

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Renata Rose Pachêco da Silva

**A espiritualidade como estratégia de enfrentamento do
paciente oncológico no percurso da enfermidade**

Mestrado em Psicologia Clínica

SÃO PAULO
2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Renata Rose Pachêco da Silva

**A espiritualidade como estratégia de enfrentamento do
paciente oncológico no percurso da enfermidade**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco.

SÃO PAULO
2009

Silva, Renata Rose Pachêco da

A Espiritualidade como estratégia de enfrentamento do paciente oncológico no percurso da enfermidade.

179 p.

Tese (mestrado). São Paulo. 2009. Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo.

“The spirituality as a coping strategy for de cancer patient in the course of disease”.

Palavra chave; estratégia de enfrentamento, câncer da mama e cólon, remissão, espiritualidade.

Comissão Julgadora

Dedicatória

*À minha querida filha Marina, o início de tudo (in
memorian).*

*À linda Carolina, que me faz sentir uma felicidade
imensa, e ao meu caçula, Lucas, pela paz, serenidade e
força que me renovam.*

*Ao meu companheiro e grande amor, Carlos, pelo
incentivo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família (pai, mãe, irmãs, sogra, sogro, tias, primas, cunhados) pelo grande apoio.

Em especial à Tia Zezé, Beth e Marcos que me hospedaram em São Paulo e me acolheram em seu lar.

Aos pacientes do CEOC, em especial àqueles com os quais pude exercer minha atividade profissional, e que a cada encontro me mostraram Deus refletido em sua luta.

Aos diretores do CEOC e amigos que apoiaram meu sonho profissional.

À valiosa contribuição de minha orientadora, Maria Helena Pereira Franco, por sua invejável sabedoria.

E por fim, à generosa contribuição de minha banca examinadora, que apontou os exatos caminhos que eu deveria seguir.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo fundamental conhecer os recursos de caráter espiritual que, fortalecem e encorajam mulheres com câncer de mama e cólon, transformando-se em estratégia de enfrentamento. Esta pesquisa, de abordagem qualitativa, de natureza participativa, utilizou-se de um grupo composto por sete participantes do sexo feminino. Todas se encontravam na fase de remissão do tratamento e pertenciam ao Grupo de Apoio Esperança, que oferece suporte psicológico a pacientes oncológicos do CEOC (Centro de Oncologia de Caruaru - PE). Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista, no mês de novembro de 2008. Para análise, empregou-se o método de condensação de dados baseado nos pressupostos de Kvale (1996). Observou-se que, para a paciente portadora de câncer de mama e cólon, a estratégia de enfrentamento mais utilizada é a busca da espiritualidade.

Palavras-chave: *estratégia de enfrentamento, câncer de mama e cólon, remissão, espiritualidade*

ABSTRACT

The fundamental goal of this paper is to find resources of spiritual matter that, especially, strengthen and encourage women with either breast or colon cancer, transforming them into a coping strategy. This qualitative research approach, with a communicative nature was composed by a group of seven participants of the female gender. All of them were in the remissive phase of the treatment and belonged to the Grupo de Apoio Esperança (supporting group hope), which offers psychological support to CEOC (Centro de Oncologia de Caruaru - PE- Caruaru's Cancer Treatment Center) patients who suffer from cancer. The data was collected by the interview technique, in 2008 November. Was used for analysys the method of data condensation based on the Kvale (1996) applications. It was observed that for patients that carry either breast or colon cancer the most commonly used coping strategy is the search for spirituality.

Keywords: *coping strategy, breast and colon cancer, remission, spirituality.*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE APOIO ESPERANÇA	15
1.1. Objetivos do Grupo de Apoio Esperança.....	15
1.2. Histórico do Grupo de Apoio Esperança.....	17
1.3. Método de Trabalho do Grupo.....	18
1.4. O Programa Simonton Aplicado ao Paciente com Câncer.....	19
1.5. Pacientes Atendidos pelo Grupo de Apoio Esperança.....	24
1.6. Avaliação do Grupo.....	25
1.7. Local de Realização dos Encontros.....	29
1.8. Materiais Utilizados.....	29
2. A TEORIA DO ENFRENTAMENTO	31
2.1. Conceituação.....	36
2.2. A Natureza do Enfrentamento: Estilo e Processo.....	38
2.3. Processos cognitivos de enfrentamento.....	42
2.4. As respostas de enfrentamento.....	44
2.5. Determinantes da seleção das respostas de enfrentamento.....	50
2.6. Funções do enfrentamento.....	52
2.7. Avaliação da eficácia do enfrentamento.....	53
2.8. Perspectivas de um enfrentamento espiritual.....	56
2.9. Algumas reflexões sobre enfrentamento.....	60
3. A DOENÇA SOB PERSPECTIVA DO SAGRADO	69
3.1. Algumas considerações sobre religiosidade.....	72
3.2. Reflexões sobre espiritualidade.....	82
3.3. Semelhanças e dessemelhanças entre religiosidade e espiritualidade.....	89
3.4. A espiritualidade na trajetória do paciente oncológico.....	95

4. MÉTODO	98
4.1. Fundamentação teórica.....	98
4.2. Principais detectores dessa pesquisa.....	103
4.3. Objetivos.....	104
4.4. Caracterização dos participantes.....	104
4.4.1. Alguns dados sobre câncer de mama e colon.....	107
4.5. Dados sobre a realização do encontro.....	110
4.6. Dinâmica do encontro.....	110
4.7. Análise dos dados.....	112
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 152
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 155
 ANEXOS	 162

INTRODUÇÃO

Introdução

A dimensão espiritual parece oferecer ao portador de uma enfermidade instrumentos de enfrentamento em todo o percurso do adoecer, desde o tratamento até a recuperação ou/morte, ou até a sua reabilitação.

Trabalhando como integrante da equipe de profissionais do Centro de Oncologia de Caruaru (CEOC) - PE, onde atuo desde o ano de 2000, no Serviço de Psico-oncologia, também participo como coordenadora das atividades desenvolvidas pelo Grupo de Apoio Esperança, criado com o objetivo de oferecer suporte psicológico aos pacientes oncológicos. Foi este grupo de apoio que despertou de início minha curiosidade e, posteriormente, meu interesse em aprofundar um estudo sobre quais aspectos mais mobilizam os pacientes oncológicos, no sentido de fortalecê-los no processo de enfrentamento da doença.

Nesta trajetória, observei que os portadores de neoplasias malignas, até pelas contingências da própria doença, se veem impelidos a estruturar novas atitudes. Apresentam comportamentos relativamente estáveis, mais ou menos conscientes ou refletidos, tanto em relação à própria vida, quanto à patologia que os acomete. A observação feita, por mim e por outros profissionais do mesmo centro, é a de que vários pacientes se utilizam destas novas atitudes, ou até mesmo da intensificação de algumas delas, como estratégia de enfrentamento da doença.

Assim, principalmente, no decorrer de minha atuação como coordenadora das atividades do Grupo de Apoio Esperança, tive oportunidade de escutar dos participantes deste grupo depoimentos sobre “a quem” se apegavam no percurso da doença. Registrei também narrativas sobre “o que” os ajudou a lidar com o câncer, desde o diagnóstico à alta, reabilitação ou morte.

No entanto, algo me intrigava: o que de fato mobilizava estes pacientes oncológicos em direção ao enfrentamento da doença?

Perguntava-me: como estas pessoas se fortalecem? Será o fato de pertencerem ou participarem de uma determinada religião? Ou este enfrentamento é de ordem espiritual?

Eu até aventava algumas hipóteses, que ora pendiam mais para o aspecto religioso, ora mais para o aspecto espiritual.

Em um destes momentos, acreditando que religiões sistematizadas responderiam às minhas indagações, cheguei a percorrer esse caminho com o intuito de reforçar minha hipótese de que era a religião o que mais mobilizava as pessoas para este enfrentamento. Com o passar do tempo, fui observando que, para a questão do enfrentamento, não é a religião o aspecto mais importante, e sim a espiritualidade.

Percebo na prática que, quando a pessoa se sente mais desesperançada, não adianta insistir em recorrer à presença de um padre, de um capelão, de um pastor ou de qualquer outra pessoa que represente uma religião formalizada. No percurso de sua doença, o paciente oncológico aspira por alguém que trabalhe junto a ele a dimensão espiritual. Para estas pessoas, é importante que tenham esse conforto, alguém que as ajude a explorar o aspecto da espiritualidade o qual, talvez, tenha sido relegado a uma posição secundária ao longo de suas vidas.

Se, numa concepção mais abrangente, entende-se que a espiritualidade pode abarcar todos os indivíduos, independentemente do credo religioso ou da participação como adepto de qualquer religião formal, fica mais fácil compreender por que em momentos de grande dificuldade é a ela que alguns indivíduos recorrem.

Desta forma, pode-se considerar que a busca por uma maior espiritualidade pode proporcionar ao indivíduo uma visão peculiar da vida e do mundo. Por outro lado, pode agregar-lhe sentimentos de esperança, paz e sentido nos momentos de grandes e graves mudanças, influenciando e propiciando, assim, uma maneira particular de enfrentamento.

Ao considerar que mesmo frente a situações difíceis, é possível encontrar um sentido, Buzo (2003), baseando-se em Frankl (1992), em sua obra "*A Presença ignorada de Deus*", afirma que o importante é a atitude com que a pessoa enfrenta este destino. Antes de tudo, é preciso que ela acredite que sempre existe a possibilidade de mudar a si mesma, amadurecendo e crescendo para além de si.

Muito embora nos últimos séculos os diversos segmentos da ciência tenha investigado o homem de forma exaustiva em seus mecanismos de funcionamento biológico, elucidando seu intrincado desenvolvimento e suas patologias, a dimensão espiritual tem sido sistematicamente negligenciada em pesquisas científicas. Isto talvez ocorra pelo fato de ser considerada subjetiva, difícil de mensurar e, portanto, sem

condições de se criar instrumentos que possam medi-la.

Mesmo ciente destas dificuldades, resolvi assumir que, para a presente pesquisa, meu interesse foi o de entender como pacientes com câncer de mama e cólon utilizam-se do recurso da espiritualidade como técnica de enfrentamento de sua doença. Trata-se, portanto, de uma pesquisa relativa à experiência do sofrimento e, mais particularmente, sobre os aspectos psicológicos que se manifestam quando as pessoas se colocam na perspectiva de associar à dor significações de natureza espiritual.

Foram pesquisadas sete mulheres, sendo cinco portadoras de câncer de mama e duas com câncer de cólon. Esse grupo será doravante denominado *Grupo de Pesquisa*, embora estas mesmas mulheres também tenham participado das atividades do Grupo de Apoio Esperança, nas diferentes fases de tratamento de sua doença. Para esta pesquisa, foram selecionadas as participantes que se encontravam na fase de remissão da doença, porque estavam mais estáveis e já haviam passado por esse processo de busca de conforto espiritual.

O presente estudo obedecerá à seguinte ordem:

O primeiro capítulo tratará da caracterização do Grupo de Apoio Esperança.

No segundo, procurar-se-á fazer uma explanação sobre a Teoria do Enfrentamento, a qual teve nos estudos de Gimenes (1997) uma de suas maiores contribuições.

No terceiro capítulo, abordar-se-á a questão da doença sob a perspectiva do sagrado. Apesar de, ao longo da pesquisa, ter-se observado a estreita ligação entre a espiritualidade e o paciente de câncer, neste terceiro capítulo também estarão inseridas pesquisas que fiz sobre religiosidade, as quais fizeram parte de minha trajetória em busca de respostas, mas que começaram a se delinear somente após algum tempo. Tais pesquisas foram efetuadas na tentativa de melhor compreender os caminhos de enfrentamento buscados por pacientes acometidos por estes dois tipos de câncer.

Finalmente, no quarto capítulo, abordar-se-ão as questões relativas ao método, técnicas e procedimentos de pesquisa.

Capítulo 1

**CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE
APOIO ESPERANÇA**

“Uma boa forma de tornar as coisas mais fáceis para todos é incentivando a livre expressão dos sentimentos, escutar sem julgar e aceitar os seus sentimentos e os do paciente como naturais e necessários.”

Simonton e cols. (1978)

1 Caracterização do Grupo de Apoio Esperança

O interesse pelo tema do enfrentamento do paciente com câncer adveio com minha prática clínica, a partir do trabalho desenvolvido no Serviço de Psico-oncologia do CEOC, conforme já exposto anteriormente.

Após um período de atuação neste serviço, observei que havia um grande número de pessoas que necessitavam de atendimento psicológico. Ao tentar contornar as limitações de ser a única profissional da área de Psico-oncologia, senti necessidade de promover algo entre estes pacientes carentes de atendimento psicológico, com o objetivo de abranger um maior número de pessoas num menor espaço de tempo e aliviar minha angústia diante desta demanda.

Pensei, então, numa estratégia para atender todo este público. A ideia que me pareceu mais viável, naquele momento (2002), foi a de trabalhar com estas pessoas em grupo. Comecei, então, a programar datas e a marcar encontros com os pacientes que demonstravam interesse em participar. Foi assim que se iniciou, no CEOC, esta prática de suporte psicológico, que aos poucos foi se estruturando e recebeu o nome de Grupo de Apoio Esperança. Fortuitamente, foi este mesmo grupo que me trouxe as informações sobre as questões de enfrentamento que tanto me intrigavam, ao se incorporar ao CEOC por meio do Serviço de Psico-oncologia, devido à necessidade de se oferecer apoio suporte psicológico ao paciente com câncer.

1.1 Objetivos do Grupo de Apoio Esperança

O Grupo de Apoio Esperança teve, e ainda mantém, como objetivo específico, gradativamente, cumprir uma série de tarefas relacionadas ao paciente como: auto-ajuda, identificação, socialização, orientação, conscientização, desmistificação e informação em relação à quimioterapia e diagnóstico. As atividades do Grupo de Apoio Esperança

visam a dar atendimento a pacientes nos mais diversos momentos terapêuticos e patologias referentes ao câncer.

Desta forma, as atividades desenvolvidas no já referido centro possibilitaram e ainda possibilitam meios de enfrentamento para se lutar contra a enfermidade, e principalmente, priorizar o espaço para a re-significação da vida e a expressão de sentimentos.

Este grupo sempre foi aberto e heterogêneo, porém uma de suas limitações é a de idade. Por ser atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹, que considera “adultas” pessoas acima de 21 anos, no Grupo de Apoio Esperança não há participação de crianças. À parte desta questão, ele abre possibilidade para que o paciente participe dos encontros independentemente do tipo de câncer, classe social, convênio, gênero, etnia, religião, raça e gravidade da enfermidade. O único aspecto em comum que ainda permanece é o de que seus participantes sejam portadores de câncer e que tenham o desejo de estar bem.

Por meio de suas atividades, o Grupo de Apoio Esperança procura auxiliar o participante a buscar e/ou manter sua motivação para enfrentar a doença antes e após sua participação nele, sendo seus objetivos:

- despertar no paciente oncológico o desejo de melhorar, partindo-se do princípio que pode se tornar ativo diante do próprio tratamento;

- auxiliar o paciente a reconhecer seus recursos internos e concebê-los como aliados no caminho para uma melhor qualidade de vida. Neste particular, entende-se qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)².

- desenvolver a integração entre os participantes;

- proporcionar o apoio e o acolhimento entre o grupo;

¹Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde – Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 14/03/2009.

²Organização Mundial da Saúde (OMS). **World Health Organization (WHO)**. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/Ficha.htm>> Acesso em: 10/11/08.

- promover oportunidade de esclarecimento e informações concisas em relação à doença e terapêuticas;
- promover a conscientização da função e da responsabilidade de cada participante em seu tratamento como portador de câncer.

1.2 Histórico do Grupo de Apoio Esperança

Segundo dados da Prefeitura Municipal de Caruaru³, este município brasileiro, localizado no Estado de Pernambuco, é o maior e mais populoso do interior do estado, localizado na região do agreste. Devido à sua importância regional, também é conhecido por seus habitantes como Capital do Agreste e também por Capital do Forró. Tem uma população residente de 289.086 habitantes, segundo último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴ em 2007. Esta população vive numa área territorial de 921 quilômetros quadrados.

A cidade de Caruaru dista cerca de 135 km de Recife, a capital do Estado. Privilegiada em sua localização, funciona como polo de distribuição de boa parte da região nordeste brasileira. Sua economia está baseada no comércio, indústria e turismo. É famosa pela Feira de Caruaru, considerada uma das maiores manifestações populares brasileiras.

Nesta cidade pernambucana, ocorreu, no dia 06 de abril de 2002, no Centro de Oncologia de Caruaru-PE, a primeira reunião de um grupo de suporte psicológico, que viria a ser conhecido como Grupo de Apoio Esperança. Esta reunião foi coordenada por mim, contando com dez pacientes com o diagnóstico de câncer, que estavam em tratamento e/ou consulta médica de controle. A partir de então, um encontro com pacientes oncológicos passou a se realizar semanalmente, às terças-feiras, tendo em média 15 pessoas. Estas pessoas encontravam-se em tratamento, fora de possibilidade terapêutica ou remissão.

