural” repleto de possibilidades culturais e anseios espirituais, como afirma RUBÍ (1994,221):

“Las situaciones críticas aparecen em muchas ocasiones de manera repentina e imprevista y el paciente se encuentra poço preparado para aceptar el ingreso, la enfermedad o los riesgos, sin tiempo para adaptarse... A demás, hay que tener en cuenta que los valores psicosociales, cuturales y espirituales de los enfermos... el hospital debe permitir a los pacientes y a sus familiares expresar sus creencias religiosas y prácticas cuturales...”

1.1. Objetivo

- Descrever o significado dado ao “objeto sagrado”, pelo paciente, em uma situação de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva.

1.2. Trajetória metodológica

Segundo MINAYO (1999), em uma pesquisa qualitativa apreende-se a essência das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que são fundamentais para a descrição e a compreensão dos fenômenos que envolvem o ser humano. O homem em sociedade é o objeto do conhecimento.

Frente à definição acima, selecionamos a metodologia qualitativa e especificamente o método etnográfico, o qual auxiliará na compreensão fenomenológica do significado cultural atribuído pelo paciente à presença do seu objeto “sagrado” durante a internação em UTI.

A coleta de dados teve início após a aprovação formal do projeto de pesquisa, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

As observações e entrevistas foram realizadas no período de abril a agosto de 2000, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, situado na av. Universitária s/nº, Setor Universitário, em Goiânia.

Critérios de inclusão: paciente adulto, consciente, portando algum objeto considerado, por ele, como sagrado.

Os dados foram coletados mediante observação e entrevista dos pacientes que se incluíram nos critérios já mencionados. O manuseio do objeto sagrado ocorreu, espontaneamente, através da equipe que assistia o paciente, possibilitando a observação de reações psíquico-emocionais. Os dados coletados foram registrados logo após cada sessão de observação-participante, em um diário de campo. O diário de campo também serve para o registro das reflexões do pesquisador, como notas de campo, em seus aspectos gerais durante a realização do estudo (GERMAIN,1993).

A entrevista, composta por uma única pergunta, foi realizada no momento de “calmaria” na UTI, estando o paciente com seu objeto considerado sagrado. Refere-se à “calmaria”, o momento em que o paciente não está sendo submetido a nenhum procedimento técnico que possa impedi-lo de responder à pergunta com clareza.

Assegurou-se o direito do paciente de conhecer o objetivo do trabalho e manifestar seu interesse em participar do estudo (assinatura do termo de consentimento informado). Ressalta-se que foram garantidos a privacidade e o anonimato do paciente.

Para validação, os resultados foram submetidos apreciação de três juízes que aprovaram na íntegra.

Foi também utilizada a fotografia como recurso de coleta de informações, com o objetivo de ilustrar algumas cenas, do cotidiano da UTI, onde o sagrado se mostrasse “visível”.

As observações foram encerradas no ponto onde não mais encontrou-se dados novos ou aspectos relevantes a serem destacados.

Procurou-se contemplar no processo de observação e com base no objetivo, as seguintes questões temáticas:

- portador de algum objeto considerado sagrado;
- tipo de objeto “sagrado”;
- reação do paciente ao ser separado do objeto “sagrado”;
- reação do paciente ao ter volta o objeto “sagrado”;
- outras formas de expressão do sagrado dentro da UTI.

A análise dos dados, baseou-se no fenômeno religioso e, recorreu-se aos estudiosos da religião que se dedicaram a fenomenologia do sagrado como, ELIADE (1996), OTTO (1985), MAUSS (1974), porém, salientando que as idéias não são isoladas; estudiosos de outras vertentes de pensamento como DURKHEIM (1996), BERGER (1985), também exerceram influências nas interpretações fenomenológicas e, através destes paradoxos, a análise torna-se mais rica, percebendo-se discretos pontos comuns entre os teóricos da religião.

1.2.1. O método etnográfico

O estudo etnográfico é um processo de investigação que utiliza a observação-participante, a entrevista e o diário de campo como técnica fundamental para a coleta de dados. Este método permite que o pesquisador veja e ouça as reações dos atores de uma determinada situação social. Há momentos de essencialmente observar, observar com alguma participação e observar refletindo, contudo, sempre observar registrando (GERMAIN, 1993; BOGDAN & BIKLEN, 1994). Assim, o objetivo da etnografia é descrever os comportamentos declarados somados aos valores de um grupo social em seu contexto cultural.

Segundo TRIVIÑOS (1987) através da etnografia faz-se a descrição de uma cultura a partir de seus valores. Portanto, a etnografia busca a compreensão do significado de ações e eventos expressos através da linguagem. Esse sistema de significados constitui a cultura da qual emana dados que são de natureza descritiva e reflexiva (reflexões do pesquisador).

Este estudo foi desenvolvido segundo os pressupostos metodológicos de GERMAIN (1993), que preconiza os seguintes passos para a análise dos dados: codificação, categorização e interpretação dos dados com identificação de temas culturais.

Os dados são revistos em diferentes vertentes e conceitos; assim, eles são transformados do nível concreto para um plano de maior abstração.

A codificação é a etapa na qual organiza-se os dados oriundos das observações, entrevistas e diário de campo. Consiste em rotular as unidades de conteúdo conservando as informações relevantes que facilitam o desenvolvimento da análise. O código une o dado do informante, o contexto cultural e a compreensão do pesquisador.

A categorização compreende o agrupamento dos códigos semelhantes em categorias que podem ser respostas a tipos de comportamentos mediante o significado cultural. Inicia-se, esta fase, o processo de interpretação.

A interpretação dos dados se dá em torno das categorias selecionadas e seu significado cultural no contexto em questão. Nesta fase, os dados do diário de campo contribuem na transformação do fato concreto em níveis de abstração.

1.2.2. A abordagem fenomenológica

Segundo MERLEAU-PONTY (1999), fenomenologia é o estudo das essências que compõe a existência e, por meio do método

fenomenológico, pode-se compreender, o homem e o mundo vivido, em uma visão transcendental. A palavra fenômeno deriva do grego e significa “aparência”, a qual se revela como a exterioridade de uma dimensão sensível percebida da realidade. A fenomenologia é a ciência que analisa os fenômenos dos objetos e dos acontecimentos. Os acontecimentos podem ser fatos que existem independentemente da cultura, podendo, também, existir mediante a cultura e podem ser as manifestações das “essências”.

“Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas” (MINAYO, 1998, 16).

A “essência” é a idéia que transcende a aparência do ser ou objeto segundo MERLEAU-PONTY (1999) o qual recorre ao pensamento de Husserl, colocando que o salto da imanência para transcendência é obra da consciência intencional.

A fenomenologia é uma ciência descritiva pois aborda os fatos significativos que compõe a realidade, isto é, observa o fenômeno como ele é.

Com o intuito de compreender o fenômeno em estudo, procede-se na análise de relatos de observações de campo e entrevista, visando uma

descrição fenomenológica que, segundo MERLEAU-PONTY (1999.3) baseia-se em uma forma de se descrever a essência de uma experiência como ela é, ou seja, **“trata-se de descrever, não de explicar nem de analisar”**. Descreve-se fenômeno religioso em uma Unidade de Terapia Intensiva, com uma compreensão fenomenológica, buscando o significado essencial da relação homem-objeto “sagrado”.

2. A BUSCA PELO SENTIDO DA MORTE

“Deixando, porém, de lado intuições inacessíveis à ciência, imortalidade significa apenas uma atividade psíquica que ultrapassa os limites da consciência. O além-túmulo, o depois da morte, significa psicologicamente o além da consciência. Nada mais poderia significar, uma vez que a afirmação da imortalidade só pode ser feita por um homem vivo e, por isso mesmo, não está em condições de pontificar acerca da situação além-túmulo”(JUNG, 1987,67).

Homo faber, Homo sapiens e Homo loquax. Em todas as fases do desenvolvimento humano percebe-se a corrida para se decifrar os enigmas da morte. Por que se morre? Realmente tudo se acaba com a morte? Mil perguntas poderiam ser levantadas, porém sem respostas seguras, apenas tentativas de se explicar o fenômeno da morte.

Segundo MORIN(1976) o ser humano ao morrer passa pelo processo de renovação da vida, onde a desordem (vida) gera ordem (morte) levando o ser vivo a uma reorganização permanente. O dualismo vital e mortal mantém em equilíbrio a existência humana no universo biológico e sociológico. Desorganizar para organizar, assim prevalece a sociedade no contexto da morte. MORIN (1976) os coloca que a cultura existe porque gerações morreram deixando seu patrimônio cultural o qual é absorvido por gerações futuras. A morte torna-se um dos grandes acontecimentos da civilização e a relação de convivência do homem com

o morrer, o impulsiona à reflexões, pessoal e social, em dimensões transcendentais.

Continua MORIN(1976) enfocando que a forma como o homem encara o morrer, está estruturada sobre uma dialética biocultural do qual emerge suas formas de expressão de um fim iminente que rompe as barreiras do DNA (ácido desoxirribonucléico) transportando o fenômeno da morte e a forma de se “viver” o “morrer” em uma visão com predominância cultural (antrophos) onde atitudes, crenças e valores exprimem o desejo de continuar a existir, de sobreviver ao tempo, minorando o traumatismo da morte (imortalidade).

“ La Rochefoucauld dizia que para o sol e para a morte não se podia olhar de frente. Desde então, os astrônomos, com os ardis infinitos da sua ciência – de todas as ciências – já pesaram o sol, já lhe calcularam a idade, já lhe anunciaram o fim. Mas a ciência ficou como que intimidada e tremente perante o outro sol, a morte. Continua a ser verdadeiro o comentário de Metchnikoff: “a nossa inteligência, que se tornou tão ousada e tão ativa, mal se tem dedicado à morte”(MORIN, 1976, 19).

MORIN (1976) nos coloca a ousadia do homem em querer esclarecer o mistério da própria existência e como instrumento utiliza as chaves da ciência que, ao se esgotar no plano biológico, recorre a uma

abordagem metafísica dos fragmentos de sobrevivência que humanizam a morte.

Não se tendo noção do eterno relacionado à morte, BACHELARD (1994) nos fala da morte como um espaçamento da vida individual, isto é, a morte como uma “metáfora da vida” pois, não há morte sem vida; a vida legítima a morte, fazendo com que seja real e fatal, revelando ao pretense homem “imortal” a sua qualidade, obrigatória, de ser mortal. Portanto, segundo MORIN (1976,26) **“a mesma consciência nega e reconhece a morte: nega-a como aniquilamento e reconhece-a como acontecimento”**.

A morte traz à tona um complexo de emoções que fascinam e aterrorizam o ser humano (sofrimento, dor, decomposição) o qual luta por não perder a sua individualidade e não cair no vazio da consciência; a estas perturbações MORIN (1976) chama de traumatismo da morte.

“Quanto mais o homem descobre a perda da individualidade por detrás da realidade putrescente de uma carcaça, tanto mais fica “traumatizado”; e quanto mais ele é afetado pela morte, tanto mais descobre que ele é a perda irreparável da individualidade”(MORIN, 1976, 33).

Continua MORIN (1976) nos falando que o tempo e a doença despertam a consciência de morte. Quando há um enfraquecimento na

estrutura do Id, a aversão à morte se torna amena, levando a um comportamento, calmo e obscuro, de entrega à experiência de se morrer, evidenciando o ego como o último resíduo deste fenômeno em que o indivíduo afirma o seu “Eu”, o “Tu”, um ideal, um valor, uma crença, um objeto sagrado...

Implacável, a morte abala as estruturas do vitalismo de Nietzsche, como coloca MORIN (1976) onde a vida se mostra como valor que exalta o Id (homem), o ego (espécie) e o superego (sociedade) reforçando a tensão ao risco de perda da individualidade.

“O homem, o único ser que tem horror da morte...”; com esta colocação, MORIN (1976,72) nos revela o estado de inadaptação à morte fundamentados no triplo dado antropológico da consciência de morte, isto é, na consciência de uma ruptura, no traumatismo e na imortalidade. Porém, ao mesmo tempo em que o luto expressa uma inadequação individual à morte, percebe-se, segundo MORIN (1976), um paradoxo onde este evento assume caráter social de adaptação da sociedade à morte, já que “o homem é social” e a “sociedade é humana”. Portanto, aflora-se neste contexto, a religião que constrói suas bases nas brechas emocionais oriundas da perspectiva da imortalidade e no traumatismo da morte; esta colocação nos relembra o pensamento de

Karl Marx o qual aponta a religião como o “ópio do povo”, amenizando o efeito traumático de se acatar a angústia de um desfecho existencial.

MORIN (1976) enfoca os dois lados da moeda em que, ao mesmo tempo que a relação religião-morte assume um caráter de “delírio-patológico”, a religião também promove a “saúde social” acalmando o homem frente ao pavor da certeza de morte.

**“ A religião é uma adaptação que traduz a
inadaptação humana à morte, uma
inadaptação que acha a sua adaptação”
(MORIN, 1976,76)**

O homem, segundo MORIN (1976), cristaliza o morrer na direção cosmomórfica, (integração cósmica, renascimento, repouso) e na direção antropomórfica (individualidade além da morte) culminando na descoberta da sua morte e da sua imortalidade. No contexto do pensamento racional esta visão da imortalidade se torna fragilizada. Porém se fortalece no momento em que a ciência se torna indiferente aos domínios da morte, sobressaindo, então, as crenças, os ritos e os valores culturais que, com sua originalidade, prevalecem como sustentáculo do homem total, afirmando a singularidade da harmonia cósmica na morte, refletindo no comovente sentimento de expressão na afetividade humana.

O momento crítico seria o instante em que se percebe um a necessidade absoluta de se viver o risco da morte. Segundo MORIN (1976), este risco estimula a consciência individual a reafirmar-se.

“ ... o risco da morte é participação e a participação é vida. O medo da vida é o medo da morte e o medo da morte é o medo da vida. Viver é assumir o risco de morrer”(MORIN, 1976, 250).

MORIN (1976) nos coloca que o risco completa o ser humano o qual, conforme seus valores e crenças, expressa o significado da morte, sendo este fenômeno produtor de cultura; cultura esta, impregnada do niilismo que sustenta a visão de uma versão angustiada sobre a decomposição e a solidão. A busca por respostas metamorfosear-se-á na “busca da salvação” através das religiões, em manifestações fanáticas e ecléticas em graus que variam do desespero à exaltação.

Segundo MORIN (1976) a angústia está presente nas abordagens do morrer de Kierkegaard (salvação), de Heidegger (morte) e de Sartre (liberdade). O homem assume o morrer através da experiência vivida de angústia, isto é, da experiência do nada, do vazio, do desconhecido na existência humana. **“Toda morte é solitária e única”(MORIN, 1976, 277).**

Não se escapa da morte, não se divide a morte, fato este que poderia reforçar a idéia de individualidade humana.

Vive-se a idéia de fuga da morte, evita-se pensar e falar no morrer, na finitude humana; um momento crítico faz emergir a autenticidade de reflexões sobre o destino humano para, ao final de tantas voltas filosóficas, se cair no significado antropológico do morrer: **“a morte é a lei da espécie, uma necessidade animal...”** (MORIN, 1976,278) e, como diz o “velho” ditado popular: “lei é lei e não se discute!”

2.1. O paciente frente à morte

O adoecer revela a fragilidade humana podendo levar a perda da vida e, segundo KUBLER-ROSS (2000), o tema morte sugere silêncio que traduzido expressa a dificuldade do ser humano em lidar com ela. BERGER (1984, 38-41) nos fala da morte como uma situação colocada à margem pela sociedade. Falar em morte, perceber a morte, torna-se uma ameaça à continuidade das relações humanas abalando a ordem que sustenta a sociedade. As situações críticas, como o adoecer e a morte, revelam a fragilidade dos mundos sociais. Portanto, a religião passa a ser um “pronto socorro” no qual se encontram as divindades cósmicas, com

o poder sagrado de “curar” as feridas simbólicas, isto é, estabelecer significados e ordem mediante o fenômeno da experiência religiosa.

Para HEIDEGGER (1988) a morte é uma possibilidade concreta. Somente o homem pode morrer, já que a “planta fenece e o animal perece”, portanto, o homem tem o “privilégio” (?) de saber que não é imortal, podendo deixar a sua história como ser histórico que é. Este é um discurso filosófico de infinita profundidade, chegando a amedrontar o ser humano; oxalá, um dia, se possa encarar o fenômeno da morte e aprender a morrer, no sentido de um trajeto natural de nossa existência.

KUBLER-ROSS (1999,43-117) nos fala sobre os cinco estágios pelos quais passa o paciente frente à morte, sendo que cada fase não substitui a outra e podem existir simultaneamente e até mesmo em sobreposição.

Os estágios pelos quais passa o paciente por ocasião de sua internação são os seguintes: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação.

A negação e o isolamento são os sentimentos que caracterizam o primeiro estágio onde o paciente se encontra “chocado” com o diagnóstico e com o ambiente mitificado da UTI. Apresenta-se com dificuldade de integração com a equipe e, neste contato, procura se

refugiar de notícias desanimadoras e, de uma forma peculiar, solicita informações otimistas a seu respeito.

A seguir temos o segundo estágio que é o da raiva, período este em que o paciente se sente “alvo” de todos os procedimentos médicos e de enfermagem, sendo estes considerados como “ofensivos”, levando o paciente a tornar-se agressivo. O paciente se sente perseguido, vítima do destino: por quê eu?.

“Medo e raiva são emoções transitórias no homem e no animal; são associadas a mudanças fisiológicas necessárias, que preparam o corpo para o esforço concentrado envolvido na luta ou fuga” (MACIEL, 1998,07).

A fase da barganha é o terceiro estágio no qual o paciente se volta para a realização de promessas, de votos para harmonização de alguma área de sua vida a qual considera ter contribuído para o estado em que se encontra, espera ser recompensado com a cura. Salienta-se, neste momento, o fenômeno de busca da cura mediante a invocação do poder transcendental.

O quarto estágio é o da depressão, revelando o fim da resistência ao diagnóstico; o paciente se percebe como matéria, sente-se limitado e mortal.

Segundo KNOBEL (1999), percebe-se que o paciente de UTI encontra-se depressivo pelos seguintes sinais: humor triste, desinteresse, apetite diminuído, insônia ou sonolência exacerbada, agitação ou lentidão psicomotora, sentimento de culpa e desvalia, dificuldades de pensar e de se concentrar e pensamento recorrente de morte.

“A apatia é o pior estado psicológico e implica na falta de investimento psíquico em si mesmo. O narcisismo, tão importante para a auto preservação, está em baixa, e o sujeito não está investindo sua energia vital em si mesmo” (KNOBEL,1999,1300).

A aceitação da possibilidade da morte é o quinto estágio no qual o paciente se expressa vencido pelo cansaço de ter lutado com a inevitável possibilidade de morrer. Torna-se conformado e reservado quanto ao assunto.

3. O HOMEM E A RELIGIÃO

3.1. O sagrado

Os mistérios do sagrado, ao longo do tempo, continuam a despertar, no ser humano, a fé que insiste em decifrar os grandes enigmas da vida e da morte. O homem em meio às conturbações do seu contexto social, move-se em busca da reordenação da vida presente na segurança de Deus, o qual se encontra além das asperezas deste mundo.

LIBÂNIO (1997, 167-169) nos coloca que, em um contexto modernista, a experiência é caminho para a compreensão da realidade. Vive-se, à luz da fé, manifestação do sagrado que, segundo alguns autores como OTTO (1985) ELIADE (1996) E MAUSS(1974) é justificada apesar de não compreendida. Por outro lado, autores como FEURBACH (1989), por exemplo, coloca que o universo transcendental é uma projeção de anseios e carências humanas. A fé exclui o diálogo com a ciência que nega a expressão empírica transcendental, dando vazão à ampliação dos horizontes hermenêuticos.

Nas práticas ascéticas estão registradas as sensações de emotividade mística e de profundo cunho cultural com base na crença que nela se encerra, onde sobressai o “sentimento de ver com o coração” termo este utilizado por Willian James citado por MESLIN (1988) ao se

referir às comoções da consciência humana, na “experiência uma, imediata e inefável” com o Divino. Este aspecto já havia sido destacado por OTTO (1985), ao colocar que a religião implica no sentimento do enigma do universo, e a compreensão desse sentimento **“cabe ao intelecto e à razão, a intuição do mistério com já afirmava Schleiermacher, é o sentimento experimentado pelo homem diante do mistério”** (MESLIN, 1988,106).

A proximidade do homem com o sagrado, durante a internação em UTI, faz com que esse crédito se torne fator influenciador em relação ao que o paciente sente ao arquitetar um prognóstico do seu estado de doença, percebendo alternativas otimistas de se conviver com a crise instalada.

Segundo JORGE (1998), o fenômeno religioso exprime, revela e torna visível as expressões do sagrado diante da fenomenologia transcendental. Referenciando-se em OTTO(1985), percebe-se sua forma peculiar de descrever os horizontes do sagrado, colocando o **numinoso** como mistério que fascina, **o mysterium tremendum et fascinans**. Ao mesmo tempo em que o homem teme o “totalmente diferente”, por outro lado, não sobrevive sem a autenticidade do sentimento profundo de dependência por ser criatura.

“O sagrado é aquilo que transcende a razão humana e resiste a qualquer redução racional,

constituindo propriamente o numinoso ou o inteiramente outro”(JORGE, 1998,31).

O termo fenômeno deriva do grego τὸ φαινόμενον que significa “aquilo que se mostra”, “algo que aparece”, salientando que, segundo os fenomenólogos da religião, somente tem o privilégio de experimentar o fenômeno da experiência do sagrado, aquele que têm fé. Segundo OTTO (1985) e ELIADE (1996) a fé é o esteio do homem religioso.

Conforme OTTO (1985), do sagrado emana o tremendo poder que atrai e fascina o homem religioso que prima por alcançar o êxtase espiritual; a manifestação do sagrado desperta, no homem, momentos racionais e irracionais, suscitando, a partir daí, formas de devoção e comportamento moral.

ELIADE (1996), coloca o sagrado através de um prisma dualístico onde o mesmo sempre caminha com o profano e, apesar de serem pensamentos opostos, um não existe sem o outro. O profano é o que existe de óbvio no cotidiano do homem e o sagrado é o significado além da matéria. Continua ELIADE (1996), chamando de hierofania o fenômeno em que “o sagrado se mostra”, e esta forma em que o homem busca e percebe o sagrado através de objetos, o classifica como uma forma elementar de revelação.

A fixação do homem ao objeto considerado sagrado corporifica tradições religiosas que fazem parte dos auspícios culturais na construção de uma relação harmônica entre o sagrado e o profano, de modo a satisfazer as necessidades genuinamente cotidianas na esfera humana.

“ ... o objeto, sem deixar de ser ele mesmo, transforma-se em outra coisa, isto é, numa coisa sagrada” (ARAÚJO, 1996, 152).

3.2. A religião

Segundo JUNG (1999) o homem possui natureza religiosa e, na base das religiões, isto é, das representações coletivas, estão presentes os arquétipos da alma humana. Os arquétipos correspondem aos dogmas religiosos. Portanto, o sagrado habita o inconsciente coletivo e individual se manifestando quando o homem vive uma situação de risco, como o morrer; o apelo ao transcendente se torna um meio de expressão e compreensão da alma humana.

“Religião é – como diz o vocábulo latino religere – uma acurada e conscienciosa observação daquilo que Rudolf Otto acertadamente chamou de “numinoso”, isto é, uma existência ou um efeito dinâmico não causados por um ato arbitrário. Pelo contrário, o efeito se apodera e domina o

sujeito humano, mais sua vítima do que seu criador. Qualquer que seja a sua causa, o numinoso constitui uma condição do sujeito, e é independente de sua vontade” (JUNG, 1999,9).

Segundo BERGER (1985) a palavra “religião” deriva de um termo latino que significa “ter cuidado”, podendo ser o cuidado com o tremendo poder da manifestação sagrada enfocada por OTTO (1985). O objeto “sagrado” é oriundo desse tentame humano chamado religião, onde o alvo é estabelecer um cosmo sagrado, rico em forças ou princípios supremos, dotado de significados que contrastam o cosmo (refúgio) e o caos (desamparo) em um espaço humanamente incompreensível.

“A apatia é o pior estado psicológico e implica na falta de investimento psíquico em si mesmo. O narcisismo, tão importante para a auto preservação, está em baixa, e o sujeito não está investindo sua energia vital em si mesmo” (KNOBEL,1999,1300).

Segundo SUESS (1995), a partir da pluralidade cultural, o conceito de cultura passa a ser construído, tornando-se de fundamental importância a incorporação do “Outro” na tentativa de se ofuscar a visão etnocêntrica pela qual corre-se o risco de se “excluir” em nome de paradigmas.

A religião é fruto de uma matriz cultural e cada indivíduo encontra-se impregnado por seus valores culturais e estes se manifestam através da fé no objeto considerado sagrado; neste contexto, a visão religiosa se propõe a explicar e justificar a doença.

O homem tem na crença religiosa um preceito “explicativo e convincente” do inatingível; não suportando o peso da razão pura, torna-se essencial referenciar-se, através do objeto “sagrado”, em um diálogo com o divino, enriquecendo os idéias do espírito humano, reforçando o pensamento coletivo nas representações religiosas. Mediante a importância dos aspectos religiosos para o homem, DURKHEIM (1996, VII) coloca que **“não há religiões falsas. Todas são verdadeiras a seu modo: todos correspondem, ainda que de maneiras diferentes, a condições dadas da existência humana”**.

O apego à religião demonstra uma forma peculiar de sentir e de se expressar, em meio à crise instalada, onde as diversas situações humanas fluem em direção à libertação do sofrimento. Recorre-se a um símbolo sagrado que se torne vínculo com o transcendente, levando consigo, a dimensão dos sentimentos que a experiência religiosa, em um momento crítico, como a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva poderá desencadear. O objeto considerado sagrado, pelo paciente, revela sua

“capacidade catalisadora de sentimentos e desejos num tempo-espaço preciso...” (PARKER, 1995, 168).

Na visão de BERGER (1985) a sociedade humana é o fenômeno que constrói os arquétipos do mundo, sendo a religião uma de suas principais ferramentas; neste empreendimento, o homem é visto como um ser inacabado, sem estrutura para suportar “sozinho”, isto é, alheio aos parâmetros sociais, os dilemas de sua própria existência. Portanto, o homem vive, continuamente, na busca de suprimento para suas necessidades.

“ ... A sociedade é produto do homem e o homem é produto da sociedade” (BERGER, 1985, 15).

Em BERGER (1985, 17-22) o homem, digo, o paciente religioso, não é um ser isolado em si mesmo; sente necessidade de exprimir tudo que o afeta e o aflige e, portanto, demonstra ser “exteriorizante por essência”. Conforme sua cultura e personalidade, o paciente procura, em um momento crítico, se interar do mundo físico, em uma dimensão transcendental, com o intuito de fabricar um mundo para si, que possa lhe proporcionar equilíbrio e respostas.