³ Prefeitura Municipal de Caruaru. **Caruaru**. Disponível em: <<http://www.caruaru.pe.gov.br/> - 45k>. Acesso em 10/11/08.

⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 10/11/08.

A princípio, os próprios pacientes que participavam do grupo, convidavam outros para integrarem-se a ele.

Após algum tempo, o grupo passou a ter mais credibilidade perante os outros profissionais do CEOC. Então, os próprios médicos e enfermeiros passaram a encaminhar os pacientes, pois julgavam que se beneficiariam com esta participação. Ainda no mesmo ano, após alguns encontros, o grupo, até então sem nome, mas com uma identidade forte e marcante, foi nomeado e batizado de “Grupo de Apoio Esperança”. Cada participante escolheu um nome e estes seguiram para votação entre os membros do próprio grupo.

Assumiu-se, assim, como filosofia, o lema que perdura até os dias de hoje: “*Quando eu não precisar de ajuda, eu dou, e quando necessitar, eu recebo*”.

Ao final de seu primeiro ano, 91 pacientes desse serviço de oncologia haviam participado destas reuniões, uns por uma única vez e outros por mais de 8 vezes.

1.3 Método de trabalho do grupo

De acordo com esta pesquisadora, a Psicologia se faz mais eficaz quando sai dos limites da psicoterapia individual, dos consultórios protegidos, da escuta solitária e se lança aos corredores, aos leitos, aos grupos, procurando meios para ajudar quem tem dor, quem chora, quem se desespera ao perder sua única certeza de controle, mesmo que seja a de si mesmo.

Embasado num trabalho humanizado, ético, respeitando-se o paciente como um todo e, principalmente, seu estado fragilizado de dores e perdas, acreditando-se no potencial de superação e re-significação da doença de seus participantes, a coordenadora estabeleceu os seguintes passos para a realização dos encontros deste grupo:

- Inicialmente é realizado um aquecimento, no qual se propõem atividades de relaxamento, enfatizando-se a importância da respiração para a oxigenação das células e conseqüentemente da saúde;

- Posteriormente é realizada uma apresentação do histórico deste grupo de apoio, sua filosofia e sua ideologia. Neste momento, enfatizam-se o sigilo, o respeito, a verdade e o tempo de cada um;

- Apresentação individual dos participantes, na qual cada um expõe sobre sua doença e também como está vivendo esta fase. Trata-se, portanto, de um retrato “do aqui” e “do agora”;

- Aplicação da técnica de visualização do Programa Simonton (1978), sobre o qual se discorrerá adiante;

- Leitura de um texto de interesse para reflexão;

- No encerramento, o participante faz uma avaliação de sua participação no encontro por meio de uma única palavra. Com esta palavra, o participante tentará exprimir sua participação no grupo. Faz parte também deste encerramento um questionário (semi-aberto) optativo e intencional sobre as vivências do encontro. Encerram-se os trabalhos com uma avaliação individual das atividades do grupo.

1.4 O Programa Simonton aplicado ao paciente com câncer

Segundo Carvalho (1994), o primeiro programa grupal para pacientes com câncer foi proposto pelo médico oncologista Carl Simonton e cols. em 1978. A partir de estudos desenvolveram um programa – descrito em sua obra “Com a vida de novo” (1987) - de abordagem psicológica ao paciente oncológico, baseado em técnicas de relaxamento e visualização.

Este programa era extensivo a pacientes, familiares e profissionais de saúde, contudo passou por modificações significativas a partir de 1978, após a estada deste médico criador na Índia e em alguns países europeus. Entre as modificações implementadas, encontravam-se atividades relacionadas à dimensão espiritual, com o intuito de uma complementação à terapêutica da Psico-oncologia, visto como estes autores se reportam à abordagem deste mesmo programa:

“Estas técnicas fazem parte da abordagem holística ao tratamento do câncer, lidando não só com os aspectos físicos, os sintomas do paciente, como também de sua atitude emocional e das suas crenças – a sua habilidade em se recuperar e a sua capacidade de resolver os seus problemas emocionais. As intervenções foram planejadas para cobrir todas as partes do sistema de recuperação do equilíbrio físico, mental e emocional, para que as pessoas como um todo recuperem a saúde.” (Simonton e cols. (1978), 1987, p.95)

Por se utilizar do Programa Simonton como parte das atividades desenvolvidas pelo Grupo de Apoio Esperança, faz-se necessária uma breve explanação sobre sua escolha. Esta se deveu ao fato de a técnica de visualização desta proposta terapêutica favorecer quem utiliza a mentalização de imagens positivas, que aliviam as dores psicológicas.

A fundamentação teórica e os passos relativos às técnicas deste programa estão descritas na obra *“Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer”* de Simonton e cols. (1987, p.15) que sintetiza a ideia acima quando nos aponta que *“cada um de nós tem sua participação na saúde ou na doença, a todo o momento”*.

Este médico oncologista, que trouxe sua contribuição para com as atividades do grupo com sua proposta de trabalho não ortodoxa, sugere a utilização de uma técnica de visualização para tratamento de câncer, enfatizando em sua prática conhecimentos sobre o xamanismo.

Segundo a Fundação para Estudos Xamânicos de Portugal⁵, o xamanismo é reconhecido como o conjunto de sabedorias, práticas e procedimentos de cunho social, religioso e mágico praticados pelas primeiras comunidades nômades humanas no período da pré-história. O xamanismo é a mais antiga via espiritual conhecida e tem sempre estado em estreita união com a natureza. No xamanismo, existe a consciência de vários níveis de realidade, para além da realidade habitual à qual estamos acostumados e o princípio do trabalho xamânico, que é o de ter o propósito de curar.

De acordo com suas pesquisas, Simonton aponta que um câncer começa com uma célula que contém informações genéticas incorretas, de modo que se torna incapaz de cumprir as funções para as quais foi designada. Se esta célula reproduz outras células com a mesma construção genética incorreta, então um tumor começa a ser formado, composto de uma massa dessas células imperfeitas. Já para o Instituto Nacional do Câncer (INCA),⁶ o câncer ocorre devido a um crescimento desordenado (maligno) de células.

⁵Quinta da Calma. **Fundação para estudos xamânicos de Portugal**. Disponível em: <<http://www.quinta-da-calma.com/pt/boletins/pt-2007-08.pdf>>. Acesso em 12/11/08.

⁶Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em maio de 2008.

Segundo Simonton e cols. (1978), o surgimento de células cancerígenas estaria relacionado a uma construção genética diferenciada entre células de mesmo tipo, enquanto que, para o INCA, um crescimento desordenado de células seria o responsável pelo surgimento de neoplasias. Este autor supõe a existência de um código genético que deve ser reproduzido sem que haja possibilidade de diferenciação entre células. Já o INCA supõe que, para sua reprodução as células devam obedecer a determinado padrão de ordenação.

Independente de se tomar, no presente estudo, um ou outro fato como o propulsor da gênese de células cancerígenas, o desenvolvimento do câncer também está associado a outro fator: a supressão das defesas naturais. Quando o sistema imunológico está inibido, enfraquecido, pode permitir a formação de um aglomerado de células anormais.

Simonton e cols. (1978) fortalecem sua tese ampliando-a com as pesquisas de Selye (1950), afirmando que este autor expôs de modo completo a Síndrome Geral da Adaptação, na qual afirma que o estresse crônico produz desequilíbrios hormonais. Tendo os hormônios uma função essencial no regulamento das funções corporais, levam ao desequilíbrio destas.

Assim, Simonton e cols. (1978) trabalharam juntos procurando integrar os conhecimentos da Medicina e da Psicologia. Observaram que pacientes com o mesmo diagnóstico e prognóstico apresentavam evoluções diferentes. Alguns evoluíram para o agravamento da doença, como os deprimidos, apáticos, passivos, os que mantinham hábitos e estilo de vida pouco saudáveis e os que não expressavam sentimentos. Os que tinham projetos de vida, motivação para viver, uma postura ativa e participativa em relação à doença e à vida, desenvolveram hábitos e estilo de vida mais saudáveis, evoluíram para uma melhor condição de saúde e uma sobrevida mais longa, chegando a casos de cura.

Compreenderam, então, que se podia ter alguma influência sobre o curso da moléstia, por meio de uma força vital e motivação para viver. Continuou suas pesquisas observando que a diferença estava na postura do paciente de poder exercer um controle sobre a doença e pensou, então, numa maneira de poder ajudar os demais pacientes a chegar ao mesmo resultado.

Assim, gradativamente, estruturou-se o que hoje é conhecido por Programa

Simonton, acreditando-se que, por meio da visualização, as pessoas conseguem influenciar seus processos internos. Sua técnica demonstrou que toda mudança no estado fisiológico é acompanhada por uma mudança no estado emocional ou mental e vice-versa. A mente pode ajudar a eliminar a doença da mesma forma que pode facilitar seu aparecimento. Portanto, a mente tanto pode ser a responsável tanto por uma diminuição de sintomas quanto pelo agravamento da enfermidade.

O Programa Simonton não é um programa substitutivo e sim um programa complementar e de apoio ao tratamento médico, auxiliando o paciente a compreender, aceitar e valorizar os procedimentos da Medicina. Esse programa não promete cura, promete ajuda ao paciente oncológico para que o mesmo possa identificar a maneira de lidar com a doença e, conseqüentemente, para que também possa contribuir com sua recuperação.

Ao considerar estes fenômenos, Simonton e cols. (1978) direcionaram seu trabalho para técnicas de relaxamento e de formação de imagens. Estas técnicas de visualização visam a ensinar o paciente a relaxar e controlar tensões, pois o relaxamento muscular leva com eficácia ao relaxamento emocional. Visam, ainda, a ajudar o paciente de câncer a lidar com suas emoções, identificar suas necessidades existenciais e reverter a depressão. O Programa Simonton pressupõe alguns passos:

1º- Auxiliar o paciente a fortalecer suas convicções de que o tratamento a que está sendo submetido é eficaz, que seu organismo é dotado de um sistema de defesa sofisticado e poderoso. Isso dará ao paciente a certeza de que ele tem recursos pessoais para lidar com a doença, começando a reverter sua postura passiva em relação aos fatos da vida, e em particular sua enfermidade.

2º- Auxiliar o paciente a aprender sobre sua forma de lidar com o estresse da vida cotidiana, buscando métodos eficazes para enfrentar as situações da vida, em lugar de desistir. O paciente experimenta uma mudança na percepção de si, sentindo-se mais seguro e estimulado para lidar com os problemas do cotidiano, e a tentar uma reversão de perspectivas. O paciente procurará transformar desesperança em esperança e desamparo em expectativas.

3º- Despertar no paciente a noção de que cada um participa de seus processos de saúde ou de doença, e que mudanças de vida alteram o equilíbrio emocional, exigindo esforço de adaptação. Neste sentido, o Programa Simonton colaborará com o paciente auxiliando-o a rever suas metas, aceitar os limites e reformular a maneira de criar ou enfrentar problemas.

4º- Auxiliar o paciente a descobrir os ganhos secundários com a doença. Ao auxiliá-lo a lidar com os ganhos secundários da doença, como solidariedade e atenção, cria-se a possibilidade de que os mesmos benefícios possam ser obtidos sem a doença, de forma a se eliminar um fator que pode tornar a doença desejável, consciente ou inconscientemente.

Resumidamente, pode-se dizer que conteúdos depressivos que levam o paciente a adotar atitudes de vida pouco eficazes, gerando insucessos e com isso confirmando a tendência depressiva, podem ser transformados, desenvolvendo-se conteúdos que resultem numa forma mais eficaz de lidar com a vida.

Assim, leva-se a uma reversão do sentimento de desesperança em sentimento de esperança, trazendo melhor perspectiva de vida, melhora da auto-estima, e conseqüentemente melhora da qualidade de vida, neste caso em particular para as portadoras de câncer.

Ao se considerarem as premissas sobre qualidade de vida, conforme os estudos de Simonton e cols. (1978), a técnica de visualização pode influenciar profundamente a atitude dos indivíduos e, quando induzidas, poderão aumentar a sensação de confiança, controle e força, diminuindo a desesperança, a depressão e o medo.

Tendo em vista tais expectativas, no desenvolvimento das atividades do Grupo de Apoio Esperança, sugere-se que os participantes visualizem tudo aquilo que julgam comprometer sua qualidade de vida e imaginem livrando-se deste fardo. Sugere-se também que usem o próprio corpo fazendo gestos ou movimentos que reproduzam o ato de livrar-se de todas as coisas ruins, como se estivessem descartando tudo. Algumas vezes recorre-se à própria voz dos participantes, no sentido de expulsar do corpo, com voz alta, tudo aquilo que é indesejado.

É interessante observar no decorrer dos encontros, por meio do depoimento

dos participantes, como surtem efeito estas visualizações. Ao transporem a porta de saída ao término do encontro, apresentam uma aparência mais serena, mais suavizada, menos carregada. Muitos participantes, inclusive, verbalizam o quanto se sentem mais leves e menos deprimidos. Devido à sua eficácia para este grupo de apoio psicológico, o Programa Simonton sustenta-se até hoje como estratégia utilizada junto aos pacientes oncológicos que dele participam.

Ao final de cada reunião, trabalha-se com os participantes um fechamento por meio da leitura de um texto que remete a atitudes de força ou encorajamento. Quando necessário, encaminha-se algum participante aos profissionais do CEOC.

1.5 Pacientes atendidos pelo Grupo de Apoio Esperança

Desde seu início em 2002, registram-se os seguintes dados em relação à participação nas atividades deste grupo.

	Quantidade de grupos	Número de participantes	Média de participantes por grupo
2002	18	91	5,05
2003	12	165	14
2004	29	206	07
2005	10	71	7,1
2006	02	20	10
2007	04	44	11
2008	06	68	11,3
Totais ao ano	81	665	9,35 (média por encontro ao ano)

Quadro 1 – Pacientes atendidos por ano pelo Grupo de Apoio Esperança

A leitura destes dados oferece ao leitor uma visão sobre a eficácia deste grupo de apoio quanto à sua proposta inicial, no sentido de atender a um maior número de pessoas num menor espaço de tempo. Observa-se que, ao longo de seus 7 anos de funcionamento, o Grupo de Apoio Esperança pôde atender a 665 pacientes, com uma média de 9,35 pacientes por encontro, apesar de contar com um único profissional na

área da Psico-oncologia.

Até o momento, não foi feito um estudo sistematizado sobre o número de pacientes que retornam ao grupo e sobre sua intenção ao fazê-lo, ou até mesmo sobre o intervalo de tempo entre a participação em um encontro e outro. Empiricamente, sabe-se que alguns participantes retornam ao grupo por mais de duas ou três vezes, porém, as razões deste retorno ainda não foram pesquisadas.

1.6 Avaliação do grupo

Ao longo destes 7 anos de atividades do Grupo de Apoio Esperança, percebeu-se uma gradativa aceitação e uma atitude mais positiva em relação ao engajamento a esta proposta.

Neste grupo, escutam-se em continência medos, dores e ansiedades. Identifica-se também no grupo a existência de pacientes sem recursos, quer seja de ordem monetária, quer seja de ordem da falta de apoio familiar. Neste sentido, o grupo mostra-se atuante, exercendo uma influência determinante no caminho de seus participantes e familiares.

Como é de sua expectativa, constata-se que as dificuldades advindas dos pacientes surgem desde a aceitação do diagnóstico e processo de tratamento, estendendo-se ao novo arranjo familiar, com a inserção deste integrante, que agora se encontra doente e fragilizado.

Quase sempre sem poder exercer sua identidade e executar seu habitual papel profissional e/ou funcional na sociedade, o paciente oncológico passa por problemas financeiros acarretados pelo diagnóstico do câncer. Isto sem ressaltar o seu estado emocional marcante e/ou desestabilizador.

Mesmo não possuindo resultados precisos que se comparem aos das terapêuticas ortodoxas, há um número de inclusão significativo em relação ao Grupo de Apoio Esperança. Esta adesão surpreende, ao se considerar o exíguo espaço físico destinado às suas atividades e o atendimento oferecido pelo único profissional de saúde mental que atua na instituição.

Portanto, percebe-se que a despretensão inicial de se cuidar, em um espaço de

tempo menor, de um número maior de pessoas, consolidou-se em um trabalho íntegro e humano, que tem trazido benefícios a esta população. Tais benefícios talvez possam apresentar-se para alguns como temporários ou até imperceptíveis, porém, humanitariamente falando, entende-se que o Grupo de Apoio Esperança tem feito diferença a esta demanda “adoecida e emocionalmente fragilizada”.