BERGER (1985, 36) aborda a morte como uma barreira intransponível para a sociedade, sendo, com isso, uma ameaça à

continuidade das relações das relações humanas rumo ao estado de “xeque-mate” dos valores de ordem que sustentam a sociedade.

“ ... as situações marginais da existência humana revelam a inata precariedade de todos os mundos sociais. Toda realidade socialmente definida permanece ameaçada por “irrealidades” à espreita” (BERGER, 1985,36)

Continua BERGER (1985) falando da religião como um investimento, socialmente construído, para suprir a carência humana de significados. Transporta-se esta visão para o contexto de enfermidade, onde o paciente tem, na religião, um caminho na busca de respostas para questões existenciais; estas respostas, para BERGER (1985), aparentemente apresentam-se colossais, porém em franco risco de se ruir em anomia e levar o homem a perceber o caos à sua volta. Portanto, segundo BERGER (1985), cabe à sociedade manter o indivíduo situado dentro da realidade “oficial”, isto é, do nomos estabelecido, onde não há risco para anomia.

“Visto na perspectiva da sociedade, todo nomos é uma área de sentidos esculpida de uma vasta massa de carência de significados, uma pequenina clareira de lucidez numa floresta informe, escura, sempre ominosa. Visto na perspectiva do indivíduo, todo nomos representa o luminoso “lado diurno” da vida, precariamente oposto às sinistras sombras da

“noite”. Em ambas as perspectivas, todo nomos é um edifício levantado frente às poderosas e estranhas forças do caos” (BERGER, 1985, 36).

BERGER (1985, 38-41) coloca que a religião representa uma estratégia humana na construção de significados para questões incompreensíveis. A religião é uma forma de cosmificação sagrada de objetos, animais, homens, etc. É a busca pelo poder, misterioso e tremendo, que enriquece a cultura humana. No status da sacralidade, as manifestações do “algo inédito” transcende o homem, digo, o paciente religioso, e o coloca em um estado extraordinário de significados e ordem. Ao fazer a conexão com o cosmos sagrado, o homem passa a se sentir “protegido contra o pesadelo das ameaças do caos” conforme nos lembra BERGER, 1985, 40. Percebe-se, neste discurso de BERGER (1985), a influência de OTTO (1985), em uma visão “fascinante” do papel do sagrado na consolidação do estado de sentido e ordem.

Destaca-se a contribuição de MAUSS (1974, 121-167) onde a religião é vista como uma força coletiva oriunda da crença em algo comum a um grupo; fundamenta-se na fé e refere-se a temas da existência humana (salvação, vida, morte etc.) buscando o alcance de objetivos através de rezas e sacrifícios. Quanto à magia, MAUSS (1974) a coloca como um objeto de crença, onde a fé é um pré-requisito para a experiência mágica, visa a resolução de temas concretos (aquisição de

bens materiais etc.) mediante a manipulação e controle dos elementos envolvidos (mágico e sociedade); considera as coincidências favoráveis e nega as contradições. Diante destes conceitos, MAUSS (1974) nos mostra que a religião tem a sua “magia” e esta se revela através da “fé”.

Os insumos do campo religioso apresentam-se, com consciência motivadora e repleta de tecitura simbólica de raiz cultural. A essência da religiosidade popular sobrevive, em meio ao racionalismo das culturas politicamente dominantes. Os pressupostos valóricos depuram a experiência religiosa, passando-a **“pela racionalidade iluminista, reducionista do simbólico, do afetivo, do não-racional e do misterioso”** (PARKER, 1996, 49).

Ao se assumir o condicionamento do ser humano, pela magnitude sócio-cultural, percebe-se, ser o momento para se compreender a amplitude dos meios simbólicos, onde o homem religioso articula, através da fé, as grandes dualidades, dentre elas, a vida e a morte, na busca de respostas onde, segundo PARKER (1996, 50) **“a carga simbólica evoca a fé e o fervor místico, o numinoso, o milagre e o mistério, a iluminação e a ascese”**.

3.3. A religião para o doente

A medicina psicossomática enfatiza que qualquer conflito pode gerar emoções e, portanto, pode determinar, concomitantemente, manifestações somáticas, como por exemplo, a ansiedade que pode vir acompanhada de sintomas físicos, chamados autonômicos, como: taquicardia, sudorese, tontura, sensação de cabeça leve, tensão muscular, tremores, diarreia, boca seca, náusea, vertigem, entre outros (MELO, 1979); a partir daí, pode-se compreender porque a relação paciente-objeto sagrado possui uma “aura” positiva, um efeito “mágico”. O paciente tende a reproduzir na figura do objeto sagrado, a um nível inconsciente os sentimentos que lhe são significativos, emocionalmente. Estas manifestações revelam uma sobrecarga de ansiedade à luz dos símbolos sagrados e seus significados no âmbito dos seus valores culturais.

KUBLER-ROSS (2000,279) baseada em suas experiências com paciente terminais, nos relata o quanto é imprescindível, para o paciente, nestes momentos de crise, que se preserve a liberdade de expressão psíquico-espiritual onde a religião torna-se o referencial do homem em meio aos fenômenos que o envolvem, podendo chegar a “aliviar sintomas somáticos”. O vínculo religioso é um transmissor de valores básicos para a existência humana; estes valores amenizam reações do acervo psicológico, em situações de crise, promovendo comoventes

desfechos em ocasiões de alta afetividade como na inesperada situação de adoecimento, perda de vitalidade e destino à “eternidade”.

“Alguns tinham sentimentos de culpa por algum “pecado”, real ou imaginário, e se sentiam bastante aliviados quando lhe oferecíamos a oportunidade de confessá-lo, sobretudo na presença de um capelão. Todos estes pacientes sentiam-se melhor depois das “confissões” ou depois que se tomavam providências quanto ao cuidado de terceiros, e, geralmente, morriam logo após ter sido resolvido o assunto pendente.” (KUBLER – ROSS, 2002,276).

Segundo FREYRE (1983) o paciente encontra-se “desviado de sua normalidade biológica e sócio-cultural”, portanto o conhecimento da natureza humana requer “sensibilidade poética e imaginação criadora” na tentativa de mostrar que o paciente caminha junto com sua cultura, portanto, seus valores religiosos tornam-se expressões psicoculturais que ao serem considerados permitem uma global assistência, isto é, envolvendo o lado “abstrato” e o lado “concreto” do ser humano.

O homem é um todo condicionado biossocioculturalmente, portanto, o que se entende por saúde e enfermidade envolve o sentido mais amplo dos estudos humanísticos na interação com o indivíduo biológico.

O feitiço religioso mostra-se presente nas relações de convivência e nas aspirações, tensões e esperanças de vida. Como o paciente está em

um momento crítico de circunstâncias marcadas por desajustes psicofisiológicos, este fato se torna bastante evidente. Por este motivo deve o profissional de saúde pensar, agir e proceder, junto ao paciente, procurando enxergá-lo como “pessoa completa”, onde, neste caso, segundo MESLIN (1988) a noção de pessoa está inserida em uma malha de “influência e referência” religiosa e cultural que induzem a criação de representações de valor transcendental para a pessoa humana.

No paciente religioso observa-se uma convicção nada racionalista nas manifestações supra-naturais que intensificam e potencializam sua afetividade expressiva na dimensão simbólica a qual encontra-se imbuída de mistério acabando por se adaptar à realidade sócio-cultural do homem contemporâneo.

Os traços culturais se fazem presente no núcleo significativo da religiosidade onde há possibilidade de satisfação das autênticas necessidades do homem, rompendo com aspectos dezumanizantes de uma modernidade submersa em incertezas, cf afirma AOUZA (1985, 78) **“o homem em situações de crise procura se apoiar em algo que ele crê, que lhe dê força e incentivo de lutar pela vida”**.

Segundo PARKER (1996, 157) **“a oferta de sentido da religião é insubstituível”**. As manifestações religiosas surgem, com intensidade crescente, nos recintos hospitalares, onde é mais freqüente a quebra nos

significados; percebe-se a necessidade de se formar organizações simbólicas que dêem sentido à busca do sagrado, do qual provêm a restauração da ordem violada, isto é, a eliminação da doença e do sofrimento e, neste sentido, ELIADE (1996) nos fala amplamente sobre os rituais de cura nas sociedades tribais com efeito sobre o enfermo.

A liberdade que o ser humano parece sentir, ao viver sua religiosidade, caminha por satisfazer uma vasta gama de necessidades humanas; este fenômeno observa-se, com clareza, quando o homem, tem a sua integridade físico-emocional ameaçada. O adoecer tem como reflexo o momento em que as formas de ser, de pensar e de agir são veiculadas nas estruturas de símbolos, como os objetos considerados sagrados, observados junto aos pacientes internados em UTI. Estes objetos demonstram que a diversidade cultural esbarra na tendência hegemônica de repressão das produções simbólicas-culturais no campo religioso; percebe-se significados, em profundidade invisível, porém, susceptível de ser apreendida e analisada, apesar dos paradigmas de interpretação.

A dezumanização da assistência em UTI tem como consequência, imediata, a despersonalização do paciente onde, nesta situação, seu estado emocional é ignorado. Seu estado de espírito, repleto de inseguranças e angústias, progressivamente, se intensifica com as

manipulações assistenciais (exames clínicos, laboratoriais, radiológicos; sondagens, medicações etc) e até o fato de estarem ao lado de pacientes graves, chegando a assistir à morte dos mesmos.

Torna-se imensa a “sobrecarga” emocional e o sofrimento físico para o frágil ser humano. Onde buscar forças para suportar tamanha agressão?

Neste momento, podemos recorrer a BERGER (1985) quando nos fala que, o medo do “caos” impulsiona o homem em direção ao cosmos, na busca do poder sagrado, capaz de colocar ordem e significado em sua vida.

Diante desta incógnita, sem sombra de dúvidas, percebe-se que a equipe da UTI, ao exercer o “cuidar”, que o faça compreendendo a tendenciosidade, do paciente, em se voltar para o lado espiritual, onde almeja saciar a sua sede de “energia vital”, oriunda do mundo divino, episódio este em que o ser humano se percebe além da matéria, isto é, onde a doença não alcança e não há dor. A fé revigorada, em uma entidade superior, leva a um nítido e perceptível estado de “esperança” e conseqüentemente, motivação.

LEX (1971) aborda a questão do respeito à personalidade humana no que tange aos valores integrais do ser humano, quando atendido em

uma instituição hospitalar e cita Delore na seguinte referência expressiva:

“As disposições espirituais do doente, sua crença na virtude da prece, o sentido que ele confere à dor, o modo pelo qual suporta a prova, são os fatores de calma, paz interior, esperança, que a medicina psicossomática não pode esquecer”

Delore apud LEX (1971,85).

4. O CONTEXTO CULTURAL

4.1. O cenário

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Professor Eduardo Jacobson do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em Goiânia, entidade de direito Público com atuação a nível primário, secundário e terciário, direcionada ao atendimento gratuito aos pacientes do sistema Único de Saúde (SUS).

A UTI possui 09 leitos, atendendo casos agudos, crônicos e pós operatórios, nas mais diversas especialidades médicas. A unidade é campo de estágio para médicos residentes e acadêmicos de enfermagem e de fisioterapia.

A planta física resume-se em duas enfermarias, sendo a maior composta por 07 leitos e a menor, a qual destina-se a isolamento, composta por 02 leitos.

As paredes são pintadas com tinta acrílica na cor branca; o piso é de paviflex na cor cinza; o teto é composto por revestimento plástico na cor branca.

Há três janelas, as quais estão voltadas para o fundo do hospital. Entre as enfermarias e o posto de enfermagem tem-se extensos visores de vidro com visão direta para os leitos.

Compõe a unidade do paciente:

- cama com grades laterais;
- 01 (hum) ponto de ar comprimido;
- 01 (hum) ponto de oxigênio;
- -01(hum) sistema de aspiração à vácuo;
- 08 tomadas aterradas;
- divisória flexível;
- duas bombas de infusão;
- termômetro;
- estetoscópio
- esfigmomanômetro com coluna de mercúrio;
- monitor com múltiplas funções (traçado eletrocardiográfico, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura axilar, pressão venosa central e oximetria de pulso);
- kit para oxigenoterapia (cateter nasal, máscara facial ou ventilador mecânico);
- suporte para soro.

Atua nesta unidade, uma equipe multiprofissional constituída por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, serventes de limpeza e secretária.

A unidade apresenta alta rotatividade; admissões, altas e óbitos ocorrem com freqüência; dificilmente encontra-se leito vago. No leque de admissões, recebe-se pacientes procedentes do centro cirúrgico e obstétrico em pós-operatórios complicados; também pacientes, em risco, oriundos do pronto-socorro e demais clínicas do hospital.

A rotina para visitas, de familiares e amigos, aos pacientes, são diárias, das 14 às 14:30 horas, onde libera-se duas pessoas, por paciente; ao final da visita, o médico plantonista presta as devidas informações, sobre o estado clínico do pacientes, à família. Diariamente, são liberados dois boletins médicos, um às 07 horas e o outro às 19 horas, sendo que as informações são divulgadas, por telefone, pelo serviço de portaria do hospital.

À seguir, as figuras 1 a 6 permitem que se transporte ao ambiente hospitalar chegando ao cenário da UTI e se confirme a explícita presença do sagrado se contrastando com a medicina oficial.



FIGURA 1 – Entrada do Hospital das Clínicas/UFG



FIGURA 2 – Altar em um dos corredores do Hospital das Clínicas/UFG



FIGURA 3 – Capela ecumênica do HC/UFG



FIGURA 4 – Unidade de Terapia Intensiva do HC/UFG



FIGURA 5 - Interior da UTI/HC



FIGURA 6 – Ante-sala da UTI/HC

4.2. Os pacientes

Fizeram parte deste estudo 22 pacientes que portavam algum objeto considerado, por ele, como sagrado. Deste, 15 eram do sexo feminino e 07 do sexo masculino.