Sob esta perspectiva, por meio das vivências desenvolvidas no Grupo de Apoio Esperança, pode-se constatar os benefícios trazidos para o participante por meio:

- da expressão de seus sentimentos, mesmo os mais dolorosos e ambíguos,
- dos ganhos secundários provocados pela doença e a renúncia desse estado para o enfrentamento,
- da reflexão sobre o sentido da vida, o sentido da doença, da preparação para a vida, quando em estágio de alta-reabilitação, como também para a morte, ou luto antecipatório, entendendo-se luto antecipatório como um mecanismo de enfrentamento utilizado pelos familiares frente à perda de um ente.

O luto antecipatório refere-se a um processo de enlutamento que ocorre em antecipação a uma morte iminente e inclui sintomas do luto normal: choque, negação, ambivalência, revolta, barganha, depressão, aceitação e adaptação. Pode ser um fenômeno adaptativo, no qual é possível tanto ao paciente como aos seus familiares, prepararem-se cognitivamente para o acontecimento iminente que é a morte. Ainda provê, aos membros da família, de tempo para gradualmente absorver a realidade de uma perda iminente. Sendo assim, torna-se possível a cada indivíduo finalizar situações incompletas com a pessoa que está por morrer, quer no nível objetivo e concreto, quer no nível subjetivo e pessoal (FONSECA; FONSECA, 2002).

- do medo do fracasso do tratamento, ocasionando a possível morte e perdas,
- de nossas limitações e potencialidades, de nossos sentimentos como: medo, raiva, solidão, esperança, cansaço, vitória, ansiedade, dentre outros.

Apesar das observações informais detectadas neste grupo, foi realizada uma primeira avaliação sistematizada de suas atividades, tomando-se como instrumento de

avaliação uma amostra de 145 participantes, escolhidos aleatoriamente entre os 206 pacientes que participaram dos 29 encontros do grupo, no ano de 2004.

Estes participantes encontravam-se sob tratamento quimioterápico, em remissão, fora de possibilidades terapêuticas, e foram encaminhados ou optaram por participar dos grupos. Nesta amostragem, não foi relevante o tipo de câncer, o local e o estadiamento.

A coordenadora do Grupo de Apoio Esperança aplicou a todos estes pacientes um questionário sobre a percepção que possuíam quanto aos objetivos deste mesmo grupo, se os entendiam como atingidos ou não. Outra questão era sobre sua participação, se se sentiam confiantes e motivados a procurar novamente a ajuda deste grupo, caso fosse necessária.

Após o terceiro ano consecutivo de atividades do Grupo de Apoio Esperança, verificou-se, mediante a aplicação deste questionário e a respectiva análise, uma aceitação e uma avaliação favorável tanto em relação a seus objetivos gerais como específicos, e também quanto à iniciativa dos participantes em procurar o grupo espontaneamente.

Uma nova avaliação realizou-se no ano de 2005, sendo que agora o universo do grupo foi composto por 71 participantes inscritos. Destes inscritos, 53 pessoas participaram uma única vez, 04 já haviam participado das atividades do grupo por duas vezes, e finalmente, outros 03 por três vezes. Estes participantes encontravam-se também em quimioterapia, em remissão, fora de possibilidades terapêuticas, foram encaminhados ou quiseram participar dos grupos.

Também nesta ocasião não foram considerados como relevantes o tipo de câncer, o local e o estadiamento. Em 2005, ocorreram 10 encontros entre os meses de janeiro a dezembro, sendo que o número total de pacientes atendidos pelo Grupo de Apoio Esperança durante todo o ano foi de 60.

Nesta segunda avaliação, verificou-se uma diminuição quantitativa do número das oficinas trabalhadas e, conseqüentemente, da frequência dos participantes, devido à implantação de uma nova modalidade de apoio ao paciente portador de câncer: o Grupo de Apoio à Família e Acompanhantes de Pacientes Oncológicos, também coordenado pela única profissional de Psico-oncologia do CEOC.

A implantação deste Grupo de Apoio à Família e Acompanhantes deveu-se, inclusive, às observações realizadas pelo próprio Grupo de Apoio Esperança de que muitos familiares e acompanhantes não se encontravam preparados para lidar com as questões deste paciente.

Portanto, no ano de 2005, a coordenadora do Grupo de Apoio Esperança dividiu-se entre uma e outra atividade.

A proposta inicial do referido grupo de suporte psicológico, que agora se estendia a familiares e acompanhantes, era:

- oferecer, por meio de grupos de apoio, aos cuidadores oficiais, familiares e acompanhantes, orientações sobre como interagir com o paciente;
- proporcionar, por meio de um espaço terapêutico, a expressão dos mais diversos sentimentos;
- apoio para lidar com o contexto da doença e meios de enfrentamentos na tarefa de cuidar e de se manter saudável;
- por fim, oferecer um serviço de Psico-oncologia atuante e diferenciado que permitiria, tanto ao paciente quanto aos familiares, possibilidades diferenciadas de ajuda por meio de um trabalho interdisciplinar integrado.

Nesta nova modalidade de atendimento, o objetivo geral foi o de investigar os focos de ansiedade de acompanhantes e familiares dos pacientes em quimioterapia, por meio de oficinas interventivas. Os objetivos específicos foram:

- desenvolver a integração entre os participantes;
- proporcionar o apoio e o acolhimento entre o grupo;
- promover oportunidade de esclarecimento e informações concisas em relação à doença e terapêuticas;
- promover a conscientização da função e da responsabilidade da família no tratamento de seu paciente;
- esclarecer a importância de um suporte familiar fortalecido e adequado para um bom prognóstico ao paciente.

Diante da responsabilidade de se desenvolver um trabalho sério diante de familiares e acompanhantes de pacientes com câncer, houve a diminuição do tempo destinado às atividades do Grupo de Apoio Esperança. Consequentemente, este fato acarretou uma redução de suas atividades, porém, já em seu quarto ano de funcionamento, este grupo gozava de certa credibilidade entre os pacientes e profissionais do CEOC, e não chegou a ter sua continuidade comprometida.

1.7 Local de realização dos encontros

Para a realização dos encontros do Grupo de Apoio Esperança, foi cedido um espaço, que lhe é reservado até hoje, pela administração do CEOC. Pelas dimensões desta sala, entendeu-se que o local reunia condições para receber até 12 participantes, preservando-lhes as condições de conforto necessárias para encontros desta natureza.

1.8 Materiais utilizados

Para a realização das atividades do Grupo de Apoio Esperança, utiliza-se da seguinte infra-estrutura:

- um aparelho de ar condicionado
- cadeiras
- CDs
- uma lixeira
- lenços de papel
- materiais escolares (papel ofício, lápis, caneta, lápis de cor, cola entre outros).
- um aparelho de som
- uma máquina de xérox
- recursos para a aplicação da técnica de visualização do Programa Simonton

Capítulo 2

A TEORIA DO ENFRENTAMENTO

A impressionante tecnologia da medicina moderna passa uma imagem de poder e de conhecimento tão imensos que torna-se difícil acreditar que os nossos recursos individuais possam fazer qualquer tipo de diferença”

Simonton e cols. (1978)

2 A Teoria do Enfrentamento

Dentre as muitas observações que se fazem quando se lida com pacientes oncológicos uma das que mais se denota é a presença do estresse. Iniciei a pesquisa sobre o que é e sobre como se processa o enfrentamento tendo em mente a ação do estresse sobre estes pacientes. Este fenômeno foi muitas vezes observado no público com o qual trabalho; vários participantes do Grupo de Apoio Esperança relatam sobre desavenças familiares em seu cotidiano que coincide com o surgimento da doença.

Assim, o que se observa na prática é que estresse e enfrentamento são fenômenos intrinsecamente interligados em se tratando de pacientes oncológicos.

Instigante é o fato de que ainda não se possui uma definição de estresse aceita com unanimidade, especialmente em dicionários de patologia médica.

Se pesquisarmos em dicionários brasileiros como o “*Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*”, Ferreira (1995, p.279 e 344), observar-se-á que “*estresse é o conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras capazes de perturbar sua homeostase*” Entendendo-se por homeostase, para a fisiologia como “*tendência à estabilidade do meio interno do organismo*”

Tal definição oferece a quem a utiliza, uma noção básica sobre o assunto, instigando o leitor, no entanto, a uma série de outras indagações.

Usualmente, o conceito de que estresse relaciona-se a uma agressão, a um desconforto de ordem física ou psíquica. De uma maneira simplificada, poder-se-ia dizer que o estresse é a resposta a uma demanda relacionada à vida do indivíduo, demanda esta desencadeada por motivos graves ou até mesmo triviais, dependendo da forma com que este mesmo indivíduo os encara (BERNIK, 1997).

De acordo com este último autor, Dr. Hans Selye (1950), apresenta uma das mais aceitas conceituações de estresse: o estresse corresponde a uma relação entre o indivíduo e o meio. Este conceito enfatiza que o estresse supõe uma interação entre a

agressão e a resposta.

Os estudos de Abreu et al. (2002) apontam que Selye (1959) definiu estresse como sendo, essencialmente, o grau de desgaste total causado pela vida. Não há um consenso sobre o termo estresse. Alguns autores entendem que representa uma adaptação inadequada à mudança imposta pela situação externa, ou seja, uma tentativa frustrada de lidar com os problemas segundo conceituação de Helman (1994) também mencionados em Abreu et al. (2002). Mas, estresse também pode ser definido como um referente, tanto para descrever uma situação de muita tensão quanto para definir a tensão gerada por tal situação, segundo concepção de Lipp e Rocha (1994), também apontados por estes estudos.

Conforme mencionam Abreu et al. (2002), Lazarus (1993) ao considerar as diferentes definições da palavra estresse descreve quatro pressupostos essenciais que devem ser observados:

- 1) um agente causal interno ou externo que pode ser denominado de estressor;
- 2) uma avaliação que diferencia tipos de estresse (dano, ameaça e desafio);
- 3) os processos de enfrentamento utilizados para lidar com os estressores e
- 4) um padrão complexo de efeitos na mente ou no corpo, frequentemente referido como reação de estresse.

Sendo assim, é importante considerar não só a imensa quantidade de fatores potencializadores de estresse, mas também os aspectos individuais, a maneira como cada um reage às pressões cotidianas, bem como os aspectos culturais e sociais aos quais os sujeitos estão submetidos.

Eventos como problemas familiares, acidentes, mortes, conflitos pessoais, doenças, dificuldade financeira, desemprego, aposentadoria, problemas no ambiente de trabalho, guerras e inúmeros outros podem ser experienciados de maneira diversa por dois indivíduos diferentes, em um mesmo contexto histórico, cultural e social. Assim como também problemas críticos na ordem social de um país podem potencializar o estresse patológico em diversos indivíduos conforme Helman (1994); Ladeira (1996) citados em Abreu et al. (2002).

Cardoso (1999) da mesma forma citada nos estudos de Abreu et al. (2002) afirma que, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde pode ser lesada não apenas pela presença de fatores agressivos (fatores de risco, de “sobrecarga”), mas também pela ausência de fatores ambientais (fatores de “subcarga” como a falta de suficiente atividade muscular, falta de comunicação com outras pessoas, falta de diversificação em tarefas de trabalho que causam monotonia, falta de responsabilidade individual ou de desafios intelectuais). Portanto, pode-se verificar que algum estresse é importante para a realização de qualquer atividade e que sua total ausência, assim como seu excesso, podem ser prejudiciais à saúde. Entretanto, o prolongamento de situações de estresse pode repercutir num quadro patológico, originando distúrbios transitórios ou mesmo doenças graves, como o estresse ocupacional.

Ao se considerar tal interação, pode-se acreditar que são as grandes dificuldades da vida que impelem o indivíduo ao estresse, quer seja de modo agudo ou crônico. No meio científico são conhecidas pesquisas que associam mudanças a estresses. Notoriamente, a mudança é um dos mais efetivos agentes estressores.

Sob este ponto de vista, toda mudança na vida de qualquer pessoa tem o potencial de causar estresse, seja ela benéfica ou maléfica.

De qualquer forma, o estresse ocorre de forma variável, estando relacionado à intensidade do evento de mudança, que pode se estender desde um imprevisto, de um fato corriqueiro até à perdas irreparáveis como a morte.

Assim, ao pensar que toda mudança desencadeia no sujeito uma reação, pode-se considerar que esta resposta seja até certo ponto esperada, uma vez que certo nível de estresse fisiológico sempre é previsto em todo processo de adaptação.

Por outro lado, ao pensar no indivíduo mal adaptado, pensar-se-á em disfunções, que podem gerar distúrbios transitórios, ou até mesmo doenças graves, em especial, se esta pessoa for geneticamente predisposta para isto.

Ainda segundo o conceito de Bernik (1997), em se tratando de possíveis fatores desencadeantes, inúmeras são as causas que podem gerar o estresse tais como: predisposição genética, incertezas quanto ao futuro, qualidade de vida, receios quanto ao envelhecimento, desemprego, empobrecimento, alimentação inadequada, precariedade de lazer, ausência de apoio familiar, consumismo exagerado ou, ao

contrário, a impossibilidade de fazê-lo, são apenas algumas que se pode citar.

Em resumo, pode-se dizer que tanto o estresse quanto o possível desencadeamento de patologias podem ser originados tanto por fatores pessoais, quanto familiares, sociais, econômicos, entre outros.

Para melhor elucidação do fenômeno do estresse é interessante conhecer-se outro fenômeno também associado a agressões ocorridas entre o indivíduo e o meio.

Segundo a classificação proposta por Keleman (1995) quando a reação de estresse vivida numa situação não se desfaz, ela é denominada de distresse. O nome certo de um estado permanente seria, portanto, distresse pós-traumático, porém o uso consagrou o termo *estresse pós-traumático*.

O estresse ocorre quando a reação vivida numa situação se desfaz e o distresse quando a reação vivida numa situação não se desfaz, são respostas a situações de agressão tanto externas, quando originadas do embate com o mundo, e internas quando decorrem do sentir dentro de si coisas além do assimilável.

Keleman (1995) ainda aponta: quando sintomas permanecem por um período mais longo, indicam que a agressão foi vivida muito intensamente, com um estado de estresse excessivo que levou à cristalização em um padrão de distresse. Os padrões de distresse se traduzem por uma forma de sentir e agir que mantém a pessoa paralisada num modo de funcionamento, sem poder voltar ao seu modo de vida anterior. Essa forma sustenta a pessoa no estado de distresse, criando a percepção de que o mundo é hostil, produzindo repetições infinitas de pensamentos, fantasias, pesadelos e sentimentos em torno de uma mesma questão, criada e mantida por um padrão alterado de funcionamento.

Assim, tanto os sentimentos, a percepção, os pensamentos e a postura corporal são organizados pelo referido padrão. Este padrão cria a realidade do perigo iminente e deixa a pessoa como se estivesse em vias de reviver novamente toda a situação que a desestabilizou. A reação não se desfez, o alerta está lá dizendo que o perigo pode voltar a qualquer momento. A percepção da pessoa tende a interpretar tudo pela ótica do medo, tudo que a pessoa percebe é visto pela perspectiva de seu padrão ansioso de distresse.

Estes padrões de distresse compõem forma de funcionar na vida que tendem a se repetir e surgem a partir de situações que interferem, drasticamente, no processo existencial de uma pessoa. A partir da situação traumática a pessoa fica fixada e

paralisada num modo repetitivo de funcionamento emocional, fenômeno que, na maioria das vezes, não ocorre com pacientes oncológicos, que passam por momentos de desestabilização e buscam meios para enfrentar a situação adversa.

Retomando-se a questão do estresse, tão presente na vida do paciente oncológico, pode-se considerá-lo como uma variável múltipla e um inevitável aspecto da vida, que pode afligir a qualquer um de nós (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Ao saber que o estresse faz parte da vida de toda pessoa, resta a todos nós, seja na condição de pessoa sã ou enferma, a busca de alternativas sobre como enfrentá-lo.

Antes, porém, faz-se necessária uma breve explicação sobre as origens do termo “enfrentamento”. A literatura médica encarrega-se de explicar o fenômeno: *coping* é uma palavra de origem inglesa, associada às seguintes traduções aceitas “lidar com”, “manejar”, “enfrentar” ou “adaptar-se”.

Quanto à utilização da palavra *coping*, no Brasil existem estudos traduzindo-a por “enfrentamento”, conforme literatura estabelecida na área da Psicologia da Saúde (PAIVA, 1998).

Justamente por não haver, na Língua Portuguesa brasileira, uma palavra única que possa expressar toda a complexidade do termo *coping*, encontra-se também na literatura médica o uso do mesmo termo sem a tradução.

Por uma questão didática, no presente estudo optar-se-á por tratar este fenômeno por meio do termo “enfrentamento”, sabendo-se, contudo, das limitações que “enfrentamento” sofre no sentido de não dar conta de expressar todas as nuances implícitas em seu correspondente inglês.

Em qualquer circunstância, porém, *coping* ou enfrentamento é um conceito chave que ajuda a entender adaptação e desajustes na adaptação.

Numa perspectiva cognitivista, o enfrentamento é um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga que excede os recursos pessoais (FOLKMAN e LAZARUS, 1980; LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Sob outro enfoque, o enfrentamento é uma busca por significado em tempos de

estresse, um processo pelo qual os indivíduos procuram entender e lidar com as demandas significantes de suas vidas (PARGAMENT, 1990).

Segundo o modelo de Folkman e Lazarus (1980), devido ao fato do enfrentamento ser um processo, ou a interação entre o indivíduo e o ambiente, sua função é a de administrar, reduzir, minimizar, tolerar a situação estressora, mais do que controlá-la ou dominá-la.

Ainda poderia se afirmar que os processos de enfrentamento pressupõem a noção de avaliação do fenômeno estressante. De acordo com sua avaliação, o indivíduo poderá empregar ou não estratégias de enfrentamento, ou de ações, comportamentos ou pensamentos que o ajudarão a transitar pelo episódio estressor (FOLKMAN e LAZARUS, 1980).

O que faz a diferença na vida de todo ser humano é a forma como ele maneja as situações adversas pelas quais atravessa.

2.1 Conceituação

Apenas retomando o que foi exposto acima, o termo “enfrentamento” é a tradução aceita do termo inglês *coping*, para expressar qualquer tipo de ação ou comportamento que se esboça para dar conta de um perigo ou inimigo iminente, ou ainda situações ameaçadoras ou problemáticas.

Emprestado da literatura médica, o conceito de enfrentamento tem sido muito utilizado nos variados segmentos da Psicologia, justamente por se tratar de adaptações do ser humano nas diferentes fases de seu desenvolvimento.

Nas décadas de mil, novecentos e quarenta, e mil, novecentos e cinquenta do século passado, o tema do enfrentamento foi muito enfatizado, tanto em termos de descrição quanto de avaliação clínica.

Em suas pesquisas Gimenes (1997) recorreu aos conceitos de enfrentamento de autores como Lazarus (1966) para quem o conceito de enfrentamento está relacionado ao conjunto de estratégias selecionadas pela pessoa para lidar com uma ameaça iminente.

De acordo com os estudos de Lazarus e Folkman (1984) citados por Gimenes

(1997), ambos imprimem ao conceito uma dimensão mais psicológica, observando o enfrentamento como um processo para se lidar com experiências, quer sejam externas ou internas, que sobrecarregam ou excedem os recursos da pessoa.

Em outras palavras, poderia se dizer que tais eventos surpreendem a pessoa, sem que ela tenha desenvolvido em seu repertório de respostas algo que possa fazer frente ao evento.

Ao considerar esta definição estar-se-á também admitindo que enfrentamento suponha processo. Gimenes (1997) sob a perspectiva de ser o enfrentamento um processo, respalda seus estudos em Lazarus e Folkman (1986). Neste sentido o conceito de enfrentamento está associado a uma série de trocas entre a pessoa, que demonstra possuir um elenco de recursos disponíveis, tais como valores e compromissos, com um contexto ambiental que também age com seus recursos, tais como exigências e restrições particulares.

Um segundo aspecto para se refletir, ainda de acordo com estes autores, seria o de definir enfrentamento como a forma de “lidar” com determinados eventos.

As ações “dominar” ou “superar”, talvez não sejam as mais adequadas, uma vez que muitas dificuldades como doenças terminais, envelhecimento, doenças físicas ou de ordem mental não podem ser superadas ou dominadas. Tais contextos pedem uma nova redefinição, com uma nomenclatura mais específica, uma vez que são apenas tolerados ou aceitos no sentido de facilitar a adaptação da pessoa.

A definição proposta por Lazarus e Folkman (1984) segundo Gimenes (1997) propõem que apenas ações que fogem ao cotidiano sejam mencionadas sob o termo enfrentamento. Ações que ocorrem no dia-a-dia deveriam ser utilizadas sob o termo genérico de adaptação.

Assim, entende-se que o enfrentamento ocorre diante de situações em que o indivíduo não possa mais se comportar da mesma forma como vinha se comportando usualmente, necessitando recorrer a novos comportamentos como forma de encarar o novo evento. Tais formas de se comportar representariam as estratégias de enfrentamento.

Ao finalizar suas pesquisas sobre o conceito de enfrentamento, Gimenes (1997) extrai algumas conclusões:

- A maioria das definições compartilha a ideia de que as pessoas ativamente respondem às exigências impostas a elas,
- Todas compartilham a noção de que o enfrentamento corresponde à ação ou ao comportamento que as pessoas apresentam para lidar com situações difíceis e estressantes,
- A maioria das definições entende o enfrentamento como inseparável tanto do estresse experienciado pela pessoa no seu contexto de vida, ou seja, demanda externa, quanto dos estados emocionais relacionados à sua vida emocional, ou seja, demandas internas.
- Todas as definições implicam na compreensão da natureza do enfrentamento, ou seja, do referencial teórico que oferece subsídio para a sua compreensão (GIMENES, 1997, p. 116).

Assim, conclui mencionando que a partir de tais colocações pode-se compreender o significado dos processos de enfrentamento em relação ao bem-estar físico e psíquico do indivíduo, transformando-se assim num dos aspectos centrais da atual Psicologia.

Tal importância deve-se ao fato de que pesquisas e aprofundamentos sobre o conceito de enfrentamento são bastante úteis para se ampliar os conhecimentos sobre a qualidade de vida de pessoas que vivenciam o estresse intenso, especialmente, pacientes oncológicos.

2.2 A natureza do enfrentamento: estilo e processo

Conforme as concepções Lazarus e Folkman (1986), mencionados por Gimenes (1997), em relação à sua natureza, duas são as dimensões em que se pode conceber o enfrentamento: a primeira quando o enfrentamento é visto como um estilo, e uma segunda quando o enfrentamento é visto como processo.

Lazarus (1993) também é citado por esta autora quando concebe o enfrentamento como resultado de um conjunto de esforços para se lidar com situações estressantes e que exigem adaptação.

a) Enfrentamento como estilo

De acordo com Lazarus e Folkman (1986), a visão psicanalítica da Psicologia

do eu, considera o enfrentamento mais como um estilo, como um traço possuído pelo indivíduo do que um processo dinâmico do próprio eu.

Ao se considerar “estilo” mais como um traço, faz-se referência às propriedades da pessoa, ou seja, às características das quais dispõe para dar respostas, e que ao mesmo tempo influenciam suas ações e reações nas mais variadas circunstâncias.

Ao dimensionar-se o traço, quanto mais geral for o mesmo, em menor escala ele se limitará a uma determinada situação ou a um contexto em específico. Assim, um “traço de enfrentamento” se configura em uma tendência estável, independente de qual for a situação a que ele esteja exposto.

Neste sentido, possuir um traço de enfrentamento significa supor que o indivíduo demonstre disposição para apresentar determinados tipos de comportamento diante dos variados contextos, sejam eles estressantes ou não.

Para Meninnger (1954), Haan (1969) e Vaillant (1977) citados por Gimenes (1997) em seus estudos, a ideia de hierarquia de enfrentamento, de abordagem psicanalítica, algumas defesas são consideradas mais saudáveis e menos regressivas do que outras. O enfrentamento é considerado por Haan (1969), segundo Gimenes, o mais saudável e o mais desenvolvido tipo de adaptação.

Gimenes (1997) fortalece seus argumentos com as ideias de Lazarus e Folkman (1984) quando criticam este posicionamento ao afirmar que toda vez que o enfrentamento é avaliado sob uma perspectiva de hierarquia opera-se *a priori* um julgamento sobre o valor da efetividade do enfrentamento para lidar com situações estressantes, sem levar-se o contexto em consideração.

Finalizando o pensamento acerca de enfrentamento tido como estilo, Gimenes (1997) explica:

[...] cabe ressaltar que, quando a concepção de traço e hierarquia de estilo é assumida, isto significa que está sendo privilegiada uma formulação teórica particular, a psicanalítica, cujo sistema de ideias gira, principalmente, em torno da noção de psicopatologia e processos intrapsíquicos e defesas. (GIMENES, 1997, p.119)

b) Enfrentamento como processo

Gimenes (1997) reflete ainda: se o início da década de setenta foi marcado pelas pesquisas associando o enfrentamento a estilo, o final desta mesma década notabilizou-se por uma nova perspectiva teórica.

A ênfase dada anteriormente ao estilo ou ao traço de enfrentamento migrou para outra ideia, a de que o enfrentamento é resultado de um processo, que se altera ao longo do tempo, e varia de acordo com as exigências do contexto em que ocorre. As características do enfrentamento enquanto estilo e enquanto processo, de acordo com Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1993 apud Gimenes, 1997 p.119-120 são apresentadas no quadro 2.

Em função destas características, na tentativa de organizar a gama de estratégias que compõem este processo, alguns estudiosos pensam o enfrentamento como processo ocorrido em etapas. Shontz (1975) autor ao qual Gimenes (1997) recorreu, sob este particular, observou a conveniência de se estabelecer etapas de enfrentamento, e lança a ideia de que o indivíduo transita entre etapas distintas desde o momento em que toma conhecimento de seu estado de saúde até a conclusão do tratamento ou sua finitude.

O mais interessante é que estas etapas caracterizam-se por um contínuo ir e vir, transitando entre a confrontação com o infortúnio e os esforços para a retirada de seu diagnóstico e suas consequências.

Caso o processo de enfrentamento seja concluído satisfatoriamente, tais idas e vindas se repetem com menos frequência e com o tempo desaparecem, o que não deixa dúvida sobre o indivíduo ter lidado a contento com a situação, em função da melhora de seu quadro de saúde.

É possível que uma das maiores contribuições para se entender o processo de enfrentamento constituído por etapas tenha sido a de Kubler-Ross 1969, mencionada por Gimenes (1997), os quais, em suas pesquisas, investigaram como as pessoas lidam com o estresse diante da iminência da própria morte.

No entanto, é preciso estar particularmente atento para a inadequação de se considerar a invariabilidade destas etapas em sua seqüência. É possível confundir-se etapas de enfrentamento com mudanças internas que ocorrem com o indivíduo, ou seja,

com o resultado de exigências físicas e ambientais assumidas pelo indivíduo ao longo de seu período de estresse, que mudam sob o efeito do tempo. (GIMENES, 1997).

Na área da Psicologia da Saúde critica-se, algumas vezes, esta posição, por se entender que existem diferenças individuais tanto na forma de se avaliar um evento estressante quanto na forma de enfrentá-lo.

Gimenes (1997) apóia-se ainda nos estudos de Lazarus e Folkman (1986) quando afirmam que não há um modelo dominante nas etapas de enfrentamento. Ambos alertam para o fato de que variadas formas de enfrentamento são compartilhadas culturalmente, e que, portanto, poderiam ser confundidas com respostas que de modo contínuo são utilizadas, ao longo do tempo, por determinados grupos sociais.

Ainda segundo Gimenes (1997):

Estes investigadores chamam a atenção para o fato de que mais importante que a universalidade ou frequência da seqüência de estratégias de enfrentamento utilizadas, é a necessidade de informação sobre a maior ou menor utilidade de determinadas estratégias de enfrentamento diante dos diferentes tipos de estresse psicológico, em momentos distintos e condições ambientais particulares (GIMENES, 1997, p.122).

Para uma melhor explicitação de sua natureza segue abaixo o quadro 2, no qual se observa a síntese das principais ideias sobre este aspecto do enfrentamento.

Natureza	Teóricos	Características	Como ocorre
Enfrentamento como estilo Apresenta-se como uma característica de personalidade, uma forma peculiar de se lidar com as diversas situações.	Lazarus e Folkman (1986)	- varia de pessoa para pessoa.	- ocorre de acordo com cada pessoa, podendo ou não obedecer a uma seqüência.
Enfrentamento como processo Apresenta-se como resultado de um conjunto de esforços para se lidar com situações estressantes e que exigem adaptação.	Lazarus e Folkman, (1984); Lazarus, (1993).	- Leva em consideração o que indivíduo realmente pensa e o que faz. - Analisa o contexto específico em que a transação entre indivíduos e ambiente ocorre. Quanto mais exata é a descrição do contexto mais fácil e mais precisamente será feita a associação de um determinado pensamento e comportamento de enfrentamento com uma exigência do contexto situacional. - Reconhece que os pensamentos e comportamentos de enfrentamento se modificam no transcorrer do desenvolvimento da interação indivíduo/contexto. - Atribui as modificações nos pensamentos e comportamentos de enfrentamento às mudanças no contexto ou à modificação nas avaliações cognitivo-afetivas efetuadas pelo indivíduo diante do contexto situacional.	Shontz (1975) e Kubler-Ross (1969) entendem que ocorre por etapas.

Quadro 2 - Natureza do enfrentamento. Fonte: Gimenes (1997), p. 116-122.

2.3 Processos cognitivos de enfrentamento

Para aprofundar a compreensão do enfrentamento enquanto processo, faz-se necessária uma explanação sobre sua relação com o conceito de mediação cognitiva. Sob esta ótica, o enfrentamento é compreendido como uma resposta à percepção por parte do indivíduo de algo que ameace seu bem-estar, ou ainda como uma resposta diante da possibilidade de uma recompensa, ou seja, um desafio, de acordo com Lazarus, Averill e Opton (1970), referidos por Gimenes (1997).

Assim sendo, a percepção que o indivíduo tem em relação à sua interação com o meio em que vive é essencial para entendê-lo, ou seja, fundamental para compreender as respostas de enfrentamento quando confrontadas com o nível de estresse a que está submetido.

Lazarus (1966; 1981, apud Gimenes, 1997, p.123) utilizou o termo “*avaliação cognitiva*” para se referir justamente à ação avaliativa que o indivíduo faz de sua própria situação. Segundo este mesmo autor distingue-se três tipos de avaliação: a que se refere ao dano, a que se refere à ameaça, e por último, a que se refere ao desafio.

Uma situação avaliada como “*dano*”, incluindo-se neste rol as perdas, representa para o indivíduo um mal que já foi contabilizado. Já as situações avaliadas como “*ameaçadoras*” alertam para a iminência de algum perigo, ou que existe potencial para que ocorra algum tipo de dano. Por fim, uma situação avaliada com um “*desafio*” induz a ações que busquem recompensa, no entanto, sob condições bastante adversas.

Independente do tipo de avaliação a ser feito sobre algum evento, todo prejuízo causado ao bem-estar de uma pessoa é avaliado tendo-se como base seus valores, crenças e compromissos, que podem ser avaliados como temporários ou permanentes.

Pequenos incidentes podem ser enquadrados como danos temporários, sendo que fatos que provoquem maiores consequências e que se estendam mesmo em longo prazo enquadram-se como danos permanentes. Neste último caso, tal avaliação impele o indivíduo a redefinir seus valores, crenças e compromissos para manejar seu cotidiano.

Em ambos os casos, é preciso que a pessoa enfrente a situação estressante com o intuito de reduzir os efeitos do dano ou perda, redimensionando, mediante uma nova interpretação, o estresse a que esteve submetido e o impacto que provocou em

sua vida.

Ao pensar em uma dinâmica do enfrentamento, ainda segundo Gimenes (1997) poderia se dizer que enfrentamento diante de danos tem sua ênfase no passado, ou seja, quando ocorre baseia-se em experiências que já ocorreram, mesmo que seja para tomar decisões ou fazer planos para o futuro. Em relação à dinâmica da ameaça, o enfrentamento é quase que inteiramente voltado para o futuro e neste sentido é possível falar-se em um enfrentamento antecipatório.

Ainda de acordo com os estudos de Lazarus (1966, 1981), citados por Gimenes (1997), embora se constate a presença destas duas dinâmicas em relação ao enfrentamento, dificilmente uma pessoa utiliza-se do enfrentamento antecipatório, pois alguém que lide com possíveis danos futuros depende de sua bagagem anterior, que lhe transmitirá as informações sobre como agir ou sobre o que esperar em determinadas situações.

Tanto o desafio quanto a ameaça são orientados para o futuro, antes de tudo com atenção e expectativas voltadas mais para a recompensa que possa ser recebida, do que ao que poderá ser propriamente perdido.

Em resumo, independente do foco em que esteja orientado o enfrentamento, quer seja presente, passado ou futuro, o fundamental nisso tudo é a forma como a situação é avaliada, se como desafio ou ameaça, conforme síntese apresentada no quadro 3 abaixo:

Respostas	O que supõem	O que representam	Dinâmica do enfrentamento	O que denotam
As que se referem ao dano.	Inclui perdas, mas que podem ser entendidas como temporárias.	Representa algum prejuízo que já foi acarretado.	Tem sempre uma ênfase no passado e supõe algum enfrentamento antecipatório como tomar medidas preventivas.	- denota certa visão preventiva.
As que se referem à ameaça.	Existe o potencial de perdas.	Representa algum prejuízo em potencial.	É quase que totalmente direcionada para o futuro.	- denota certa visão preventiva.
As que se referem ao desafio.	Existe um potencial de recompensa.	Representa algum ganho em potencial.	Também é orientado para o futuro com atenção e expectativas mais voltadas para a recompensa.	- denota uma visão mais positiva e entusiástica, - apresentam menos conflito do que quando ameaçadas, - sofrem menos emocionalmente, - apresentam menos ansiedade, raiva, culpa ou inveja.