As observações e entrevistas dos pacientes ocorreram, individualmente, durante o período de internação na UTI.

Destaca-se a relação dos objetos considerados sagrados identificados entre os pacientes do estudo. Alguns pacientes já eram admitidos com seu “amuleto”, porém, a maioria deles recebia o objeto através de algum familiar, durante o horário de visitas. A variedade de objetos, revela o sincretismo religioso presente na sociedade contemporânea.

O quadro I resume as principais características sócio-culturais dos pacientes observados. Os pacientes são identificados por números.

À seguir, nas 7 a 14, percebe-se a presença de objetos considerados sagrados com o paciente ou próximo dele, isto é, na cabeceira do leito e pendurado em um suporte de soro.

Quadro I – Perfil sócio-cultural dos pacientes observados

paciente	Sexo	Idade*	Estado civil*	Escolaridade*	Ocupação*	Objeto sagrado	Religião*
01	M	24	Solteiro	4ª série	pedreiro	cruz	católica
02	F	50	Casada	4ª série	cozinheira	rosário	católica
03	F	52	Casada	analfabeta	do lar	rosário	católica
04	F	33	Casada	primário	do lar	folheto bíblico	evangélica
05	M	49	Casado	analfabeto	pedreiro	cruz (pingente)	católica
06	M	48	Casado	primário	minerador	fita + barba (promessa)	católica
07	F	52	Viúva	2ª série	lavadeira	gravura de santo	católica
08	M	52	Casado	primário	pedreiro	bíblia + folheto bíblico	evangélica
09	F	44	Casada	4ª série	do lar	fita	espírita
10	F	28	Solteira	8ª série	doméstica	cruz (pingente)	católica
11	F	54	divorciada	7ª série	camelô	fita + medalha	espírita
12	F	55	Casada	primário	lavadeira	gravura de santo	católica
13	M	60	Casado	primário	aposentado	água benta	católica
14	F	62	Casada	primário	aposentada	folheto (psicografia)	espírita
15	F	58	Casada	8ª série	cozinheira	óleo ungido	evangélica
16	F	62	Viúva	primário	bordadeira	cabelo (promessa)	católica
17	M	49	Divorciado	1º grau	motorista	patuá + medalha	católica
18	M	58	Solteiro	primário	lavrador	crucifixo	católica
19	F	28	Solteira	8ª série	camelô	cruz (tatuagem)	católica
20	F	30	Solteira	8ª série	do lar	óleo ungido	evangélica
21	F	38	Solteira	2º grau	professora	medalha	católica
22	F	55	Casada	primário	costureira	rosário	católica

* Dados coletados no prontuário do paciente.



FIGURA 7 – Paciente usando medalha

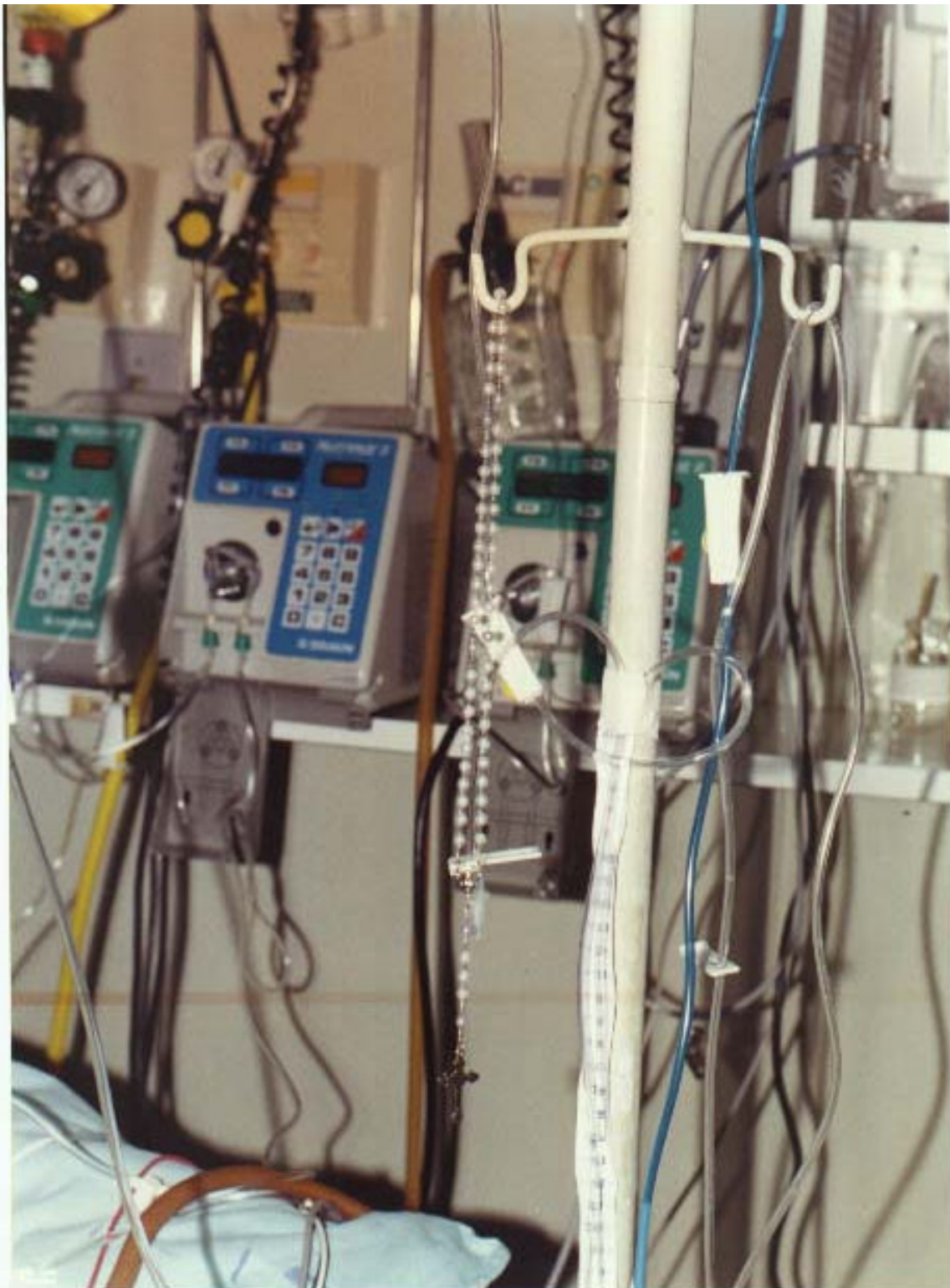


FIGURA 8 – Rosário pendurado em um suporte de soro



FIGURA 9 – Paciente com rosário



FIGURA 10 – Bíblia e óleo “ungido” na cabeceira do leito



FIGURA 11 – Paciente com folheto bíblico



FIGURA 12 – Paciente usando fita



FIGURA 13 – Frasco com água “benta” e gravura de santo



FIGURA 14 – Paciente com sua bíblia

4.3. As reações

Revela-se, através desta investigação, reações emocionais, no contexto da doença e, especialmente, quando da internação em UTI. Observa-se a cumplicidade que há entre o paciente e seu objeto “sagrado”, através do qual expressa sua maneira de ser e de viver, representando uma saída para seus conflitos, para o equilíbrio psíquico-emocional.

Os quadros II e III resumem as reações físico-emocionais observadas, nos pacientes, frente a possibilidade de serem afastados dos seus objetos considerados sagrados e as reações quando têm de volta o objeto “sagrado.

Quadro II – Reação observada no paciente mediante a possibilidade de ser afastado do seu objeto “sagrado”.

paciente	reação
01	Mão cerrada segurando uma cruz
02	Choro / diz que é relíquia de família
03	Pede para ficar com o rosário
04	Pede para não jogar fora o folheto
05	Pede para não retirar sua corrente
06	Diz que é promessa, não pode tirar (barba + fita)
07	Pede para deixar na cabeceira do leito
08	Pede para deixar na cabeceira do leito
09	Pede para não tirar, é promessa
10	Indiferente
11	Pede para não retirar
12	Pede para que seja devolvido após os procedimentos
13	Pede para não jogar fora
14	Indiferente
15	Pede para deixa-lo em sua cabeceira
16	Diz que é promessa, não pode cortar o cabelo
17	Pede para não retirar
18	Segura-o, pede para deixar com ele
19	-----
20	Pede para guardar para ela
21	Puxa o braço
22	Diz que é relíquia de família

Quadro III – Reação observada no paciente ao ter de volta o objeto “sagrado”.

paciente	reação
01	Objeto sagrado na mão semi-aberta
02	Choro
03	Tranqüilidade aparente
04	Lê o folheto
05	Beija a cruz
06	Tranqüilidade aparente
07	Com o “santinho” nas mãos, parece estar rezando
08	Lê a bíblia por uns três minutos e em seguida a fecha e fica segurando-a
09	Tranqüilidade aparente
10	Balbucia (reza?)
11	Tranqüilidade aparente
12	Com a gravura nas mãos, chora
13	Pede para que lhe dê a água da garrafa
14	Segura-o
15	Passa na testa e nas mãos
16	Tranqüilidade aparente
17	Indiferente
18	Faz o sinal da cruz
19	A mantêm coberta
20	Molha um dos dedos e passa na testa
21	Indiferente
22	Pega-o para rezar

4.4. Os depoimentos

Os pacientes do estudo foram entrevistados no cenário sócio-cultural da UTI e responderam, espontaneamente, à entrevista. As respostas foram anotadas e considerados os fragmentos, isto é, os “insights” culturais que atendiam ao objetivo desta investigação.

O quadro IV descreve os trechos da entrevista que proporcionam uma compreensão imediata do que se busca apreender na questão da amplitude do significado do objeto “sagrado”, para o paciente; revela-se, nestes valiosos relatos, aspectos de contextualização do cenário cultural e sua influência nos valores e crenças.

Quadro IV – Resposta à pergunta: qual o significado desse objeto, para você, neste momento?

paciente	Depoimento
01	Que Deus ta comigo. Vai me ajudar...
02	Sei que a Virgem Maria zela pela gente... não quero morrer...
03	Que Deus ta perto e cuida da gente...
04	É a palavra de Deus que ta escrita e tem poder de curar...
05	Sei que o divino Pai Eterno está junto de mim...
06	A fé que o Divino Pai vai me dá a graça.
07	A minha santinha me dá força... não chegou a minha hora...
08	Que Jesus Cristo salva e cura, é só crer no seu poder.
09	Têm coisas que a gente têm que passar...
10	Que Jesus e Maria tá aqui comigo
11	Que tem coisas que é pra gente melhorar, Deus sabe.
12	Não estou só, Deus tá comigo.
13	Essa água tá abençoada, vai me curar...
14	É uma mensagem do Chico que dá força...
15	É óleo ungido por Deus, pra gente passar e crer...
16	Já estou agradecendo a graça que vou receber, eu prometi.
17	Significa que os santos e meu guia tão aqui comigo.
18	O Cristo tá comigo, tenho fé nele. Não é a minha hora.
19	Eu fiz para mostrar que acredito no Cristo.
20	O óleo tá abençoado, é só ungir que vem a cura.
21	Significa a minha fé de cristã que sou.
22	Não consigo rezar sem ele... preciso rezar muito!

4.4.1. Os códigos

A codificação de dados é a fase de organização de unidades de conteúdo. Para melhor compreensão identificou-se cerca de seis códigos:

- sentimento de medo da morte;
- sentimento de desamparo e insegurança;
- sentimento de solidão;
- perspectiva de cura;
- sentimento de culpa;
- sentimento de conformismo.

A seguir, o quadro V demonstra a codificação dos depoimentos:

Quadro V – Codificação das respostas à pergunta: qual o significado desse objeto, para você, nesse momento?

Código	depoimento	Paciente
Sentimento de medo da morte	Sei que a Virgem Maria zela pela gente... não quero morrer...	02
	A minha santinha me dá força... não chegou a minha hora...	07
	O Cristo tá comigo, tenho fé nele. Não é a minha hora.	18
Sentimento de desamparo e insegurança	Deus tá comigo. Vai me ajudar...	01
	Que Deus tá perto e cuida da gente...	03
	É uma mensagem do Chico que dá força...	14
	Eu fiz pra mostrar que acredito no Cristo.	19
	Significa a minha fé de cristã que sou.	21
	Não estou só, Deus tá comigo... Ele me dá força...	12
Sentimento de solidão	Que Deus tá perto e cuida da gente...	09
	Sei que o Divino Pai Eterno está junto de mim...	05
	Que Jesus e Maria tá comigo...	10
	Significa que os santos e meu guia tão aqui comigo.	17
	Não estou só, Deus tá comigo... Ele me dá força...	12
Perspectiva de cura	É a palavra de Deus que tá escrita e tem poder de curar...	04
	A fé que o Divino Pai vai me dá a graça.	06
	Que Jesus Cristo salva e cura, é só crer no seu poder.	08
	Essa água tá abençoada, vai me curar.	13
	É óleo ungido por Deus, pra gente passar e crer...	15
	Já estou agradecendo a graça que vou receber, eu prometi.	16
	O óleo tá abençoado, é só ungir que vem a cura.	20
Sent. de culpa	Não consigo rezar sem ele... preciso rezar muito!	22
Sentimento de conformismo	Tem coisas que a gente tem que passar...	09
	Tem coisas que é pra gente melhorar, Deus sabe.	11

4.4.2. As categorias

A partir dos códigos identificados, buscou-se interpretar os dados, relacionando-os ao ambiente estigmatizado da UTI e aos conceitos teóricos sobre a relação do homem com a morte e a religião, ressaltando o fenômeno da hierofania.