Quadro 2 - Natureza do enfrentamento. Fonte: Gimenes (1997), p. 116-122.

Ao se abordar a maneira como as pessoas lidam com situações estressantes, essencial a esta percepção é o processo de avaliação cognitiva, que pode ser classificado em três aspectos, segundo Gimenes (1997, p.124-125), conforme quadro 4:

Processos de Avaliação	A que se refere	Características	Similaridades
Avaliação primária	Ao julgamento de algum resultado ou interação com o contexto social que pode acarretar dano, recompensa ou ser irrelevante.	Trata-se de uma resposta interdependente, pois as diferentes estratégias de enfrentamento têm a mesma função de avaliação, ou seja, todas buscam delinear o significado do evento.	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto o enfrentamento, quanto avaliações ou reavaliações são processos interdependentes, pois as diferentes estratégias têm a mesma função de avaliação. • As variadas formas de avaliação também podem ter a função de auxiliara a regular as emoções decorrentes das trocas entre o indivíduo e o contexto estressante.
Avaliação secundária	À percepção da variedade de alternativas por meio das quais o dano pode ser contornado, ou que recompensas possam ser obtidas.	Também pode ter a função de auxiliar a regular as emoções decorrentes das trocas entre o indivíduo e o contexto estressante.	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto as respostas de enfrentamento assim como as reações emocionais são decorrentes de processos cognitivos que surgem por meio destas 3 formas de avaliação.
Reavaliação	À modificação na percepção original, de inofensivo para ameaçador e vice-versa.	Trata-se de uma resposta tanto nas condições externas quanto internas, que podem acrescentar novas informações, novas reflexões acerca da situação inicial, ou ainda como uma retrospectiva do impacto da reação do indivíduo e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo mesmo.	

Quadro 4 – Processos de avaliação cognitiva. Fonte: Gimenes (1997, 124-125).

2.4 As respostas de enfrentamento

Conforme nos aponta Gimenes (1997) reportando-se aos estudos de Lazarus e cols. (1980) existe uma grande variedade de estratégias de enfrentamento que poderão ser utilizadas pelas pessoas para lidar com situações estressantes.

Gimenes (1997), fortalecendo suas pesquisas com a contribuição de Lazarus e cols. (1980), afirma que sobre enfrentamento deve-se considerar duas modalidades: a primeira que possibilita uma ação direta sobre o eu ou o ambiente e, a segunda que funciona prioritariamente por meio de processos intrapsíquicos, conforme se observa no quadro 5.

a) Em relação às abordagens:

Abordagens	Características	Foco destas abordagens
1ª. As que permitem ação direta sobre o eu e o ambiente.	Processos cognitivos estão presentes em ações particulares diretas.	O foco da abordagem por ação direta é a resolução de problemas.
2ª. As que funcionam por processos intrapsíquicos. Avaliação secundária Reavaliação	Ações diretas também estão presentes nas avaliações que as pessoas fazem sobre sua situação.	O foco da abordagem por processos intrapsíquicos é a regulação das emoções decorrentes da interação com a situação estressante.

Quadro 5 - Lazarus e cols. (1980 apud Gimenes, 1997, p.126).

Alerta, no entanto, que esta dicotomia quanto às respostas de enfrentamento não sugere que ações e pensamentos sejam exclusivos de uma ou outra modalidade, mas ao contrário, processos cognitivos estão presentes em ações particulares diretas, e as mesmas também estão presentes nas avaliações que as pessoas fazem sobre sua situação.

Lazarus e cols. (1980) afirmam ainda que existem ocasiões em que a ação direta, traduzida por meio dos esforços para se atingir a resolução de um problema e a regulação das emoções, que é um processo intrapsíquico, ocorrem simultaneamente.

Pode-se tomar com exemplo casos de mulheres que ao tomarem conhecimento do diagnóstico de câncer de mama, podem estar ao mesmo tempo ocupando-se de variadas ações visando a resolução da questão médica e, procurando distrair-se não pensando nas implicações da cirurgia ou até mesmo procurando acreditar numa outra decisão médica que não a mastectomia.

Nestes casos, houve uma complementaridade de estratégias de enfrentamento, ou seja, o consentimento de uma ação direta e intervenção sobre o câncer, e outra no sentido de diminuir as preocupações diante da situação.

Gimenes (1997), respaldando seus estudos nos autores supracitados, ainda explica que existem outras situações em que não ocorre a complementaridade, quando processos intrapsíquicos acarretam certo bem-estar emocional em detrimento de uma possível ação direta a ser tomada. Incluem-se neste caso mulheres que, ao constarem a presença de nódulos nos seios, procuram acalmar-se, tentando convencer-se de que não se trata de algo preocupante.

Ao considerar também o foco central das respostas ou estratégias de enfrentamento, Perrez e Reicherts (1992) de acordo com Gimenes (1997) estabelecem três tipos de categorias, conforme se observa no quadro 6.

b) em relação ao foco:

Foco	Características
Enfrentamento orientado para a situação	As ações diretas ocorrem com o objetivo de alterar a situação.
Enfrentamento orientado para a representação	As ações ocorrem com o objetivo de alterar a representação cognitiva da situação.
Enfrentamento orientado para a avaliação	As ações estão voltadas para as metas ou a avaliação e, conseqüentemente, a valorização subjetiva da situação.

Quadro 6 - Perrez e Reicherts (1992 apud Gimenes 1997, p. 127).

Quanto ao método de enfrentamento Marin (1995 apud Gimenes, 1997, p.128) entende que existem duas formas gerais de enfrentamento: “*enfrentamento aproximativo e enfrentamento evitativo*”.

Por “*enfrentamento aproximativo*” entende-se o conjunto de estratégias de confrontação do problema e das emoções negativas que surgem em sua decorrência.

Já o “*enfrentamento evitativo*” inclui todas as estratégias cognitivas ou comportamentais que possibilitam o escape ou o evitamento do problema e de suas conseqüentes emoções negativas.

Ainda de acordo com Perrez e Reicherts (1992 apud Gimenes, 1997 p. 128), quanto ao método pode-se acrescentar uma terceira categoria: o “*enfrentamento passivo*”, quando toda ação é negligenciada e a pessoa se coloca em uma posição de dúvida, ambigüidade ou espera, conforme síntese apresentada no quadro 7.

c) em relação ao método:

Método	Características	Estratégia
Enfrentamento aproximativo	Implicam em estratégias que visam lidar de frente com o problema.	Inclui estratégias de confrontação e enfrentamento de problemas gerador de emoções negativas.
Enfrentamento evitativo	Implicam em estratégias que visam a fugir do problema.	Inclui estratégias cognitivas ou comportamentais que permitem escapar ou evitar o problema ou emoção negativa.
Enfrentamento passivo	Implicam em estratégias de adiamento de uma tomada de posição.	Toda ação é omitida e a pessoa permanece em situação de dúvida, ambigüidade ou espera.

Quadro 7 – Marin (1995); Perrez e Reicherts (1992 apud Gimenes, 1997, p.128).

Em consonância com os estudos de Gimenes (1997) existe outra forma de se classificar o enfrentamento, pautando-se no tipo utilizado pela pessoa.

Quanto ao tipo, remete-se ainda a outra dimensão, o que possibilita identificar mais duas categorias: “o *enfrentamento comportamental e o enfrentamento cognitivo*”.

Por “*enfrentamento cognitivo*” entendem-se, basicamente, as tentativas da pessoa de resolver suas dificuldades por meio da cognição; é o caso, por exemplo, de pessoas, que diante de um elemento estressor, tentam convencer-se de que não vale à pena preocupar-se, e que o problema será resolvido com o tempo. Neste caso, usam o recurso da minimização, ou podem ainda, centrar ou dirigir sua atenção para os aspectos positivos da situação ou outros assuntos (distração).

O processo de “*enfrentamento cognitivo*” supõe ainda a comparação seletiva. Por meio deste processo a pessoa assegura-se que sua situação poderia ser pior, que sob alguns aspectos encontra-se melhor do que outras, utilizando-se assim de comparações sociais.

As pessoas podem ainda dar uma interpretação à situação de modo que se perceba que a mesma não é tão estressante assim, ou seja, utilizam-se do recurso de uma reestruturação.

Finalmente, quanto ao enfrentamento cognitivo pode-se refletir sobre os processos de autocontrole como tentativa de enfrentar o problema, que podem incluir o recordar de experiências positivas anteriores, com ênfase em sua eficiência, o refletir sobre as consequências de se optar por uma conduta não desejada, quer sejam positivas ou negativas.

Diversamente das estratégias de “*enfrentamento cognitivo*”, as estratégias incluídas na categoria de “*enfrentamento comportamental*” supõem tentativas de se tomar uma decisão e alterar a situação estressante, assumindo ações efetivas em relação ao assunto.

No interior desta categoria, Gimenes (1997) ainda afirma que se pode identificar ainda duas outras duas estratégias:

- a “*relaxação*”, que se refere ao exercício frequente de técnicas de relaxamento muscular, meditação entre alternativas que buscam o evitamento do estresse,
- e “*a busca do prazer*” que se traduz também na tentativa por parte do indivíduo de participar de experiências positivas por meio de atividades que lhe proporcione prazer.

Ainda em consonância com os estudos de Gimenes (1997), existe outra dimensão classificatória que se refere à questão do tempo em que se apresentam as estratégias de enfrentamento.

Dependendo do momento em que ocorrem, tais estratégias podem ser consideradas “*antecipatórias*” ou “*restaurativas*”; as primeiras ocorrem antes do evento estressante e as segundas após esta ocorrência.

O “*enfrentamento preventivo*” como pode também ser denominado o *enfrentamento antecipatório* supõe o uso de estratégias que visem a solução de problemas, portanto, inclui-se na categoria de enfrentamento comportamental. Com esta modalidade de enfrentamento, o indivíduo usa de meios que o auxiliem a manejar situações que alterem seu equilíbrio, tais como reunir esforços para mudar a interpretação do evento ou até mesmo a importância que foi dada a uma determinada situação. Neste caso, pode-se dizer que este mesmo indivíduo utilizou-se de estratégias típicas do enfrentamento cognitivo.

Já o “*enfrentamento restaurativo*” refere-se ao uso de ambas as modalidades de estratégias, quer sejam cognitivas ou comportamentais. Este uso misto ocorre à medida que os eventos vão se sucedendo, seleciona-se assim a estratégia adequada para se lidar com uma ou outra etapa da ocorrência e as consequências desencadeadas por este mesmo evento.

Pode-se tratar ainda de uma última categoria relacionada à amplitude ou nível de generalização das estratégias utilizadas. Neste particular, tais estratégias podem classificar-se como “*gerais ou globais e específicas*”, conforme Gimenes (1997). As estratégias tidas com gerais permitem o manejo de variadas categorias de estressores, já as específicas referem-se apenas ao manejo de um único estressor.

Os quadros 8, 9 e 10 procuram reunir as principais ideias sobre as classificações mencionadas acima.

d) Em relação ao tipo de processo

Tipo de Processo	Características	Estratégia
Enfrentamento cognitivo	Implica na tentativa da pessoa lidar com os problemas basicamente por meio da cognição.	<ul style="list-style-type: none"> - Minimização quando a pessoa convence-se que não vale a pena preocupar-se com o problema. - Distração quando a pessoa ocupa seu pensamento com outros assuntos diferentes do problema. - Comparação seletiva quando a pessoa convence-se de que as coisas poderiam ser piores. Reestruturação quando interpreta a situação e a avalia com não tão estressante.

Enfrentamento comportamental	Implica na tentativa de tomar uma decisão e mudar a situação problemática.	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxação que se refere a técnicas que visam o controle do estresse. - Busca do prazer numa tentativa de se proporcionar uma experiência positiva.
------------------------------	--	---

Quadro 8 - Gimenes (1997, p.128).

e) Em relação ao momento em que ocorrem

Momento em que ocorrem	Características	Estratégia
Enfrentamento antecipatório	As ações ocorrem antes do evento estressante e as segundas após esta ocorrência.	Supõe o uso de estratégias que visem a solução de problemas.
Enfrentamento restaurativo	As ações pertencem tanto ao domínio do enfrentamento cognitivo quanto do comportamental.	Seleciona-se a estratégia adequada para se lidar com uma ou outra etapa da ocorrência e as consequências desencadeadas por este mesmo evento.

Quadro 9- Gimenes (1997, p.130)

f) Em relação à sua amplitude ou nível de generalização

Amplitude	Características
Gerais ou globais	Permitem o manejo de variadas categorias de estressores.
Específicas	Referem-se apenas ao manejo de um único estressor.

Quadro 10 - Gimenes (1997, p.130).

Embora Gimenes (1997) pautando-se em alguns estudiosos tenha apresentado as principais categorias relacionadas à classificação de estratégias de enfrentamento, existem inúmeras outras, utilizadas como recursos gerais ou específicos quando a ocasião assim o determinar.

Cohen e Lazarus (1979 apud Gimenes, 1997, p.130-131) propõem que para efeito prático as estratégias sejam reunidas em cinco categorias gerais, conforme se observa no quadro 11.

Categoria	Características
1ª. Refere-se ao conjunto de informações que podem ser buscadas acerca do evento estressante.	Pode ser útil à resolução do problema ou à regulação das emoções dela decorrentes.
2ª. Refere-se à “ação direta”.	Supõe uma série de providências que a pessoa toma para manejar a situação que o desequilibra.
3ª. Refere-se à contenção de ações ou atitudes que possam ser perigosas, embaraçosas ou impulsivas.	Trata-se de um mecanismo de “inibição de ação”.
4ª. Refere-se aos “esforços intrapsíquicos”.	Envolve processos tais como “negação”, “esquiva” ou “intelectualização” assumidos em relação a uma situação estressante em particular e é, principalmente, orientada para a regulação das emoções.
5ª. Refere-se ao “voltar-se para os outros” para pedir ajuda e apoio emocional.	A ação direta em relação a esta categoria envolve mobilização de apoio social.

Quadro 11 - Cohen e Lazarus (1979 apud Gimenes, 1997, p.130).

Enfim, as estratégias assim categorizadas baseiam-se nos recursos externos acionados pela pessoa no momento em que enfrenta um problema de difícil solução.

Finalizando, pode-se afirmar que todo indivíduo possui um potencial de respostas de enfrentamento para lidar com situações estressantes, sendo que a seleção das estratégias a serem utilizadas dependerá em última análise da natureza do evento. Esta seleção estará na dependência também das dificuldades que são imputadas à pessoa no contexto em que surgiu o evento estressante.

2.5 Determinantes da seleção das respostas de enfrentamento

Como visto acima, em se tratando de seleção de estratégias de enfrentamento sabe-se que este processo sofre a interferência das exigências situacionais, dos recursos disponíveis e ainda de fatores pessoais. Assim, todos estes fatores interagem para que o indivíduo faça sua avaliação cognitiva, que por sua vez, afetará a escolha das estratégias de enfrentamento que serão selecionadas para se lidar com a situação.

Em face da importância de se considerar quais sejam estes fatores determinantes, Gimenes (1997) elenca-os abaixo, destacando os mais relevantes:

a) Fatores situacionais de apoio

De acordo com a contribuição de Lazarus e Folkman (1986 apud Gimenes, 1997)

os fatores situacionais podem ser subdivididos em formais e substantivos:

- os “*fatores situacionais formais*” que se referem em primeiro lugar à iminência e ao grau de dano, em segundo à ambiguidade acerca da ocorrência de dano e das opções de enfrentamento e, por último, à frequência, à duração e à cronicidade da situação em que o dano pode ocorrer.

- os “*fatores situacionais substantivos*” que se referem à natureza do dano (por exemplo, físico, psicológico), ou seja, recursos pessoais, tais como, habilidades, energia e disposição física, recursos ambientais, tais como, rede social e sistema de apoio disponível, recursos financeiros e apoio institucional.

b) Fatores pessoais

Ao se considerar como fatores pessoais, os traços de personalidade influenciam, sobremaneira, os processos de enfrentamento. Tais traços podem ser elencados num rol interminável de aspectos motivacionais, cognitivos e emocionais e afetam diretamente a experiência de cada um.

Alguns destes são particularmente relevantes à teoria de estresse da psicologia da saúde e incluem padrões motivacionais (Vogel, Raymond e Lazarus, 1959), sistemas de crenças e valores, tais como, os relativos à auto-estima e aos *locus* de controle (Averill, 1973; Bandura, 1977), estilos cognitivos (Klein, 1970; Shapiro, 1965), desenvolvimento do ego (Loevinger, 1976); inteligência e conhecimento (Lazarus, 1966) e competência social (Wrubel, Benner e Lazarus, 1981) (GIMENES, 1997, p.132).

Em resumo: querendo-se compreender a influência dos determinantes em relação à seleção de estratégias, deve-se atentar tanto para os aspectos situacionais, quanto aos pessoais, bem como à natureza do episódio estressante propriamente dito.

Portanto, quando se pretende compreender sobre como é procedida a seleção de estratégias de enfrentamento, é preciso informações tanto sobre a doença que acomete o paciente, estadiamento, tratamento e prognóstico da doença, assim como os fatores pessoais que caracterizam o indivíduo.

Tome-se como exemplo qualquer paciente oncológico: para se compreender como foi feita a seleção de suas estratégias de enfrentamento é preciso informações sobre o momento da vida em que esta pessoa foi diagnosticada como portadora de câncer, sua faixa etária, suas habilidades, os recursos emocionais e sociais dos quais dispõe, suas crenças religiosas, seus valores, sua experiência e percepção anteriores em relação a esta doença.

A todas estas informações deverão ser acrescentadas outras relacionadas ao contexto sociocultural no qual o diagnóstico e o tratamento de câncer estão sendo realizados.

2.6 Funções do enfrentamento

É do interesse de grande número de pesquisadores que se identifiquem as funções do enfrentamento. Cohen e Lazarus (1979) citados por Gimenes (1997) sugerem que as funções do enfrentamento sejam entendidas de modo geral, como cinco básicas:

- a primeira entendida no sentido da redução das condições ambientais que prejudicam o sujeito, aumentando suas possibilidades de recuperação,
- a segunda entendida no sentido do oferecimento de recursos ao sujeito com o objetivo de auxiliá-lo a tolerar ou adaptar-se a situações estressantes,
- a terceira entendida no sentido de possibilitar ao sujeito manter uma auto-imagem positiva em face às dificuldades que o afligem,
- a quarta entendida no sentido de auxiliar o sujeito a permanecer com seu equilíbrio emocional,
- e, finalmente a quinta entendida no sentido de permitir que mediante o próprio bem-estar o sujeito continue relacionamentos satisfatórios com as demais pessoas.

Segundo os autores supra-citados estas cinco funções devem ser tomadas como os objetivos gerais de todo o processo de enfrentamento, pois buscam o bem-estar da pessoa e seu funcionamento psicossocial em face de situações adversas, situações enfrentadas por todo ser humano em seu dia-a-dia.

Estas funções poderiam ainda passar por um processo de enxugamento, resumindo-se em apenas duas:

- alterar a situação problemática,
- avaliá-la de tal forma que se torne menos ameaçadora.

O objetivo de ambas não seria outro senão o de permitir um controle emocional adequado perante o contexto estressante.

Assim, o resultado esperado diante de um processo de enfrentamento é a adaptação psicossocial da pessoa, o que invariavelmente implicará numa melhoria de sua qualidade de vida.

Sob o ponto de vista da saúde mental quando a pessoa apresentar um bom funcionamento psicológico, reassumindo em sua vida pessoal e em sua comunidade as atividades exercidas antes do evento estressor, quando estiver minimizado seu estresse psicológico poder-se-á dizer que as estratégias de enfrentamento exerceram sua função, porém, é preciso estar atento a casos em que o retorno ao trabalho e às atividades cotidianas não significam exatamente a plena recuperação do indivíduo.

2.7 Avaliação da eficácia do enfrentamento

Ao pensar em eficácia da avaliação das estratégias de enfrentamento o mais importante é estabelecer os parâmetros por meio dos quais tais estratégias serão avaliadas. É possível que algumas estratégias sejam consideradas muito eficazes para o enfrentamento de determinados eventos estressantes, porém, já não se pode dizer o mesmo para outros episódios. Somente uma avaliação calcada em bons parâmetros será capaz de dimensionar os resultados apresentados (GIMENES, 1997).

Antes de estudar a eficácia das estratégias de enfrentamento, é preciso levar em consideração a natureza do evento estressante, as características das trocas ocorridas entre o indivíduo e o ambiente. Deve-se questionar ainda os resultados, ou seja, quais os parâmetros que foram estabelecidos para essa avaliação.

Talvez o melhor indicador do sucesso das estratégias utilizadas seja em relação ao próprio bem-estar psicológico demonstrado pela pessoa. A constatação de que o indivíduo reduziu seus níveis de ansiedade e/ou depressão pode afirmar que tenham sido eficazes as estratégias utilizadas.

Neste sentido, Hobfoll (2004) enfatiza a eficácia do uso de estratégias de cunho

social, concentrando-se no aspecto de como o estresse evolui e é resolvido na interação entre as pessoas e suas conexões sociais na família, na comunidade e da cultura. Este autor afirma que a principal motivação dos seres humanos é a de construir e saber utilizar de seus recursos internos, a fim de se auto-protger quando necessário.

O modelo de Hobfoll (2004) explica o enfrentamento por meio de três eixos:

- enfrentamento ativo em confronto com o passivo;
- enfrentamento pró-social em antítese ao anti-social;
- e, enfrentamento direto em contraponto ao enfrentamento indireto.

Segundo este autor em toda e qualquer estratégia empregada identifica-se uma destas três características. Esta classificação, apesar de sugerir uma perspectiva de polaridade, tem sua concepção baseada em um processo que se encontra em movimento.

O eixo ativo-passivo denota o nível ou a extensão da atividade de enfrentamento e representa o quanto a estratégia utilizada é ativamente orientada para responder aos problemas que assolam o indivíduo. Esta dimensão distingue-se do enfrentamento focado no problema, pois apesar deste tipo de estratégia ser potencialmente ativo, apresenta muitas outras implicações além do nível de atividade do enfrentamento. Estratégias que se aproximam mais do pólo ativo incluem a busca por suporte social e resolução de problemas. Já a evitação é considerada uma estratégia passivamente orientada (Hobfoll, 2004).

Quanto ao segundo eixo, este compreende desde uma postura pró-social, passando pela não convencional, até uma resposta anti-social. O enfrentamento pró-social envolve ações adaptativas como cuidar e/ou buscar cuidados de outros ou comportar-se positivamente nas interações sociais. As estratégias que apresentam essas características abrangem busca por suporte e tentativas de construir coalizões com outros. Estas se mostram completamente ativas, porém, em algumas situações podem refletir certo nível de atividade que pode ser entendido como cautela. Nestes casos, atitudes caracterizadas pelo respeito ao outro, como posturas iniciais de silêncio e evitação de contato visual, podem ser confundidas com respostas anti-sociais, mas, simplesmente denotam um comportamento pró-social cauteloso.

O enfrentamento associal encontra-se no meio desse eixo, sendo que as pessoas que atuam nesse nível, respondem imparcialmente independente do ambiente social.

Um exemplo claro deste tipo de dimensão ocorre quando um sujeito deve lidar com uma situação de exame, na qual ele estará sendo ativo no ato de estudar por si mesmo, contudo associal acerca de sua interação com o ambiente. Por último, o enfrentamento anti-social inclui tanto a intenção de causar dano a outros como a demonstração de desprezo pelo possível dano que sua ação possa provocar.

Essa dimensão é utilizada para obter vantagens sobre os outros por meio da exploração de suas fraquezas ou de um ataque direto como forma de alcançar uma melhor posição em termos de atingir metas e objetivos. Por outro lado, certas estratégias de enfrentamento envolvendo evitação podem ser algumas vezes, consideradas como anti-sociais.

O eixo de direcionamento identifica se a atividade de enfrentamento é diretamente ou indiretamente orientada para o problema. Ele diferencia-se do eixo ativo-passivo, pois compreende como o enfrentamento é aplicado ao estressor levando em conta o nível da franqueza das respostas. Nesse sentido, uma estratégia de evitação como a do abuso de substância ilícita é tida como indiretamente aplicada no enfrentamento do evento.

O aspecto franqueza não determina valor positivo ou negativo à atividade de enfrentamento empregada. Um exemplo desta ausência de distinção são as estratégias comumente utilizadas coletivamente. Posturas de evitar dizer algo que possa prejudicar a decisão do grupo, de concordar com a opinião da maioria, de não travar discussões francas como forma de esclarecer a situação ou ainda de não expressar a discordância com a posição dos outros exemplificam um enfrentamento indireto, contudo não necessariamente negativo. Geralmente, significam atos que objetivam manter a harmonia do grupo mais do que impor necessidades pessoais. A dimensão direta abarca estratégias como busca ou provimento de suporte social e, até mesmo tentativas de solução e negociação do problema.

É interessante ainda investigar o enfrentamento sob uma perspectiva mais recente. Faria e Seild (2005) enfocam o papel da cultura no sentido de considerar sua influência sobre os processos de enfrentamento. A cultura pode direcionar as avaliações da situação, o sistema de orientação das pessoas no mundo e as estratégias de enfrentamento que podem ser ensinadas e privilegiadas em um contexto sócio-cultural.

Estas autoras ressaltam que grande parte do que se sabe sobre enfrentamento

concentra-se em estudos do campo da psicologia da saúde, mais especificamente direcionada a condições de cronicidade e realização de procedimentos médicos, conforme estudos de Pereira (2002).

Aldwin (1994), também mencionado por Faria e Seidl (2005), destaca a existência de sete tarefas adaptativas principais no manejo de enfermidades ou de agravos à saúde:

- saber lidar com dores, sintomas e incapacidades, que são as consequências fisiológicas da doença;
- saber lidar com o tratamento que é delineado e com o cotidiano do ambiente hospitalar;
- desenvolver e manter um padrão de conduta que preserve o bom relacionamento com a equipe de saúde;
- procurar manter o equilíbrio emocional;
- procurar manter um senso de *self*, que inclui competência e controle;
- procurar manter boas relações com a família e amigos;
- e, finalmente, procurar preparar-se para as futuras exigências em decorrência do diagnóstico e tratamento.

Essas tarefas podem ser identificadas com clareza no cotidiano da prática clínica do psicólogo que atua em saúde, e quando observadas como estratégia de enfrentamento denotam certa eficácia.

Ainda que em última instância a função primordial do enfrentamento seja a superação do evento estressor nem sempre seu objetivo é atingido. Cabe ressaltar que o enfrentamento é um processo bastante complexo, que exige que cada situação seja avaliada de acordo com os critérios distintos tanto para o indivíduo quanto para a situação. Antes de tudo é preciso que estejam muito bem estabelecidos e claros os resultados que se pretende alcançar, quer sejam de natureza física, psicológica ou social (Gimenes, 1997).

2.8 Perspectivas de um enfrentamento espiritual

Ao se considerar que as pessoas, muitas vezes, depositam em Deus a confiança de que Ele se responsabilizará pela solução dos problemas que enfrentam, buscam a

Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental. Sob esta perspectiva designa-se, genericamente, como enfrentamento religioso toda estratégia quer seja de caráter religioso, quer seja de caráter espiritual.

As diversas pesquisas de Pargament (1997) acerca de enfrentamento, e em especial o enfrentamento religioso, servirão de base no presente estudo para que se possa obter uma visão um pouco mais aprofundada sobre este fenômeno.

Segundo seus registros a religião pode ter diversas conotações para as diferentes pessoas. Ilustrando esta afirmação Pargament (1997, p.32) afirma que a religião constitui-se num processo de *“busca de significado por meio de caminhos relacionados ao sagrado”*.

Entre outras motivações, ou até mesmo em meio ao processo de busca de significados, o enfrentamento pode ser concebido como o uso de um conjunto de estratégias relacionadas à crença e a comportamentos religiosos para facilitar a solução de problemas, prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias advindas com um evento estressante (KOENIG; LARSON, 1998).

Os objetivos do enfrentamento religioso se coadunam com os cinco objetivos-chave da religião, que são: busca de significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e, por último, transformação de vida (PARGAMENT, 1998; PARGAMENT e COLS., 2000).

De acordo com Pargament e cols. (1998) e Pargament (1997) existem três meios pelos quais a religião pode estar associada ao enfrentamento. Em primeiro lugar, porque pode ser parte de cada um dos elementos que constituem o processo de enfrentamento (avaliações, atividades, propósitos e resultados), já que muitos eventos de nossas vidas são de natureza religiosa em si mesma, ou a religião é fonte de explicação para os mesmos.

Em segundo lugar, porque também pode contribuir no processo de enfrentamento, moldando o caráter dos eventos da vida, as atividades de enfrentamento e o resultado destes mesmos eventos.

Em terceiro, porque a religião também pode ser decorrência do enfrentamento, moldado pelos outros elementos do processo. Estes dois últimos aspectos referem-se ao papel bidirecional da religião no enfrentamento.

Textos mais antigos referem-se somente a “enfrentamento religioso”, quando na verdade poderiam estar também se referindo ao enfrentamento espiritual.

Um dos exemplos desta indiferenciação é a construção de escalas, que apesar de se referirem textualmente apenas a enfrentamento religioso, em sua composição apresentam itens que medem tanto o enfrentamento religioso quanto o espiritual, sendo que alguns itens podem, inclusive, pertencer a ambos os domínios.

Ao considerar que a religião pode assumir diferentes funções nas variadas formas de se resolver problemas Pargament e cols. (1998) entendem que estas funções variam de acordo tanto com o nível de responsabilidade quanto com o de participação da pessoa na solução de seus problemas.

O primeiro estilo de enfrentamento religioso é denominado auto-dirigido, no qual responsabilidade pela resolução de problemas fica a cargo do próprio indivíduo, sendo que cabe a Deus o papel de dar-lhe liberdade no exercício da condução da própria vida.

Já o segundo estilo denomina-se delegante, no qual o indivíduo entrega-se inteiramente a Deus na certeza de que Ele resolva seus problemas mediante Seus esforços.

O terceiro e último estilo é chamado de colaborativo, no qual a responsabilidade pela resolução de problemas é dividida entre o próprio indivíduo e Deus, sendo ambos considerados participantes ativos na solução.

Estes mesmos autores, baseados em estudos empíricos, ainda ressaltam que o mesmo indivíduo pode utilizar-se dos diversos estilos de resolução de problemas para uma mesma situação ou para situações diferentes, o que determinará este uso será a competência de cada um.

O estilo delegante parece ser mais utilizado pelas pessoas que se percebem menos competentes, uma vez que esta forma de enfrentamento religioso oferece a quem dele se utiliza um suporte externo e a sensação de poder sobre o problema.

Por outro lado, as pessoas que se percebem mais competentes parecem optar mais pelo estilo autodirigido ou pelo colaborativo, em virtude de suas próprias características pessoais como iniciativa e responsabilidade.

Pargament e cols. (1998) advertem que os estilos de solução de problemas podem ter efeitos nocivos ou benéficos, pois tanto podem inibir quanto incentivar o

desenvolvimento de iniciativa e competência pessoal.

Ao se examinar o sujeito delegante o que se observa é um desencorajamento de maior experimentação do mundo e perda de oportunidades de aprendizado, comportamentos estes que não fariam parte do repertório de respostas do indivíduo auto-dirigido ou do colaborativo.

A aplicação destes conceitos no campo da saúde sugere que crenças religiosas e uma postura mais espiritualizada frente à doença podem favorecer a esquiva ou atrasar a busca de cuidados médicos ou modalidades de tratamento, especialmente, nos casos em que o indivíduo delega inteiramente a outro a responsabilidade pela resolução de seus problemas.

Pargament e cols. (1998) desenvolveram ainda outro modelo para análise e intervenção clínica no qual elencam padrões positivos e negativos de enfrentamento religioso e avaliam suas implicações para a saúde.

De acordo com este modelo, vários comportamentos são tidos como típicos de um padrão positivo, entre estes se pode citar a busca de apoio espiritual, o perdão religioso, o enfrentamento religioso colaborativo, a ligação espiritual, a purificação religiosa e a redefinição benevolente do estressor.

Por outro lado, seriam típicos do padrão negativo: o descontentamento religioso, a redefinição punitiva do estressor por Deus, a presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso, a atribuição da causa do problema ao demônio, e finalmente o aparecimento da dúvida sobre os poderes de Deus para intervir na situação estressora.

Estes padrões também podem ser utilizados de forma combinada, miscigenando pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados tanto quanto à religiosidade quanto à espiritualidade.

Pargament e cols. (1998) observaram que os padrões positivos de respostas de enfrentamento associavam-se mais ao crescimento psicológico e espiritual, à avaliação positiva da qualidade de vida e à redução de sintomas indicativos de dificuldades emocionais.

O padrão negativo de enfrentamento religioso associou-se mais a sintomas de depressão. Neste sentido, os diferentes resultados apresentados pelo uso de um ou outro padrão são de grande importância para profissionais de saúde mental. Baseados

nestes resultados Pargament e cols. (1998) concluíram que o enfrentamento religioso tanto pode representar uma estratégia adaptativa quanto se transformar em um elemento estressor quanto utilizado via padrão negativo, podendo, inclusive, intensificar a gravidade do problema.

Neste sentido, os diferentes resultados apresentados pelo uso de um ou outro padrão são de grande importância para profissionais de saúde mental.