Foram construídas três categorias:

- a primeira, relacionada ao estigma de morte que impera sobre o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (A UTI – esse espaço ...);
- a segunda, relacionada ao significado do objeto “sagrado”, para o paciente, no contexto da UTI (O objeto “sagrado”...);
- a terceira, relacionada à fé como “catalisador” na relação do homem com o sagrado (Fé, basicamente fé).

5. O SIGNIFICADO CULTURAL

5.1. A UTI – esse espaço...

O ambiente hospitalar por si só desencadeia uma alusão às facetas do sofrimento, dor e morte. Ao se percorrer os frívolos corredores de um hospital, a impressão que se tem é a de estar em uma galeria barroca e nostálgica, onde símbolos e imagens contrastam com as pretensões da ciência frente ao sobrenatural. A necessidade do homem, em estar próximo aos referenciais espirituais, é evidenciada nestes momentos de reformulação de valores, na percepção individual da visão gerada pela organização sócio-cultural. O inexplicável passa a ter sentido para quem está sensibilizado pelos ferimentos simbólicos diante da fragilidade humana.

As figuras 1 a 14 demonstram a presença do apelo religioso no interior do Hospital das Clínicas e, sobretudo, na Unidade de Terapia Intensiva. Percebe-se a soberania explícita do sagrado no espaço da medicina oficial (exercício da razão) onde as facetas do sofrimento, dor, angústia e perda se manifestam no universo simbólico (exercício da emoção); o irrealizável parece poder ser alcançado afastando, com isso, as ameaças do caos (BERGER, 1985). A magia existe para aquele que

acredita, isto é, para quem se encanta com sua ilusão no abrandamento das adversidades do destino; à luz do sagrado, encontra-se significados e modifica-se o presente (MAUSS, 1974).

“Já estou agradecendo a graça que vou receber, eu prometi.”(16)

No trajeto que o paciente faz pelo hospital, sobre uma maca ou uma cadeira de rodas, rumo à UTI, percebe-se objetos e atitudes culturais que revelam segundo BOURDIEU (1989), a crença que legitima o poder simbólico, portanto, a força do sagrado sendo expressa e manifesta em uma relação dualística entre a criatura e o criador; a necessidade de se enxergar o invisível, tocar o intocável, enfim, de crer no abstrato. O poderio espiritual influente se revela presente nas relações sociais despertando interpretações no mundo dos valores religiosos e ideológicos.

Corredores à meia luz, penumbras em todos os cantos. Decoração impessoal, nada aconchegante. Um altar logo à vista com diversas imagens, velas acesas, vasos com flores “tristes”. Capela com um toque ecumênico. Parentes do pacientes que circulam sem rumo, em busca de informações e consolo. Profissionais da “saúde” que caminham apressados, vestidos de “branco”, indiferentes ao martírio psíquico-espiritual à sua volta. Pessoas que caminham e, de repente, fazem o

“sinal da cruz” como uma prática mágico religiosa da qual emana um suposto poder de proteção. Na Unidade de Terapia Intensiva, encontram-se pacientes graves e/ou terminais, que em meio a um suporte tecnológico “barulhento” vivem em silêncio, repletos de esperança, seu sofrimento. Observa-se que o doente se torna “paciente” à qualquer credo que lhe seja colocado, o que lhe interessa é a resolução do seu problema, isto é, o alívio da enfermidade.

“O sofrimento religioso é, ao mesmo tempo, expressão de um sofrimento real e um protesto contra um sofrimento real. Suspiro da criatura oprimida, coração de um mundo sem coração, espírito de uma situação sem espírito: a religião é o ópio do povo”.

K. Marx apud ALVES (1996,55)

Nas observações e falas dos pacientes percebe-se que estar doente, organicamente, envolve também conflitos interiores, existenciais, no contexto de circunstâncias psíquico-sociais (paciente, família, amigos) sendo que estes aspectos podem intensificar condições patogênicas. A doença é um desafio, para o ser humano, em direção ao espaço simbólico, cultural e implicações psicossociais.

“A doença é uma quebra do equilíbrio biopsicossocial do indivíduo e obrigatoriamente remete o paciente à revisão de valores, ações e desencadeia mecanismo de resgate da condição humana e de suas relações” (ROMANO, 1998,70).

O paciente ao ser encaminhado à UTI percebe a possibilidade de uma doença incurável, estado este que desencadeia aspectos emocionais que podem culminar em crise de sentimentos. Este estado de instabilidade emocional que caracteriza o adoecer, atinge, segundo MACIEL (1998), pessoas de todos os níveis sociais que reagem de maneira uniforme diante da doença.

“A doença parece ser vista de tal enfoque, como uma espécie de nivelador sócio – negativo, “igualando” pessoas das mais diferentes localizações sociais em uma mesma classificação que as tornaria semelhantes, não só nos sintomas comuns, ms também no modo “emocional” de ser enquanto pessoa” (MACIEL, 1998, 04).

KUBLER-ROSS (2000) nos chama atenção para o processo de “coisificação” que recai sobre o paciente onde tudo é imposto e, qualquer sinal de reação torna-se insignificante frente ao contexto mecânico e despersonalizante das Unidades de Terapia Intensiva; o paciente transforma-se em um objeto de investimento científico-financeiro, sendo que o cuidado humano e total torna-se algo “supérfluo” em meio ao dinamismo da sociedade.

A complexidade das emoções humanas revela a força que o paciente procura para assumir a sua existência humana e a doença como parte de sua história.

“O paciente traz, com sua doença, a sua história. A gravidade do quadro clínico, a incerteza do diagnóstico e a imprevisibilidade da evolução do tratamento de encontro a estrutura psíquica de cada paciente e de seus familiares vão atualizar peculiarmente, no hospital, a vivência de “extremo desamparo”, que é o destino humano” (MOURA, 1998, 150).

Segundo MOURA (1998), o paciente ao se internar perde sua harmonia e esforça-se por recuperá-la de forma a suportar a situação traumática de doença e a internação em UTI. Procura-se em meio à desarmonia físico-emocional, ter acesso a mais recursos para lidar com a angústia.

“Que Deus tá perto e cuida da gente...” (03)

O paciente lança mão de transferência de sentimento como atualização da realidade do inconsciente, construindo e manejando sua dificuldade de ajuste emocional frente ao acaso, a doença, reforçando a idéia da importância do objeto considerado sagrado, como recurso para lidar com a angústia advinda da situação de doença e a possibilidade de morte.

“A minha santinha me dá força... não chegou a minha hora...” (07)

Defesa: esta é a reação que se observa em um paciente admitido em uma UTI, onde esta unidade tornou-se sinônimo de morte iminente, mobilizando o sentimento de medo da morte, o qual pode gerar instabilidade emocional de tamanha amplitude podendo chegar a exacerbar manifestações somáticas, variando estas reações de acordo com a estrutura individual de personalidade como coloca KNOBEL (1999, 1298), **“a ansiedade e o desespero estão inicialmente presentes devido a falta de autocontrole e a crescente dependência da equipe”**.

Segundo KNOBEL (1999), o medo e a ansiedade, a depressão, a tristeza e a desesperança são respostas emocionais observadas em pacientes internados em UTI, sendo estes sentimentos os responsáveis pelo estresse da hospitalização. Porém as respostas variam em sua intensidade mediante fatores individuais psíquico-emocionais como, por exemplo, um paciente clinicamente estável poderá sentir-se terminal, e outro paciente, em estágio terminal poderá sentir-se otimista em relação ao seu prognóstico.

O desenvolvimento tecnológico infiltrou-se em diversas culturas, fazendo com que a morte, no seio da família, fosse transferida para o solitário interior da UTI, deixando de ser um fenômeno natural na vida do homem para se tornar assustadora e indesejada, ponto chave de

conflitos e emoções. Nesta fase tudo é muito individual, e conspira-se para a derrota do inevitável. Percebe-se **“o comprometimento da atmosfera emocional de uma UTI, lembrando que os pacientes são afetados potencialmente em suas necessidades básicas”** (BOEMER, 1989,11).

Mediante o exposto, percebe-se o desgaste emocional e o trauma que o paciente incorpora ao se ver envolvido pela doença, a qual poderá limita-lo fisicamente ou leva-lo à morte. O homem passa pelo luto de não ter saúde levando, com isso, a um abalo em sua auto-estima, sendo que a intensidade deste processo ocorre mediante a estrutura de personalidade do paciente. O limiar psicológico do homem determinará sua forma de elaborar o adoecer, como coloca RUSCHEL (1998), o qual estende estas mesmas reações psicológicas, aos pacientes que se submetem a grandes cirurgias, destacando as cirurgias cardíacas, as quais passam parte do pós-operatório em UTI.

“Sabemos que a representação que cada pessoa tem de si mesma está vinculada a sua imagem corporal. Como a identidade constrói-se a partir de um corpo íntegro e completo, a situação de uma doença cardíaca ameaça o senso de sentir-se íntegro, constituindo-se em algo que põe em risco a existência da pessoa. Quando o corpo se modifica significa modificação na identidade pessoal e conseqüentemente são situações que geram conflitos emocionais” (RUSCHEL, 1998, 51).

Embora se tenha consciência do contexto racionalista, no qual se encontra inserido, esta condição provoca, no paciente, reflexões sobre conceitos humanos que, mediante sua passagem pela UTI, o fará superar e dominar conflitos, reelaborando concepções de valores humanos.

“Humanizar o CTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um” (KNOBEL, 1999, 1306)

O sistema racionalista, funcionalista e tecnocratizante no qual estão inseridos os cuidados intensivos passa por um afã, chamado pela expressão metódica, “humanização”. Este termo corre o risco de se tornar um sinônimo para “decoração”, pois as ações têm se voltado para o exterior ao ser humano. O homem permanece neste ambiente, dito “humanizado” ou melhor “decorado”, sendo encarado como se estivesse despido de seus valores culturais e religiosos, onde ações tecnicistas descartam os sentimentos que definem o próprio ser humano e sua identidade cultural. Este contexto nos mostra a necessidade de se valorizar a cultura popular e, neste universo, enfatiza-se os estilos de pensamentos e simbolismos, suas crenças e práticas religiosas.

“Essa água ta abençoada, vai me curar...” (13)

A UTI traz em seu bojo, a ciência e a tecnologia que contrasta com o homem em sua “essência”; este se assusta com tamanha modernidade e busca, no simples “aperto de mão”, a força imensurável que motiva e anima, que é capaz de alterar o curso clínico de uma doença, promovendo melhorias no processo de uma reabilitação com confiança.

“Não estou só. Deus ta comigo... Ele me dá força.” (12)

Ao abordar a importância do toque, no cuidar do paciente em UTI, HUDAK e GALLO (1997, 41) colocam que:

“o ato de tocar ou ser tocado envolve a estimulação de receptores cutâneos que transmitem mensagens para o cérebro que são então interpretados pela pessoa. Um grande segmento do cérebro é dedicado ao tato. O toque não relacionado a uma tarefa (toque afetivo) é uma potente intervenção terapêutica que transmite interesse”.

Hoje, a assistência ao paciente que necessita de cuidados intensivos, baseia-se em um cientificismo imerso em valores materiais que se distanciam das verdadeiras necessidades humanas. Na mais tênue

busca pelo tratar com dignidade, corre-se atrás da restauração dos valores altruístas que revitalizam o humanismo, traçando uma nova perspectiva na arte do “cuidar”.

A avançada tecnologia, no contexto dos cuidados intensivos, pode contribuir para o fenômeno de desumanização que impera na UTI, onde o paciente poderá sentir-se minúsculo e invisível em meio a cânulas, cateteres, monitores, computadores. Portanto, percebe-se que **“estes pacientes podem necessitar de toque humano para assegurar sua humanidade, dignidade e auto valor em um ambiente amedrontador, impressionante e altamente tecnológico”**(HUDAK e GALLO, 1997, 46).

Tanto a equipe quanto o paciente se vêem diante da morte e da vida quando, neste espaço estigmatizado, cada um com sua forma de defesa, em franca atividade, suscita a negação de afetos de forma a ofuscar a sua sensibilidade em meio ao momento crítico.

Ser paciente, em um UTI, significa que:

“o sujeito se encontra despido de suas roupas, seus pertences, seu ambiente, trabalho, família, amigos. Despido, enfim, dos sinais que o identificam enquanto sujeito de sua própria história, aquele que conjuga o verbo, complementa a frase, diz”(MOURA 1998, 156).

Torna-se inegável a necessidade de se compreender as características que se afluam no ser humano, enfermo, quando se encontra em um ambiente em que, de forma sutil, o descuido e o descaso imperam rumo à desestabilizar, por demais, o ethos do humano fundamental; caracteriza-se, segundo BOFF(1999,27), por uma “modelação da casa humana” que historiza seus valores, atitudes e comportamentos mediante as tradições culturais e espirituais.

Portanto, importante se faz, em UTI, a observação e controle das funções vitais do paciente, sem contudo esquecer que estamos diante de um ser bio-psíquico-sócio-cultural, onde estas características são inseparáveis. É impossível “cuidar”, no verdadeiro sentido, somente do lado biológico, pois somos mais que matéria como coloca BERGSON (1999).

“Tem coisas que a gente tem que passar...”(09)

“Tem coisas que é pra gente melhorar. Deus sabe.” (11)

BOFF aborda o “fenômeno do cuidar”, inspirando-se em Martin Heidegger, onde o cuidado está ligado à essência do ser humano, concluindo que **“o ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado”** (BOFF, 1999,35).

“Sei que a Virgem Maria zela pela gente...” (02)

Frente a esta reflexão, GUIRARDELLO (1999) discorre sobre a importância em se acolher o paciente, o ser humano, de forma que as atividades técnicas não sejam confundidas com o “cuidar”, em seu sentido cristalino, de segurança e proteção, em meio à carência do cultivo da afetividade a qual dificulta a sincronia de se ser humano diante do ser humano.

“Que Deus ta perto e cuida da gente...” (03)

A necessidade do ser humano de ser cuidado reflete a crise existencial e emocional, enfrentada pelo paciente, em meio a expectativas em relação a assistência a ele prestada no ambiente dinâmico de uma UTI., revelando, com isso, o anseio pelo suprir de suas necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

“É uma mensagem do Chico que dá força...” (14)

SILVA (1996,295) afirma que, para se atender as necessidades psíquico-sociais do ser humano, internado, no caso em uma UTI, precisa-se humanizar este espaço, de forma que o homem seja valorizado

como ser social e tenha estímulo para seu restabelecimento, com dignidade, equilibrando assim, a sua afetividade, consciência e pensamento.

A complexidade do fenômeno do sofrimento e morte revela o legítimo processo em que coexistem a religiosidade e o estado de doença, onde a ameaça à integridade físico-emocional se mostra extensiva ao espírito através das reações da alma rumo a uma recíproca busca pela harmonia do significado da vida.

Observa-se que os pacientes da UTI-HC são visitados todas as semanas por grupos de apoio espiritual que fazem orações, emitem “passes” e entoam canções religiosas. Percebe-se o quanto fazia diferença, para o paciente, a melodia “sagrada” invadindo seu conduto auditivo e se interiorizando, até o ponto de se perceber um “brilho” no olhar, como se uma luz mística, em meio à sombra, se fizesse presente no frágil e desamparado ser humano.

**“La música... y el canto se convierten en sagrados cuando se realizan para comunicar com los dioses o para agradar a éstos”
(WAAL, 1975,22).**

A música torna-se, neste caso, um instrumento de revelação do mundo sagrado, promovendo experiências sensoriais rumo ao sobrenatural, ultrapassando fronteiras humanas, promovendo um

encontro com o divino. Segundo BANCROFT (1991), independente do cenário ou meio condicionante, o ser humano sempre busca uma realidade maior que santifique sua existência tornando-o real, já que sua origem é sagrada, portanto, inspira a espiritualidade em busca de um significado para os dilemas existenciais. Esta riqueza de simbolismo parece tornar o momento irradiado de magia.

A linguagem musical “sagrada” revela a realidade infinita da imortalidade; não era a música **“em si, mas a sua sacralidade consistia no que ele revelava da realidade fundamental... daquela realidade transcendental da qual o homem sempre se tem sentido parte e sabe ser evidente no mundo”** (BANCROFT, 1991,47).

O indivíduo, no decorrer de sua internação, se depara com situações de conflito, conscientes e inconscientes, dúvidas ao reconhecer a fragilidade humana, com isso, o indivíduo passa a manejar este fato através da necessidade de se vivenciar uma experiência religiosa onde desperta **“sentimentos de alegria, de paz, de poder e também o sentimento de estar ligado a alguma coisa que é maior que o homem, que age no universo fora dele, que lhe vem em auxílio e constitui o refúgio supremo”** como coloca Willian James citado por MESLIN (1998, 103).

“Que Jesus Cristo salva e cura, é só crê no seu poder.” (08)

É importante ressaltar que o objeto sagrado, “o ganz andere” representa, neste contexto, o resgate das concepções holísticas sobre o ser humano, isto é, mente e corpo formam um “todo” e, neste “todo”, o sagrado e o profano estão “sempre juntos, porém eternamente separados”, portanto, tem-se que lembrar que, ao assistirmos o paciente, devemos ter em mente que é um homem que carrega a doença e não uma doença que carrega o homem; desta forma, o indivisível ser humano deve ser encarado e tratado.

“É a razão disso está em que o que adoce não é o órgão propriamente, nem mesmo o organismo, mas a pessoa, o Homem, globalmente considerado” (MELO, 1979, 269)

Através da religião sempre presente por meio de um símbolo sagrado, o ser humano busca explicações para os fenômenos que o envolvem. Sua busca infinita ao mundo supra natural o impulsiona em um caminho místico capaz de decifrar questões cotidianas e angústias existenciais.

“É óleo ungido pro Deus, pra gente passar e crer...” (15)

Durante o horário de visitas de parentes e amigos próximos, observa-se que o paciente, tendo seu objeto “sagrado” por testemunha, revela-se em estado de êxtase emocional, mostrando-se amparado misticamente, se auto-valorizando e em recuperação da auto-imagem violada. Esta atitude faz com que a fé dos familiares e amigos, um tanto quanto abalada, se revitalize diante da figura de um paciente com sua espiritualidade à “flor da pele” e em uma projeção de sentimentos de reconhecimento do significado de se viver momentos de impotência da natureza humana, porém, à luz da descoberta de que somos mais que matéria.

“Ser ou não ser, eis a questão! Que é mais nobre para o espírito: sofrer os dardos e setas de um ultrajante fado, ou tomar armas contra um mar de calamidade para pôr-lhes fim, resistindo?”

William Shakespeare apud TUFANO (1995, 176).

5.2. O objeto sagrado

“O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo; poder quase mágico...” (BOURDIEU, 1989, 14).

Ao se abordar o valor do objeto considerado sagrado para o paciente internado em uma UTI, recorre-se às idéias de Kant no que diz respeito a se ter sensibilidade para que, de forma receptiva, isto é, com sentimento, se possa entender o significado de uma representação para o ser humano; esta referência é fruto de uma necessidade de cunho cultural e tem a capacidade de gerar sensações de acomodação ao conflito vivido.

“Significa que os santos e meu guia tão aqui
comigo.”(17)

Segundo Kant **“a observação é básica para o conhecimento... Anschauung significa “olhar para” ou “sentir com os olhos”** (SCHOTT, 1996,131). Desta forma, se pode perceber detalhes, aparentemente mínimos, porém relevantes na experiência sensível da relação paciente-objeto “sagrado”. Deste intercâmbio com o transcendente, os sentimentos antagônicos à dor e à apatia são relegados a um segundo plano de expressão e reação, como reforça Kant quando escreve que **“a satisfação é o sentimento de progresso; a dor é o de um obstáculo da vida”**(SCHOTT, 1996, 136).

“Que Deus ta comigo. Vai me ajudar...”(01)

As reações observadas, nos pacientes, nos revelam o limiar de ansiedade e atitudes de insegurança projetadas frente a possibilidade de estar “só”, sem o objeto “sagrado”, símbolo do amparo transcendente. Percebe-se que, ao ter o objeto “sagrado” de volta, o paciente se mostra menos ansioso e, uma postura de euforia e segurança aflora-se, como característica essencial em um paciente que junto ao seu objeto hierofânico, vive a angústia de se perceber mortal. O homem, ao se deparar com o mistério da morte, se volta para a revelação religiosa a qual se torna um sustentáculo para o angustiado ser humano frente ao morrer (MORIN, 1976).

“O Cristo tá comigo, tenho fé nele. Não é a minha hora.”(18)

Ao fazer uma análise de aspectos que envolvem a “magia”, presente nos objetos considerados sagrados, MAUSS (1974) coloca que a religião está imbuída de semblantes ocultos os quais, através de meios e efeitos, demonstram que o homem possui a “verdadeira vontade de acreditar” em uma “ilusão real”. Dos objetos “sagrados” emanam a magia que se alimenta da credulidade em simbolismos legitimados pela sociedade.

“... sua crença é sincera na medida em que é a crença de todo o seu grupo. A magia não é percebida: crê-se nela”(MAUSS, 1978, 126).

Ainda nos referenciando em MAUSS (1978), temos o objeto considerado sagrado em sua essência reveladora do “mana”, do algo sagrado que dá sentido ao encanto dos amuletos, dos talismãs, atuando na irradiação de uma vigorosa energia sobre o indivíduo enfermo que prima por **“um poder ou uma potencialidade hipotética de produzir efeitos de uma maneira mística”**.

“Essa água tá abençoada, vai me curar...” (13)

“É óleo ungido por Deus, pra gente passar e crer...” (15)

Os objetos de crença reforçam o caráter social da religião perante as distintas condições do dualismo sagrado-profano, valorizando o objeto “sagrado” que se mostra como depositário de poderes, de valores mágicos que seduzem o “homo religiosus”, produto de convenções racionais, onde a razão não sacia as necessidades absolutas do espírito.

Considerando a importância dada ao sagrado pelas pessoas, DURKHEIM (1996), buscou nas religiões primitivas fatos concretos que expressassem a força da religião sobre o homem primitivo e verificou de

que forma esta força tornou-se necessária para o ser humano no decorrer do tempo e do espaço. Estas investigações fizeram DURKHEIM (1996) concluir que a religião é um fenômeno social, portanto, pode ser colocada como um conjunto harmônico, de ritos e crenças, onde o sagrado é representado por um símbolo, o totem.

O objeto “sagrado” passa a ser como um “elo abstrato” entre o racional e o irracional, a razão e a emoção, a matéria e a memória, o natural e o sobrenatural, o alívio e a dor, a vida e a morte.

Observa-se que o paciente de terapia intensiva encontra-se em um estado vulnerável, onde o sofrimento o intimida, portanto “agarra-se” à religião, através do objeto sagrado, como saída, uma fonte de poder para curá-lo, seria como uma analgesia. O sagrado passa a irradiar segurança quando, em um momento caótico, a vida, frágil e vulnerável, encontra-se ameaçada.

“Sei que a Virgem Maria zela pela gente... não quero morrer...”(02)

Segundo ELIADE (1996), o sagrado manifesta-se de forma mais intensa, quando há uma realidade diferente, onde a “vida espiritual profana do homem” busca o Absoluto através de uma experiência religiosa rica em perspectivas diante do irracional fenômeno sagrado. A

hierofania se mostra peculiar a cada cultura religiosa, o sagrado se mostra em diversos objetos do mundo profano, onde venera-se não o objeto em si, mas o sagrado que nele se revela. O homem religioso esforça-se para viver em um universo sagrado que parece não caber nas dimensões do cosmo dessacralizado das sociedades contemporâneas, porém como coloca OTTO (1995), no homem religioso está intrínseco o sentimento de dependência por ser criatura e , portanto, vive fascinado pelo “totalmente diferente”, o **MYSTERIUM TREMENDUM**. Na mesma linha, ELIADE (1996, 18) destaca que:

“manifestando o sagrado, um objeto qualquer torna-se outra coisa em contudo, continua a ser ele mesmo, porque continua a participar do meio cósmico envolvente. Uma pedra sagrada nem por isso é menos pedra... para aqueles a cujos olhos uma pedra se revela sagrada, sua realidade imediata transmuda-se numa realidade sobrenatural.”

O objeto sagrado passa a desempenhar papel fundamental na vida do paciente, simboliza o sobrenatural, o que é capaz de resolver tudo o que a ciência não alcança, é a garantia de que, se a razão falhar, no processo de sua cura, há uma entidade sagrada que poderá fazê-lo e, conforme DURKHEIM (1996, 15), **“é uma crença na onipresença de alguma coisa que vai além da inteligência”**.

“Eu fiz para mostrar que acredito no Cristo.” (19)

Ao se observar, na UTI, a relação fervorosa do paciente com seu objeto considerado sagrado, percebe-se, com mais clareza, a fé que anima o paciente, a sua inabalável devoção à divindade e a contagiante esperança depositada, por meio do símbolo religioso, na intervenção sobrenatural. Não se consegue compreender, em termos racionais, o fenômeno em causa, pois segundo OTTO (1985), o poder sagrado fascina e atemoriza. O fiel relaciona-se com as realidades sagradas através da interferência espiritual sobre o cotidiano, onde se procura ter uma cosmovisão baseada em símbolos; esta posição é reforçada por PALEARI (1991, 122) quando coloca que **“toda religião procura entender o mundo a partir de um conjunto de símbolos, bem articulados entre si, que revelam e constroem a realidade”**.

É comum, por exemplo, encontrarmos um paciente católico recebendo visita de um pastor evangélico e/ou de um orador espírita que, junto ao doente, fazem suas orações. Também, como exemplo, com frequência encontramos um mesmo paciente portando vários objetos “sagrados”, de diferentes credos, isto é, com um rosário na mão, um patuá no pescoço, uma fita amarrada no braço e com um frasco de água “fluidificada” na cabeceira do leito, a qual bebe a pequenos goles.

Estes fatos nos demonstram que, quando nos deparamos com nossa existência mortal, as barreiras que a própria sociedade cria, em torno dos credos, se desmoronam e a “essência ecumênica”, do sentimento religioso, se manifesta, é um momento onde a solidariedade humana é evocada na luta à favor da vida com dignidade; a necessidade de calor humano reflete a expectativa pelo “agir do sobrenatural”, pela interpenetração do sagrado na natureza humana, decifrando seus segredos, resolvendo seus dilemas, promovendo um diálogo, pacífico e neutro, entre o espiritual e o material, acreditando que se terá como resultado deste confronto, a reversibilidade (cura) da deterioração física (doença).

“Seja qual for o contexto histórico em que se encontra, o homo religiosus acredita sempre que existe uma realidade absoluta, o sagrado, que transcende este mundo, que aqui se manifesta, santificando-o e tornando-o real. Crê, além disso, que a vida tem uma origem sagrada e que a existência humana atualiza todas as suas potencialidades na medida em que é religiosa, ou seja, participa da realidade”(ELIADE, 1996,164).