No âmbito da promoção da saúde e da prevenção de doenças, Dull e Skovan (1995) mencionados por Faria e Seidl (2005) afirmam que as crenças religiosas tanto podem favorecer a adoção de comportamentos saudáveis tais como: redução do consumo de cafeína, de álcool e outras drogas, como também a não-adesão a práticas preventivas, devido ao desenvolvimento de um otimismo irrealista relativo à proteção divina.

Dull e Skovan, (1995) ainda citados por Faria e Seidl (2005) comentam que a religiosidade pode permitir que as pessoas atribuam significados aos eventos de suas vidas, entendendo-os como integrantes de um propósito mais amplo, acreditando que nada ocorre ao acaso e que tudo esteja a mercê dos critérios de uma força superior. É possível ainda que pessoas que se utilizam do enfrentamento religioso acreditam que eventos estressantes em suas vidas possam levá-los a um crescimento pessoal, como sabedoria, equilíbrio e maturidade.

2.9 Algumas reflexões sobre enfrentamento

No processo de apropriação dos fundamentos teóricos desta pesquisa, evidenciaram-se, para mim, alguns fenômenos já observados enquanto profissional atuante na área da Psico-oncologia.

Ao longo de minha trajetória profissional ficou bastante presente que o enfrentamento é um mediador entre o indivíduo e o ambiente, e que se traduz por um processo dinâmico de uso de estratégias cognitivas e comportamentais. Outra questão que também ficou bastante clara foi quanto ao estresse e sua intrínseca relação com o processo saúde-doença.

Sob esta perspectiva, sendo câncer uma doença cuja incidência traz indagações

e transtornos dos mais variados para a pessoa por ele acometida, pesquisas na área da Psicologia, como as mencionadas neste trabalho, registram que parte destes casos pode ser gerada pelo estresse, que é inevitável e faz parte da vida humana.

Ao considerar o estresse o que inicialmente vem à mente do pesquisador de saúde mental são os recursos dos quais o indivíduo dispõe para lidar com o mesmo, apontados entre outros teóricos por Lazarus, Folkman, Shontz, que abordam o enfrentamento.

Pensa-se particularmente em estratégias de enfrentamento e sobre suas funções, sobre aquelas que estão voltadas para a resolução do problema e as que estão voltadas para a regulação de emoções (LAZARUS e FOLKMAN, 1986)

Na prática clínica observo que, para manejar o estresse os indivíduos assumem diferentes formas de adaptação à situação estressante, sendo que o sucesso desse manejo depende das estratégias de enfrentamento assumidas por ele.

Ciente da subdivisão proposta em 1986 pelos referidos autores, questiono em qual destes dois grupos inserem-se os pacientes portadores de câncer, ou quais tipos de resposta, preferencialmente, assumem.

Baseada somente na lida diária com pacientes oncológicos, sem um embasamento teórico mais profundo e sem um olhar mais focado sobre o assunto, torna-se difícil distinguir em qual tipo de resposta este indivíduo se encaixa: se está se utilizando de estratégias que visam o manejo do problema ou se, em última instância, sua preocupação é a da regulação de emoções, abaladas diante do diagnóstico e/ou tratamento.

Empiricamente, observo que alguns pacientes na tentativa de manejar a situação estressante utilizam-se de estratégias de aproximação do problema, quer seja por meio de maior informação sobre a doença, por um planejamento sobre como lidar com a mesma, ou por uma série de outras variações que denotam um enfrentamento mais cognitivo.

Em outros pacientes observo o enfrentamento focado na emoção, às vezes se manifestando por meio de atitudes de distanciamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva.

Em suma, tomando como referência os casos em que cliniquei desde 2000,

observo as diferenciadas maneiras de se posicionar diante do problema, que correspondem aos 8 fatores mencionados nos estudos de Folkman e cols. (1986): confrontação, distanciamento, autocontrole, busca de suporte social, aceitação de responsabilidade, evitação-fuga, planificação de soluções e reavaliação positiva.

O estabelecimento destes oito fatores constituiu-se em um avanço em relação às premissas anteriores de Lazarus e Folkman (1986), de que as respostas de enfrentamento subdividiam-se apenas naquelas voltadas para a resolução de problemas e aquelas voltadas para a regulação da emoção.

Independente de se assumir posturas diferenciadas diante do diagnóstico e/ou tratamento de câncer, o uso de um ou de outro grupo de respostas de enfrentamento pode ocorrer tanto isolada quanto simultaneamente. Na prática observam-se o uso isolado de estratégias voltadas tanto para a resolução do problema quanto aquelas voltadas para a regulação de emoções, e até mesmo o uso misto destas duas respostas de enfrentamento.

Autores que concebem enfrentamento como respostas a eventos específicos reconhecem, no entanto, que determinadas estratégias de enfrentamento podem sofrer maior influência de características de personalidade, enquanto outras parecem sofrer maior influência de aspectos situacionais ou do contexto (Folkman e cols., 1986).

Especificamente em relação ao paciente oncológico observa-se o uso de outras estratégias. Em parte dos casos o portador de câncer volta-se para a religiosidade, entendida aqui em seu sentido mais amplo, o da transcendência. Este mesmo paciente, em outros casos, envereda pelos caminhos da busca de apoio social e até mesmo opta por assumir uma postura mais otimista frente à doença.

Observa-se que o tipo de estratégia escolhida é resultante do papel e da posição do indivíduo nos grupos sociais aos quais pertence, bem como de sua participação na dinâmica familiar. Estas estratégias, portanto, constituem-se em uma maneira de controlar o conjunto de eventos estressantes do cotidiano, que acabam por afetar a vida do paciente oncológico.

As características da abordagem anterior de Folkman e Lazarus (1986) pressupõem observar e avaliar o que a pessoa realmente pensa ou faz e não o que ela costuma fazer numa determinada situação.

Concordo com o pensamento de Gimenes (1997), ao entender que o enfrentamento deve ser examinado dentro de um contexto específico, pois os pensamentos ou ações do enfrentamento são sempre direcionados a condições particulares (GIMENES, 1997).

Para avaliar e entender o processo de enfrentamento é preciso saber com que o sujeito está lidando, quanto mais definido for o contexto, mais fácil é ligar um ato ou pensamento exclusivo de enfrentamento a uma demanda situacional.

Talvez por este motivo, autores mais recentes, como Hobfoll (2004), considerem o enfrentamento como um processo de constante transformação, no qual as estratégias utilizadas em determinado momento podem não ser as mesmas das avaliadas como adequadas ao enfrentamento de outra situação.

Nesse sentido, implicam a avaliação, a interpretação e a representação cognitiva do fenômeno percebido e a reavaliação destes em função das mudanças ocorridas na relação com o indivíduo.

Minhas observações confirmam as premissas de Folkman e cols. (1986) de que pacientes de câncer assumem estratégias ora de um caráter mais de confronto, ora de um caráter mais distanciado de enfrentamento. O que se observa é que a cada resposta o paciente vai aprendendo que tipo de estratégia se ajusta melhor e qual não se ajusta a seu contexto.

Estas estratégias seriam, assim, parte da linguagem verbal ou não-verbal aprendida pelas pessoas com o tempo, para lidar com situações concretas de seu dia-a-dia e, como tal, só adquirem sentido em um contexto, em uma sociedade e em um momento particular de suas vidas.

No que diz respeito ao paciente oncológico, observa-se que, diante da necessidade de tratamento, aqueles que apresentam o enfrentamento baseado no problema relatam terem sofrido o impacto frente ao diagnóstico, pois tiveram o estresse presente em suas reações. No entanto, encaram o problema e assumem comportamentos que traduzem tanto a confiança no tratamento quanto em sua equipe terapêutica.

Já os que tiveram seus enfrentamentos baseados na emoção comentam principalmente sobre os sintomas que foram gerados pela situação de estresse e, em geral, depositam suas esperanças em Deus.

No processo de atendimento psicoterapêutico observa-se que as mudanças causadas pelo aparecimento da doença e do tratamento precisam ser incorporadas de forma gradual, tanto pela família como pelo paciente, porém não é sempre que isto ocorre.

Percebe-se na situação clínica que há certos períodos que são mais estressantes, sendo muitas vezes difícil entender o estado dos pacientes, mas o que se observa é que quanto mais significativa for a terapêutica, maior será o entendimento sobre o tratamento.

Entendo como válidas as afirmações de Araújo (2006) quanto à necessidade do profissional de saúde estar atento à narrativa do paciente sobre sua história de vida e sobre sua doença, pois isto o auxiliará a fazer uma leitura além do contexto. A sensibilidade do terapeuta poderá levá-lo a perceber o que há nas entrelinhas, as fantasias, os medos, as esperanças e desesperanças. Isso tudo poderá contribuir para se detectar o nível de estresse do indivíduo, e conseqüentemente, auxiliá-lo em seu processo de enfrentamento.

Tendo por base a narrativa de pacientes notei que alguns pacientes oncológicos relatam que surgiram emoções opostas ao longo do tratamento, o que deixa transparecer certo conflito de ideias. Observa-se que pacientes que parecem se utilizar do enfrentamento centrado no problema demonstram contato constante com a realidade, a ponto de avaliarem que não houve alteração de suas emoções em relação ao tratamento. Assim, com o desaparecimento ou o aparecimento de sintomas relacionados à patologia do câncer adaptam-se a eles.

Já naqueles que, prioritariamente, tiveram seus enfrentamentos centrados na emoção, percebe-se a constante presença da espiritualidade, como que impulsionando-os a continuarem e a constante insegurança quanto aos resultados desse tratamento.

Em suma, observa-se que os pacientes ao enfrentarem o câncer, elaboram formas de enfrentamento tanto baseadas na emoção, como no problema. Talvez porque tenham medo do desconhecido e, inicialmente, não consigam encarar a questão. Assim, buscam maneiras de amenizar os fatos, confiando em Deus, tendo sentimentos de medo, tristeza, revolta. Com o decorrer do tratamento, em alguns casos, adquirem mais confiança e passam a ver o tratamento como uma etapa a ser cumprida em suas vidas.

Embora minhas pesquisas tenham focado mais o pensamento de Lazarus, Folkman e cols (1984, 1986) sobre as categorizações de enfrentamento, alguns

questionamentos ainda persistiam, principalmente, em função daquilo que observo na prática.

A existência de outros fatores que também influenciam as respostas do indivíduo em situações estressantes já era algo bastante nítido para mim, no entanto, minhas questões voltavam-se agora sobre como tais respostas se desdobram, sobre como se observa na prática este desdobramento de respostas de enfrentamento.

Para mim são “ponto pacífico” os fatos de que o enfrentamento é um processo que ocorre na interação da pessoa com seu ambiente, e que um mesmo indivíduo pode adotar diferentes estratégias de enfrentamento em situações diversas, sob diferentes demandas, dependendo dos recursos individuais e ambientais dos quais dispõe.

Porém, na busca por um melhor entendimento da estrutura e funcionamento das respostas de enfrentamento, deparei-me com outras propostas. Enquanto a abordagem de Lazarus e Folkman (1986) considera o enfrentamento dentro de uma relação do indivíduo com o ambiente, Hobfoll (1998) desloca este foco para o contexto social, o que de certa forma vinha ao encontro de minhas indagações.

Para Hobfoll (1998), o social é de natureza interdependente do enfrentamento, já que esse é sempre realizado por indivíduos instalados em famílias inseridas em um ou mais grupos sociais.

O autor supra-citado salienta que, em qualquer circunstância, as pessoas agem como indivíduos que estão inseridos em alguma forma de configuração familiar e em uma conjunção de membros de grupos sociais que tem certas regras e guias que permeiam seus pensamentos e comportamentos. Nesse sentido, para se compreender as respostas que a pessoa apresenta é necessário vincular seu enfrentamento pessoal e o enfrentamento de ordem social ao tipo de estressor com o qual ela está lidando.

No atendimento a pacientes oncológicos observo que os fatores relativos ao ambiente em que o sujeito convive fazem diferença, compreendendo o suporte de familiares e amigos, o trabalho e os serviços de saúde. Observo na prática que o suporte social é forte aliado do enfrentamento bem sucedido.

Entre os tipos de suporte social que são mencionados pelos pacientes como mais efetivos encontram-se aqueles que oferecem serviços de apoio psicológico ou outros que possam auxiliar o paciente em sua trajetória. O suporte afetivo também é citado e

manifesto na demonstração de preocupação, afeto e interesse pela pessoa adoecida. Finalmente, observa-se a influência do suporte cognitivo, à medida que são oferecidas informações e esclarecimentos de recursos internos e externos disponíveis pelo paciente. Observo também que pessoas inseridas em rede de apoio social são mais engajadas em atividades ocupacionais.

Em relação ao apoio afetivo, a família nuclear e extensa pode ser a primeira fonte de suporte social para o indivíduo, embora se observe também que, quase sempre, a própria família também necessita de apoio. Família e paciente transformam-se no próprio cliente. Muitas vezes no processo de tratamento os membros da família também são afetados: horários, obrigações, planos para o futuro e papéis familiares são alterados em função da patologia instalada, sendo que estas alterações assumem características diferentes conforme o estágio de desenvolvimento da doença.

Em síntese, sob qualquer que seja a configuração familiar, a família aprende as estratégias de enfrentamento focadas na solução de problemas de acordo com o momento terapêutico do paciente, caso contrário poderá sofrer desajustes devido ao alto grau de estresse vivido. Como se verifica na prática, em relação ao paciente de câncer, as mudanças ocorridas no decorrer do tratamento, provavelmente contribuem para a diminuição da auto-aceitação, autoconfiança e auto-estima.

O impacto negativo na vida amorosa é observado em todas as idades, como também no trabalho e na situação econômica para as mulheres mais jovens. Em estágios mais avançados da doença observa-se declínio significativo no estado geral de saúde, dor, aspectos físicos e capacidade funcional, ao passo que a saúde mental, em algumas pacientes, apresenta melhora significativa, conforme observa Conde et al. (2006), sendo estes mesmos aspectos ratificados em minha prática clínica.

Nas atividades do Grupo de Apoio Esperança noto que mulheres mais jovens vivenciam maior estresse emocional, maior dificuldade em adotar uma atitude positiva em face do diagnóstico, especialmente do câncer de mama, e menor habilidade de conviver com os efeitos adversos da terapia antineoplásica. Essas mulheres, mesmo quando não mastectomizadas, expressam com maior frequência preocupações relativas à auto-imagem, sexualidade, menopausa e com a perda da fertilidade, necessitando, portanto, de maior suporte psicossocial.

Diante destas modificações supõe-se que o desenvolvimento e a manutenção de relações afetivas sejam pelo menos em parte, uma fonte de estresse para o portador de câncer. É provável que, durante o tratamento, o fortalecimento das relações afetivas e sociais sejam úteis para minimizar o estresse advindo com as contingências do tratamento.

Para finalizar, observo que, ao longo desses nove anos cuidando de pacientes oncológicos, o enfrentamento está mais associado a variáveis ambientais e psicossociais do que exatamente à forma como o indivíduo enfrenta sua dificuldade. Especialmente as condições de acessibilidade ao trabalho, suporte social, incluindo-se neste item a família revelaram-se importantes e mais eficazes em relação a um melhor ajustamento do paciente.

Sob esse prisma, as perdas e mutilações por si só não se constituem no maior dos problemas, mas podem vir a ser se o indivíduo não tiver ao seu redor um ambiente físico e social enriquecedor que lhe ofereça suficientes recursos de enfrentamento.

Capítulo 3
**A DOENÇA SOB A PERSPECTIVA
DO SAGRADO**

“Ao enfatizarmos a crença em si, usando-a para reforçar e auxiliar tanto as defesas naturais do corpo como o melhor tratamento médico disponível, estaremos no caminho de desenvolver uma abordagem médica que tenha apoio da pesquisa científica.”

Simonton e cols.

3 Adoença sob a perspectiva do sagrado

De acordo com os estudos de Angerami (2008), busca-se o sagrado sem uma definição clara e precisa do que isso significa, ou até mesmo dos parâmetros que podem determinar o que de fato irá ser encontrado quando este fato ocorrer. *“Contudo, a simples superação de nossos limites humanos ou de nossas amarras existenciais pode ser definida com o encontro com o sagrado”* (ANGERAMI, 2008, p.32).

Pargament, 1996, citado por Panzini (2004), parece atribuir ao conceito de sagrado características de ordens diversas: fim em si mesmo, ligação com os antepassados, mistério, esperança, finitude, entrega, propósito divino, redenção. Sob esta perspectiva abrangente, especialmente, sobre os aspectos da esperança, da entrega, e do propósito divino, pretende-se apresentar alguns conceitos tanto da religiosidade quanto da espiritualidade.

Quais as atitudes emocionais que se expressam quando o paciente procura lidar com a dor psicológica, atribuindo-lhe uma significação que transcende sua própria vivência? Quais os efeitos, quer sejam positivos quer sejam negativos, esta transcendência exerce sobre este mesmo homem? Quais deveriam ser as questões básicas do profissional que quer dimensionar este aspecto na trajetória do paciente oncológico?