Diante do contexto frio de um hospital e na situação vivida pelo paciente, a hierofania se estabelece, o sagrado se revela de maneira “dogmática” na vida humana. O objeto sagrado se torna alheio às

análises humanas (racionais). O que se nota é que há uma relação de fé, fé no “invisível”, no transcendente refletido através do objeto venerado.

“O sagrado é, igualmente, aquilo que impele o indivíduo a agir de uma certa maneira. Porém, ao mesmo tempo, a aura do sagrado atrai os indivíduos para si... como diz DURKHEIM, o objeto sagrado nos inspira, se não o temor, pelo menos um respeito que dele nos isola, que nos mantém à distância; e ao mesmo tempo, ele é o objeto de amor e de desejo; nós tendemos a nos aproximar dele, nós aspiramos a ele” (ARAÚJO, 1996, 150).

O ser humano, na condição de paciente, busca a almejada graça, reverenciando a entidade sagrada por intermédio do objeto adorado, depositando, nele, suas expectativas, seus medos, suas frustrações. Este momento culmina em um “desabafo”, é como se fosse uma “válvula de escape”, onde o indivíduo, sufocado por seus temores, os “descarrega” diante do “**numinoso**”, do “**mysterium tremendum**”.

“Esse sentimento pode transformar-se também num estado de alma constantemente fluído, semelhante a uma ressonância que se prolonga por muito tempo, mas que termina por se apagar na alma que volta ao seu estado profano”(OTTO, 1985, 18).

O contexto insalubre de uma UTI, se torna palco de espetáculos excepcionais, onde o paciente protagoniza, de forma melancólica, a

busca por um refúgio, como forma de defesa contra os distúrbios fisiopatológicos, questões emocionais, psicossociais, ambientais e familiares.

“Não consigo rezar sem ele... preciso rezar muito!” (22)

O estado dinâmico de intercâmbio com o “sobrenatural” poderá resultar em melhora psíquico-emocional, onde a “energia do numinoso”, age como fator estimulador para o paciente, levando-o a se sentir menos agredido, portanto, reduzindo seu limiar de ansiedade, representando com isso, perspectivas de harmonia corpo-mente e, conseqüentemente, amenizando reações emocionais e vegetativas.

“O óleo ta abençoado, é só ungir que vem a cura” (20)

“Essa água ta abençoada, vai me curar...” (13)

Percebe-se que a relação com o objeto sagrado passa a atuar como um fator redutor de stress, tendo em vista que o paciente muda sua postura quando se sente em comunicação com o sagrado; sente-se convicto da intervenção sobrenatural em sua vida, sente-se motivado, facilitando, com isso, o processo de adaptação à realidade vivenciada.

**“Stress é o conjunto de reações inespecíficas que um organismo desenvolve, frente a situações que exigem esforço de adaptação.”
Hans Selye apud RODRIGUES (1990, 8).**

O vínculo objeto sagrado-paciente assume uma conotação de ritual, onde há uma íntima e empolgante relação em uma síntese harmoniosa onde as reflexões e meditações superem o horizonte da ciência diante dos dilemas da existência humana. Ao voltar-se para o objeto sagrado, seja no olhar, no toque, enfim ao saber que o mesmo encontra-se por perto, o paciente religioso, ultrapassa limites, revitaliza o espírito, favorecendo o suprimento das necessidades interiores mesclado pelos valores humanos.

**“O estudo da história das religiões mostra que rituais são usados sempre que se impõe a necessidade de lidar com os deuses e com as forças que as divindades desencadeiam, ou seja, com as imagens arquetípicas de alta carga energética que as representam”
(SILVEIRA, 1992, 98)**

A matéria responde: o corpo, debilitado pela doença, esboça uma reação “sobrenatural”. Coincidência? Milagre?. Empolgante se torna observar estes fenômenos onde não se define mais o que é obra da ciência e o que cabe ao supra-natural e, neste dualismo, o “Absoluto” se mostra soberano.

“É a palavra de Deus que está escrita e tem poder de curar...”

(04)

A situação do homem em relação ao sagrado, segundo ELIADE (1986), baseia-se em expressões de experiências místicas que se moldam conforme o momento que o homem vivencia. A dimensão da sacralidade, a qual envolve o paciente religioso transforma um objeto profano em um objeto atraente de veneração, onde a experiência sacra jamais se esgota, portanto, eficaz se torna a busca pelo algo diferente que gera a liberdade para se viver o paradoxo de **“se inserir no real, no sagrado, através dos atos fisiológicos...”** (ELIADE,1986,37).

O arquétipo de contemplação valoriza o simbolismo cultural da experiência religiosa humana como coloca ELIADE (1986, 364, 365), **“ele revela uma realidade sagrada ou cosmológica que nenhuma outra manifestação revela... revelação inexprimível...”** que convergem para a integração do homem no universo real do sagrado, reivindicando sua profunda identidade, anulando limites e se libertando para a busca da experiência mágico religiosa onde **“o símbolo identifica, assimila, unifica planos heterogêneos e realidades aparentemente irreduzíveis”** (ELIADE, 1986, 372).

No período em que o homem se vê enfermo, principalmente, fisicamente, observa-se que sua espiritualidade torna-se aguçada,

surgindo através de suas necessidades, a proximidade do sagrado e a intenção de manipulação desse sagrado como, por exemplo, rezar com o rosário nas mãos, ler a bíblia, tocar imagens, beber água “fluidificada” etc, enfim, todo procedimento que tenha ressonância na dialética das hierofanias, ressaltando, com isso, que **“la creencia de que lãs acciones humanas son potencialmente capaces de influir em lo sobrenatural, y de evocar respuestas sobrenaturales de algún gênero”**(WALL, 1975, 21).

“Não consigo rezar sem ele...” (22)

Os poderes sobrenaturais, propostos culturalmente, estão intrínsecos, e ao mesmo tempo, extrínsecos, nos símbolos que promovem a intercessão com o nível abstrato. O comportamento religioso torna-se implícito ou explícito em meio as ações e emoções oriundas do paciente que busca, na religião, a compreensão de sua impotência humana que, segundo William James citado por WALL (1975,24), a religião engloba **“los sentimientos, actos, y experiências de cada hombre em su soledad, em tanto que este comprenda que está em relación com cualquier cosa que pueda considerar como divina”**.

Repensa-se valores; abrem-se gavetas diante da fragilidade emocional em que se encontra o paciente que, somente se torna completo, junto ao seu objeto “sagrado”.

“Significa a minha fé de cristã que sou...” (21)

Com a lente de ELIADE(1996), transporta-se sua visão para as observações de campo, onde os pacientes, inclusos no estudo, se mostraram como protagonistas do fenômeno religioso em que, objetos considerados sagrados como cruz, rosário, medalha, bíblia, fita, gravuras de santos, patuás etc., se revelaram com uma conotação, profundamente, venerável para o paciente. Percebe-se que o comportamento espiritual do homem pós-moderno e, em franco processo de laicização, parece não se sustentar quando o mesmo se percebe limitado pelo profano, durante o confronto com o estado patológico orgânico; neste período, o homem se torna, realmente, criatura, pois se apresenta frágil e dependente, com sede de uma experiência, com o supranatural, em meio às dimensões da existência humana, mantendo-se no universo sagrado onde os mistérios transcendentais o “embriagam”. O homem religioso sente-se em comunicação com o Absoluto, sendo, este nível, capaz de revigorar as forças vitais no homem debilitado. A reação fisiológica se torna um meio

de comunhão com a atmosfera sagrada, denotando a integração do homem em sua experiência religiosa mediante a presença do objeto hierofânico.

“Não estou só, Deus tá comigo... Ele me dá força...” (12)

“É uma mensagem do Chico que dá força...” (14)

Ressalta-se que o símbolo que mais sobressaiu entre os pacientes, foi a cruz, que estava presente, na maioria das vezes, presa em um colar ou em um anel e até mesmo na forma de tatuagem. Este é o princípio de hierofania subjacente à “magia”, repleta de comportamentos eficientes e ricamente organizados que refletem estímulos “sobrenaturais”. Daí, alega-se a capacidade de mediação do objeto considerado sagrado em “trazer bons fluídos”, acarretando a cura interior e exterior, demonstrando a ansiedade pela almejada graça ou pela benção.

“Que Deus ta comigo. Vai me ajudar...” (01)

Percebe-se um **“vínculo estreito entre a experiência religiosa e as necessidades vitais”** como coloca PARKER (1995, 158) ao se referir ao fato do ser humano recorrer à religião quando se defronta com a crise; neste caso, a necessidade de saúde, podendo ser esta situação, de busca

de poderes divinos, um reflexo da fuga do círculo pragmático materialista, onde procura-se proteger, a precariedade da vida, através de objetos considerados sagrados que suscitam a intervenção sobrenatural na resolução da crise, a qual advém de uma origem biológica ou atribuída a um “mal” que interrompe e desorganiza o equilíbrio da vida.

5.3. Fé, basicamente fé

“A fé que o Divino Pai vai me dá a graça.” (06)

A “benção“ ou a “graça” se fundamenta em uma crença coletiva que proporciona verdadeiras experiências individuais através da fé, legitimando reflexões, onde o real e o irreal se interpenetram, confundindo a identidade reacional do que crê, principalmente, quando sob a matéria humana doente, surge o efeito da necessidade de cura, isto é, uma reação psicossomática na qual **“é a fé do doente no poder mágico que o faz efetivamente sentir a extração da sua doença”** (MAUSS, 1974, 155).

“A religião, diz Q. Réville, é a determinação da vida humana pelo sentimento de um vínculo que une o espírito humano ao espírito misterioso no qual reconhece a dominação sobre o mundo e sobre si mesmo, e ao qual ele

quer sentir-se unido (DURKHEIM – 1996, 11).

O estado de caos físico-emocional em que o paciente se encontra, declara seu desejo profundo de usufruir da sua fé com liberdade de consciência e de expressão.

A figura da divindade está sempre presente através do universo simbólico do homem, onde o objeto de devoção torna-se extensão dos domínios sagrados na expressividade involuntária ou intencional de transmitir a força vital oriunda do universo religioso. Tal fato permeia, no paciente, um princípio de esperança e motivação por meio da relíquia maior do ser humano, a fé, a qual traduz “elementos subjetivos, psíquicos, volitivos e intelectuais” do ser humano que associados aos aspectos éticos e sociais reforçam o “nó” entre o homem e sua cultura na forma de se viver a experiência religiosa como coloca MESLIN (1998).

“A fé é um contato direto e íntimo com a essência do ser por intuição e interpenetração, pela comunhão mútua de sujeito e objeto, pela imanência e pela participação completa, pelo êxtase”.

Levi – Bruhl apud. NEVES. (1998, 251)

As experiências do sagrado tem uma conotação de insaciabilidade, levando o **“homo religiosus”** a encontrar-se em constante busca pelo absoluto, utilizando uma linguagem simbólico-cultural, de forma que o

objeto “sagrado” signifique o encontro com a divindade, mediado pela expressão da fé em sua dimensão espiritual.

**“Deus! Ó Deus!
Onde estás que não respondes!
Em que mundo, em qu’ estrela tu t’ escondes
Embuçado nos céus?
Há dous mil anos te mandei meu grito,
Que embalde, desde então, corre o infinito...
Onde estás, Senhor Deus?...”**
Castro Alves apud FACIOLI & OLIVIERI (1994, 90)

A fé por meio do objeto sagrado “ascende”, no paciente, uma “chama” otimista e, com isso, a doença passa a ser não mais compreendida como um castigo por um pecado e sim como um evento casual na vida de uma pessoa, sendo, com isso, passível de melhora, cura e conseqüentemente reintegrado à sociedade. É importante ressaltar que estas situações estão presentes no âmago da pessoa, portanto, inacessíveis à observação direta.

“Não consigo rezar sem ele... preciso rezar muito!”(22)

No amplo universo do sagrado, a reciprocidade de trocas entre o humano e o divino indicam a invocação pela recuperação da saúde física e da estabilidade emocional diante da vivência religiosa. Em qualquer cultura, existem valores, chamados transcendentais e incontestáveis,

como a morte e as doenças, que são exemplos de méritos absolutos onde, as matrizes religiosas, estocam um repertório de significados que apelam para a égide divina, fonte inesgotável de alimento espiritual. Segundo QUEIRUGA (1997), este sentido, primeiro se torna acessível, mediante a sensibilidade religiosa, por meio da qual a fascinante experiência com o sagrado poderá tornar-se até “nirvânica”.

“Que Jesus e Maria tá aqui comigo.” (10)

A relação emoção (espírito) – doença (matéria) aponta para o fenômeno em que o homem deseja “absorver” forças espirituais e também ter seus conflitos “absorvidos” pelo sobrenatural.

“O espírito retira da matéria as percepções que serão seu alimento, e as devolve a ela na forma de movimento, em que imprimiu sua liberdade” (BERGSON, 1999, 291).

O paciente passa a se perceber como uma pessoa doente e não como a doença. Consola-se em saber que sua enfermidade está limitada à matéria, sendo que esta condição de pensamento significa uma ampliação de um futuro real influenciado, positivamente, pelo estado espiritual. O indivíduo irradiado pelo sagrado é impulsionado a reagir ao esgotamento físico-psíquico, podendo desencadear um processo de alívio

de sintomas somáticos e das sensações da consciência, favorecendo a eficácia das medidas terapêuticas.

“À medida que meu horizonte se alarga, as imagens que me cercam parecem desenhar-se sobre um fundo mais uniforme e torna-se indiferentes para mim. Quanto mais contrai esse horizonte, tanto mais os objetos que ele circunscreve se escalonam distintamente de acordo com a maior ou menor facilidade de meu corpo para toca-los e move-los. Eles devolvem portanto a meu corpo, como faria um espelho, sua influência eventual; ordenam-se conforme os poderes crescentes ou decrescentes de meu corpo. Os objetos que cercam meu corpo refletem a ação possível de meu corpo sobre eles” (BERGSON, 1999, 15).

A representação simbólica do sagrado corresponde a expressão de que há esperança, com isso, os presságios otimistas e confiantes são emanados; o adoecer torna-se menos agressivo à soma e à psique. O paciente se adapta com mais complacência à situação vivenciada, compreendendo os fatos e as leis da natureza humana, sendo que este comportamento torna-se repleto de reações psicofisiológicas favoráveis ao processo de restabelecimento da saúde.

“A emergência do momento subjetivo no grande mar de uma realidade unitária na sua difusa sacralidade, assim como a alteridade potencial do mesmo momento com respeito à natureza, não anula a atitude de gratidão e de submissão em relação a um ser supremo, que tudo engloba, apesar de se distinguir de cada

coisa. Por isso, em relação a Ele toda posição puramente intelectual é insuficiente, toda decisão puramente ligada à vontade é ilusória e somente a disponibilidade de toda a existência humana e a abertura para a escuta têm sentido” (BELLO, 1998, 136).

O paciente ao pensar e praticar a sacralização, passa a superar os obstáculos do ser humano no que diz respeito a se elevar a um nível de resistência frente ao paradigma do processo patológico orgânico. Ultrapassa-se barreiras supra-humanas e resgata-se valores religiosos que traduzem e suprem as necessidades do ser humano na direção de uma prática transformadora.

“Significa a minha fé de cristã que sou.” (21)

A espiritualidade do paciente é colocada à prova durante sua passagem pela UTI. Novas percepções afloram suas crenças religiosas e a presença do objeto “sagrado” revela padrões culturais ou étnicos, peculiares a seu grupo social, demonstrando com isso, a intensidade em que a religião é parte da vida da pessoa e nos revelando que as crenças religiosas estão relacionadas à noção de saúde e doença. A experiência religiosa assume um caráter, singular e rico, em um simbolismo legítimo e útil, onde o valoroso objeto, símbolo da conexão com o mundo transcendental, passa a despertar sensações corpóreas como otimismo,

entusiasmo, inspiração e outros estados compensatórios que dignificam e enobrecem o ser humano.

“Pensar quer dizer ultrapassar. Mas sem passar além do que existe e sem querer ignora-lo... a ultrapassagem real conhece a ativa tendência que é inerente à história e que segue uma progressão dialética. No curso de sua vida, o homem tende, em primeiro lugar, para o futuro, o passado não vem senão depois e o futuro ainda não chegou”.
Ernest Bloch apud ROLIN (1996,157).

A sensação de conexão com o sobrenatural produz, no paciente, efeitos emocionais ou motivacionais que reforçam a harmonia corporeamente em direção a auto-preservação. Os eventos sobre-humanos vividos pelo paciente religioso estão, presumivelmente, além do domínio da ciência, pois os mesmos “elevam o espírito e a virtude”.

O paciente em meio à crise em seu universo psico-biológico se desperta para uma experiência religiosa onde se coloca, à prova, sua existência no plano físico, afetivo, intelectual e espiritual, sendo esta situação vivenciada de forma autêntica, individualizada e subjetiva, onde se vive o **“primado do vivido, no momento em que as ciências do homem mostram o profundo intrincado entre o sujeito e o objeto que o homem constitui para si mesmo”**(MESLIN, 1988, 87).

Segundo MESLIN (1988), a experiência religiosa promove a captação e compreensão do sagrado caminhando para a reação do homem frente ao Divino que se declara real e exige, com isso, a fé e, por intermédio da qual autoriza e legitima o fenômeno de se “transportar” um objeto profano para a dimensão sagrada, tornando-o referência a favor do homem na captação do eterno em um contexto mortal, sendo, este fenômeno, considerado como uma fusão intuitiva e reflexiva que Meslin chamou de “poética e muito romântica”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentou-se apresentar, nas páginas anteriores, o clarear de um conjunto de fatores que demonstram a presença do sagrado em situação de internação em UTI, fatos estes oriundos de investigação de campo.

No desempenho do trabalho de campo partiu-se da concepção de que o ser humano, frente a uma situação de ameaça, assume a postura adaptativa e, neste contexto, o sagrado se revela, se torna “necessariamente” presente neste momento inesquecível.

A internação em uma Unidade de Terapia Intensiva ocorre, na maioria das vezes, de forma súbita, como sinônimo de agravamento, de risco iminente, gerando conflitos emocionais frente à angústia do morrer (MORIN, 1976). Nesta situação de risco emerge, no homem, a inspiração e a espiritualidade, isto é, um apelo ao sagrado através de rituais, na busca de um transcendente imanente que se torne uma realidade luminosa neste cenário de caos (BERGER, 1985).

A proximidade da morte angustia o ser humano, o qual busca, no transcendente, através da experiência religiosa, algo que legitime a situação em que se encontra. Enfrenta-se o medo do caos, munidos de orações, rezas, rituais, promessas e objetos hierofânicos (ELIADE,

1996); portanto, a interpretação religiosa da doença e morte ultrapassa as barreiras da matéria.

Compreender o significado do objeto “sagrado”, para o paciente, é um aspecto fundamental ao prestar uma assistência “humanizada”. O reconhecimento e respeito às crenças e valores torna-se um nobre aliado na interpretação que o paciente confere à situação de crise em que se encontra. No universo sagrado, percebe-se que o paciente solitário, inseguro, doente e melancólico, anela por encontrar, no transcendente, companhia, segurança, cura, alegria, conforto...vida!

Destarte o que foi exposto, chegamos à compreensão de que há situações individuais e intransferíveis, as quais o homem vive como forma de romper barreiras que se interpõe no caminho do seu desenvolvimento como ser humano: o adoecer é um desses momentos e estes “obstáculos profanos” somente são ultrapassados por meio de “saltos sagrados”, isto é, o paciente torna-se susceptível à viver uma emocionante experiência religiosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Rubem. **O que é religião**. São Paulo: Ars Poética, 1996.
- ARAÚJO, Luiz Bernardo Leite. **Religião e Modernidade em Habermas**. São Paulo: Loyola, 1996.
- BACHELARD, Gaston. **A dialética da duração**. São Paulo: Ática, 1994.
- BANCROFT, Anne. **As origens do sagrado**. Lisboa: Estampa, 1990.
- BELLO, Angela Ales. **Culturas e Religiões uma leitura fenomenológica**. Trad. Antônio Angonese. São Paulo: EDUSC, 1998.
- BERGER, Peter Ludwig. **O dossel sagrado: elementos PARA UMA TEORIA SOCIOLÓGICA DA RELIGIÃO**. São Paulo: Paulus, 1985.
- BERGSON, Henri. **Matéria e Memória**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- BOEMER, M. R. ROSSI, L. e NASTARI, R. A idéia de morte em Unidade de Terapia Intensiva – análise de depoimentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 10 (2): 8 – 14, jul, 1989.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal, Porto, 1994. cap. 2, p. 81-202: Características da investigação qualitativa.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: DIFEL, 1989; p. 7-15.
- CALIMAN, Cleto. **A sedução do sagrado: o fenômeno religioso na virada do milênio**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
- CISALPINO, Murilo. **Religiões**. São Paulo: Scipione, 1994.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa.** Trad. Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano.** Trad. Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ELIADE, Mircea. **Tratado de história das religiões.** São Paulo: Martins Fontes, 1986; p. 7-38 e 355-371.

FACIOLI, Valentim, OLIVIERI, Antônio Carlos. **Antologia de Poesia Brasileira – Romantismo.** São Paulo: Átic, 1994.

FEUERBACH L. **Preleções sobre a essência da religião.** Campinas: Papyrus, 1989.

FREYRE, Gilberto. **Médicos, doentes e contextos sociais: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: globo, 1983.

GERMAIN, C. Ethnography: The method. In MUNHALL, P. L.; OILER, C. (Eds). **Nursing Research: a qualitative perspective.** New York: National League for Nursing Press, 1993. p. 237 – 68.

GUIRARDELLO, E. de B. Et alii. A Percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v.33, n.2, pl. 123-9, jun, 1999.

HEIDDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Tr. Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1988.

HUDAK, Carolyn, M., GALLO, Bárbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem** – uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

JORGE, J. Simões. **Cultura religiosa: o homem e o fenômeno religioso.** São Paulo: Loyola, 1998; p.29-42.

JUNG, C. G. **Psicologia e religião.** 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

JUNG, C. G. **O eu e o inconsciente.** Petrópolis: Vozes, 1987.

JUNQUEIRA, Sérgio. **O desenvolvimento da experiência religiosa**. Petrópolis: Vozes, 1995.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 1999; p. 1298-312.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Totemismo hoje**. Tr. Malcolm Bruce Corrie. Petrópolis: Vozes, 1975.

LEX, Ary. Humanização dos Hospitais: respeito à personalidade humana. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo**. V.26, n. 2, p.83 – 86, mar-abr, 1971.

LIBÂNIO, João Batista. **Teologia da revelação a partir da modernidade**. SP: Loyola, 1997.

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. **Sobre a religião**. Lisboa: Edições 70, 1972.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MACIEL, C. L. C. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: ROMANO, B. W. **A prática da psicologia nos hospitais**. SP: Pioneira, 1998.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Magia, ciência e religião**. Ed. 70. Lisboa, 1984; p.43-140.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. Volume I. São Paulo: EPU, 1974; p. 121 – 168.

MELO, Augusto Luís Nobre de. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: FENAME, 1979.

MESLIN, Michel. **A experiência humana do divino: fundamentos de uma antropologia religiosa**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINAYO, M.C.S (org.) **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999.

MOURA, Mrisa Decat et alii. O psicanalista no C.T.I.. In ROMANO, B. W. **A prática da psicologia nos hospitais.** São Paulo: Pioneira, 1998.

MORIN, Edgar. **O homem e a morte.** Portugal: Publicações Europa – América, 2 ed., 1976.

NEVES, Djalma Barreto. A diferença singular nos seres. **Fragmentos de cultura.** Goiânia. V. 8 n. 2. p. 241-256. mar/abr. 1998.

OTTO, Rudolf. **O sagrado.** Trad. Prócoro Velasques Filho. Rio de Janeiro: Imprensa Emtodista, 1985.

PALEARI, Giorgio. **Religiões do povo:** um estudo sobre a inculturação. São Paulo: Edições , 1991.

PARKER, Cristián. **Religião popular e modernização capitalista.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

QUEIRUGA, Andrés Torres. **O diálogo das religiões.** São Paulo: Paulus, 1997.

QUINTANA, Alberto M. **A ciência da benzedura:** mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. São Paulo: EDUSC, 1999.

ROBERTSON, Roland. **Sociologia de la religion.** Fondo de cultura Econômica. México, 1980; p./ 236-263.

RODRIGUES, Avelino Luiz, RODRIGUES, davida Moné. Introdução à história da medicina psicossomática. **Temas de Medicina Psicossomática.** São Paulo: Roche, 1990.

ROLIM, Francisco Cartaxo. **Dicotomias religiosas:** ensaio de sociologia da religião. Petrópolis: Vozes, 1996.

ROMANO, Bellkiss Wilma. Síndromes depressivas e sua relação com a cirurgia cardíaca. In: ROMANO, B.W. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1998.

RUBÍ, J.^a Gómez, CAMPOS, R. Abizanda. **Medicina Crítica Práctica**. Bioética y Medicina Intensiva – Dilemas éticos_en el paciente crítico. Semicyuc. Barcelona: Edkamed, 1998.

RUSCHEL, Patrícia Pereira. Quando o coração adoce. In: **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1998.

SHCELLING, Vivian. **A presença do povo na cultura brasileira**. São Paulo: UNICAMP, 1990.

SCHOTT, Robin May. **Eros e os processos cognitivos: uma crítica da objetividade em filosofia**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996; p. 129-144.

SILVA, M. J. e GRAZIANO, K. V. A abordagem psico-social na assistência ao adulto hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. V. 30, n. 2, p. 291, ago, 1996.

SILVEIRA, Nise da. **O Mundo das Imagens**. São Paulo: Ática, 1992.

SOUSA, M. de. et. Alli. Humanização da abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, 5 (2): 77 – 79, abr/jun, 1985.

SUESS, Paulo. **Evangelizar**: a partir dos projetos históricos dos outros. São Paulo: Paulus, 1995.

SZASZ, Thomas S. **Dor e prazer**. Um estudo das sensações corpóreas. Trad. Áurea Weissenberg. Rio de Janeiro: Zahar editores, [s. d.].

SUSS, Gunter Paulo. **Catolicismo popular no Brasil**. São Paulo: Loyola, 1979.

TRIVIÑOS, A. S. **Introdução `apesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo; Atlas, 1987; p. 150 – 158.

TUFANO, Douglas. **Estudos de língua e literatura**. São Paulo: Moderna, 1995. 1v.

WAAL, Annemarij de. **Introducción a la antropología religiosa.** Estella, Navarra: Verbo Divino, 1975; p. 11-28.

WEBER, Max. **Economia e sociedade.** Tr. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília. UNB, 1991.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo: Pioneira, 1977.

SUMMARY

It is had as purpose understands the given meaning, for the patient, to the sacred object in a moment of internment in Unit of Intensive Therapy. Stands out forms of expression of the sacred in a critical instant in which the man in state of physical-emotional fragility, looks for answers transcendental front the anguish of the disease and of dying. As expresses BERGER, the sacred is a trick of the religion through which the man tends taking refuge of the installed chaos. In the case of the research object, the presence of the sacred object, close to the patient, represents an event of immeasurable cultural meaning, being revealed in a supra-natural entail of which exhales hope, safety, help, comfort and, even, company.