Estas indagações também fizeram parte de meu repertório de questionamentos enquanto coordenadora do Grupo de Apoio Esperança. Posicionamentos como os de Panzini e Bandeira (2007) respondem em parte a estas minhas dúvidas. Segundo estas autoras, a avaliação da percepção que o indivíduo tem sobre sua vida, quando acometido por uma doença estigmatizada socialmente e sobre o estilo como conduz sua vida, pode levá-lo a valorizar o sentido da existência.

Sob este ponto de vista, o da valorização do sentido da existência, a espiritualidade considerada como mais uma das dimensões da natureza humana, pode

auxiliar o paciente oncológico nas escolhas que faz, no sentido da busca de uma melhor qualidade de vida. Qualidade de vida esta entendida, no momento, com a mesma conotação apresentada anteriormente, ou seja, como a percepção que a pessoa tem sobre suas atuais condições de vida, considerando-se como relevantes neste processo: seu contexto cultural, e seu sistema de valores no qual estão inseridos os objetivos, as expectativas, os padrões e as preocupações que mantém, segundo Marques (1996), citada por Panzini e Bandeira (2007).

Neste sentido, balizado por conceitos e vivências pertencentes à dimensão da espiritualidade, o indivíduo reúne condições para visualizar os aspectos de sua vida que estão mais saudáveis ou mais prejudicados. O que, de certa forma, pode contribuir para o planejamento de uma intervenção psicossocial com o objetivo de conduzir à promoção da saúde.

Hill e Pargament (2003), mencionados por Panzini e Bandeira (2007), afirmam que, com o intuito de propiciar ao indivíduo condições para que também possa se beneficiar com vivências da dimensão espiritual, atualmente existem propostas sociais no sentido de se integrar este aspecto em programas de saúde. Essa incorporação do domínio da espiritualidade no atendimento à saúde dar-se-ia a tanto para pessoas com doenças crônicas, quanto na melhora de quadros clínicos graves ou até mesmo nos restabelecimentos pós-cirúrgicos.

Ao se trabalhar com o aspecto da espiritualidade, pode-se considerar que o indivíduo possa usufruir de um bem-estar espiritual, aqui entendido como a percepção subjetiva que o indivíduo faz em relação àquilo que julga como de natureza transcendente. Neste sentido, os estudiosos, ao buscarem o desenvolvimento de um instrumento para avaliar tal transcendência, devem pautar-se tanto no bem-estar espiritual, que supõe a percepção do indivíduo em relação ao próprio Deus, quanto em um componente existencial relacionado ao sentido de propósito e satisfação de vida, de acordo com os estudos de Volcan et al. (2003) citados por Buzo (2003).

Ratificando a posição, Hill e Pargament (2003), citados por Panzini e Bandeira (2007), já aventavam sobre esta possibilidade, os quais também entendem como sendo de suma importância a inclusão da dimensão da espiritualidade na concepção de saúde, que desde a década de oitenta do século passado já se encontra integrada às demais

dimensões da saúde: a biológica, a psicológica e a social, segundo orientações da Organização Mundial de Saúde.

Esta inclusão de fato é benéfica, uma vez que a espiritualidade pode auxiliar a pessoa a tratar suas dificuldades como uma experiência de vida. Porém, Volcan et al., 2003, mais uma vez mencionados por Buzo (2003), destacam que ainda são poucas as evidências sobre esta relação, necessitando, desta forma, do fortalecimento de estratégias de pesquisas. Vão mais longe ao alertar que é preciso cautela para se atribuir somente à espiritualidade a responsabilidade por variados eventos, tendo-se em vista a fragilidade das provas sobre esta relação.

Assim, o trabalho com o paciente portador de qualquer enfermidade exige o respeito à sua integridade, sendo necessária a captura da complexidade do ser humano, de suas ideias, seus valores, seu contexto familiar e social, sua dimensão espiritual, além da busca por qualidade de vida.

Esse cuidado transcende a relação profissional e está fundamentado numa visão interdisciplinar e em princípios eticamente adequados, segundo Closet e Feijó (2005) mencionados por Panzini e Bandeira (2007).

Tanto quanto a compreensão sobre a totalidade do indivíduo, faz-se igualmente necessário compreender a conveniência de uma qualidade de vida que harmonize a personalidade em sua subjetividade e, ao mesmo tempo, em relação a seu ambiente. Este abrange todo seu contexto sócio-econômico-cultural e conduz a pessoa para uma busca pela satisfação de suas necessidades, de seus desejos humanos, espirituais e morais.

Embora no presente estudo se saiba da estreita ligação entre os domínios da religiosidade e o da espiritualidade, procurar-se-á fazer uma breve explanação sobre ambos. Iniciar-se-á pela questão da religiosidade mais associada aos aspectos formais da religião, e prosseguir-se-á com a apresentação de informações referentes à questão da espiritualidade pelo fato de a mesma estar mais relacionada aos dados de minha pesquisa.

3.1 Algumas considerações sobre religiosidade

Ao se considerar o câncer como uma experiência ímpar na vida de alguns indivíduos, ao mesmo tempo em que ele os desafia, força-os, algumas vezes, a buscar meios pelos quais possa enfrentá-lo. Entre tais recursos, pode-se citar a religião, ou a religiosidade, aqui entendida como o conjunto de ações humanas observáveis, resultantes de sua experiência individual ou coletiva com o sagrado. Se fatores religiosos estão associados à saúde e existam contundentes evidências deste paradigma, talvez se deva tentar levantar o que impele o indivíduo a esta direção.

Teixeira (2003), respaldando-se nos estudos de Sloan e Bagiella (2000), afirma que a religião não se reduz a uma coleta de ideias e de práticas, seu valor não pode ser determinado instrumentalmente. Ela é o caminho espiritual da existência no mundo.

Ao se considerar a religião como o caminho para a transcendência, ao investigar a saúde física, verificam-se resultados benéficos da busca pelo conforto religioso em relação à dor, à debilidade física, às doenças do coração, à pressão sanguínea, ao infarto, às funções imunes e neuroendócrinas, às doenças infecciosas, ao câncer e em relação à própria mortalidade.

“A religião prevê aquele vislumbre de luz quando as circunstâncias dizem que não há nenhuma luz; prevê um futuro quando toda a evidência aponta para nenhum futuro; prevê um propósito e uma direção, quando tudo neste mundo se mostra sem sentido, propiciando conforto quando não houver ninguém ao redor para confortar.” (KIMBLE, 1995, apud TEIXEIRA, 2003 p. 11-12)

Teixeira (2003) fortalece ainda seus argumentos ao mencionar o pensamento de Larson e Milano (1995), sobre as muitas vantagens que hoje determinam o estar vinculado a uma determinada religião. Tal vinculação pode ser benéfica na vida dos pacientes em termos de prevenção clínica, enfrentamento, tratamento e recuperação, e conduzem para a afirmação de que a profissão médica não pode mais permitir que a questão espiritual permaneça como um fator não discutível, esquecido. O denso volume de pesquisas tem respondido aos profissionais de saúde a importância desta temática. É importante que estes profissionais fiquem mais próximos dos pacientes e que o tratamento seja integral,

abrangendo não somente o corpo, mas também a mente e espírito.

Estes mesmos autores, evocados por Teixeira (2003), observaram a associação entre o estar envolvido em uma religião e maiores níveis de satisfação de vida, bem-estar, senso de propósito. Mencionam também associações com o significado da vida, esperança, otimismo, estabilidade nos casamentos, menores índices de ansiedade, depressão e abuso de substâncias. É bem possível que estes aspectos estejam atrelados aos ensinamentos e regras estabelecidos nos códigos da religião na qual o paciente é adepto.

Neste sentido, Buzo (2003) encontra ressonância nos estudos de Fleck et al. (2003), afirmando que a religiosidade pode ser considerada um fator de proteção para suicídios, abuso de drogas e álcool, comportamento delinquente, insatisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais.

Sob outra ótica, Powell et al. (2003), citados por Elias (2005), colocam que pode haver muitos fatores protetores à saúde no trabalho religioso, tais como oportunidades de conexões sociais, ajuda mútua e desenvolvimento do valor do “self”.

De acordo com a visão de Lawler e Younger (2002), mencionados por Panzini e Bandeira (2007), tanto a espiritualidade quanto o envolvimento em religiões organizadas podem propiciar crescimento do senso de propósito e significado da vida. Usualmente estão associados à maior capacidade de superar eventos traumáticos, mediante o suporte psicológico religioso e maior resistência ao estresse relacionado às doenças.

O comparecimento a atos específicos de determinada religião pode ser positivo à medida que traz benefícios protetores, muito embora ainda não se possa demonstrar cientificamente a conexão entre estas vivências e a saúde física.

Esta impossibilidade decorre do fato de que não se pode obter por meio dos métodos tradicionais de avaliação, um quadro exato da influência da religiosidade sobre os indivíduos. Porém, pode-se inferir que a frequência a atos de natureza religiosa pode oferecer alívio à tensão psicológica causada pela enfermidade, fortalecendo o indivíduo, e em especial o portador de doença grave.

Os indivíduos podem também encontrar na religiosidade um significado mais profundo na vida que os ajude, emocionalmente, a lidar com o estresse, assim como as emoções positivas associadas ao comparecimento a qualquer estabelecimento de

natureza religiosa podem fornecer alguns benefícios protetores.

Apoiando-se nos estudos de Jenkins e Pargament (1995), Teixeira (2003) menciona que ambos propõem que os clínicos precisam estar dispostos a aprender mais sobre o mundo religioso em geral e o mundo religioso dos pacientes em particular. Acreditam que muitos problemas poderiam ser evitados se os clínicos estivessem mais atentos a este aspecto relacionado à vida de seus pacientes. Em primeiro lugar, porque tanto a religiosidade quanto a espiritualidade podem atender a necessidades que fogem ao âmbito da Medicina. Em segundo, porque práticas não usuais podem desempenhar uma função vital na capacidade do indivíduo de enfrentar a doença. E, finalmente, que, ao se considerar a dimensão religiosa como parte do problema ou parte da solução, pode-se depender não somente da fé em particular ou da participação do indivíduo a atos de natureza religiosa. Depende-se também da maneira como a religião do paciente lhe dá suporte para lutar contra a doença, mantendo suas aspirações de vida.

De acordo com as colocações de Rabello (1998) essa forma de interpretar uma doença grave, inclusive a ambivalência em relação aos pacientes oncológicos, é produto de uma construção social provinda da observação do senso comum.

Independente das ideias que se veiculam a respeito de religiosidade, algo é ponto pacífico: o contexto que envolve o paciente oncológico confere-lhe uma identidade pela qual perpassam significados ambivalentes tais como força e fraqueza, vulnerabilidade e determinação, resignação e coragem, porém, tais significados adquirem uma conotação mais positiva se forem permeados pelas diretrizes de vida impressa pela religião.

Rabello (1998) ainda afirma que a busca de suporte religioso, através de práticas rituais ou de invocação o a Deus via oração, talvez seja a condição mais comumente assumida em função de sua fácil e rápida acessibilidade.

De uma maneira geral, os grupos sociais disponibilizam inúmeros serviços religiosos que são utilizados por todos aqueles que julgam necessário acioná-los, tendo-se em vista a influência de toda rede de apoio que os circunda.

Sob outro ângulo, a busca pelo conforto de uma religião talvez se dê pelo fato de que, ao articular-se enfermidade com desígnio religioso, confere-se à nova condição status de superioridade moral ou espiritual, mediante a conciliação com o sentido do sagrado, impedindo assim a dicotomia entre o indivíduo pré e pós tratamento.

Fernandes (1999) salienta que nas décadas de sessenta e setenta do século passado intensificaram-se os estudos acerca de religiosidade, espiritualidade e crenças religiosas. Estas são entendidas no presente estudo como o conjunto de dogmas que constituem o corpo doutrinário de uma religião, muito embora o conceito de crenças também se aplique a outros domínios da cultura com outros significados agregados. Tais estudos estenderam-se em particular ao campo da psicologia social, que já mantinha interesse em estudos sobre preconceitos raciais ou outras questões sociais igualmente relevantes.

Ainda que nas décadas mencionadas tenha se observado um grande interesse por pesquisas desta natureza, o fenômeno que se observa em nossos dias é a extensão destes mesmos temas para outras áreas da Psicologia. Na psicologia clínica, tem-se observado interesse pelos temas da religiosidade e da espiritualidade, com foco tanto nas abordagens cognitivas quanto em outras.

Ainda em conformidade com os estudos de Fernandes (1999), este estudioso afirma que se valendo de suas crenças e convicções é que todo homem vai desenhando e dando vida à sua própria realidade com tudo que ela implica: alternativas, possibilidades ou até mesmo suas impossibilidades e limitações.

Paradoxalmente, causa estranheza entender-se que, contradizendo o senso comum, o sentido de crença está associado a tudo que não é real, verdadeiro ou incontestável. É justamente por meio de crenças, principalmente daquelas que são compartilhadas, que se constrói a realidade de cada um.

Pode ser provável que a oração ou a frequência a ritual de cunho religioso possam influenciar, psicodinamicamente, de maneira positiva as condições do paciente por meio da vivência de sentimentos ou emoções suscitados pela religião como a esperança, o perdão, a auto-estima e o amor.

Ao apoiar-se nas ideias de Levin e Chatters (1996), Buzo (2003) aponta que as emoções suscitadas pela religião podem ser importantes para a saúde mental deste indivíduo.

Retomando mais uma vez as pesquisas de Buzo (2003), que revisa a literatura disponível sobre os temas da religiosidade e da espiritualidade, observa-se menção a Rosa (1995), que contribui ao mostrar que a relação entre religiosidade e curas

aparentemente remonta a tempos imemoriais na cultura ocidental.

Dados etnológicos demonstram que essa relação é praticamente universal do ponto de vista cultural.

Buzo (2003), na revisão bibliográfica realizada para suas pesquisas, cita algumas obras que também tratam do tema da religiosidade. Esta pesquisadora revisou a obra de autores como Jung (1987), segundo o qual a geração de conteúdo religioso é inerente ao espírito humano. De acordo com Jung, o homem cria espontaneamente imagens religiosas, expressando assim direta ou indiretamente sua natureza religiosa, transformando a religião em sua relação com um ideal supremo, quer seja de maneira positiva ou negativa, voluntária ou involuntária. A este fator psíquico avassalador dá-se o nome de Deus.

Buzo (2003) menciona ainda Fromm (1962), que enfoca que o fundamental é considerar-se a forma como o indivíduo lida com a religião. Neste sentido há que se observar se a religião escolhida concorre para o desenvolvimento das potencialidades deste mesmo indivíduo, ou se o impele à paralisação.

De acordo com este autor, a essência da experiência religiosa é a submissão a poderes superiores. As formulações e os símbolos religiosos são tentativas para exprimir certos tipos de experiência humana considerando-se que a religião busca a re-ligação do homem com Deus.

Ainda em consonância com os postulados de Fromm (1962), há dois tipos de religião: a) a autoritária, cuja essência é a submissão a um poder transcendental, onde o homem perde sua independência e integridade, mas ganha um sentimento de estar protegido por um poder que inspira respeito; b) a humanista, que se centraliza no homem e em suas potencialidades, cuja virtude consiste na realização pessoal e não na obediência, assim como no sentimento de solidariedade de todas as coisas. Enquanto na religião autoritária o tom emocional é de tristeza e culpa, o da religião humanista é de alegria. A religião pode importar em desenvolvimento ou em paralisação das potencialidades humanas, sendo que o ritual funciona como mecanismo de catarse psicológica.

Nas chamadas religiões autoritárias, o elemento fundamental é a submissão a um poder transcendental, no qual o homem projeta o melhor de sua natureza na figura de

Deus. Neste caso, voluntariamente se empobrece, colocando-se em lugar insignificante e fraco. Já para as religiões de caráter humanista seu cerne é centrado nas potencialidades do próprio homem, que por meio de seus próprios recursos tenta buscar um maior entendimento consigo mesmo e, conseqüentemente, com a própria humanidade.

Neste sentido é possível entender a religião como sendo o aspecto da existência, no qual o indivíduo se espelha, orientando-se por suas normas, e ainda, que crenças pessoais representem posturas ou valores que uma pessoa sustenta e que formam a base de seu estilo de vida e de seu comportamento.

Assim, o conjunto dos aspectos religiosos e espirituais torna-se referencial para a avaliação em saúde e enfrentamento de enfermidades, segundo Fleck et al., (2003) mencionados nos estudos de Panzini (2004).

Apresentadas as contribuições dos autores referendados, podem-se entender as razões pelas quais a associação entre bem-estar psicológico esteja associada a práticas religiosas. Contudo, faz-se necessária uma breve explicação sobre o conceito de bem-estar psicológico aqui empregado.

De acordo com os estudos de Siqueira e Padovan (2005), respaldadas nas teorias de Diener e cols. (2003), as concepções científicas mais proeminentes da atualidade sobre bem-estar no campo psicológico podem ser organizadas em duas perspectivas: uma que aborda o estado subjetivo de felicidade e se denomina bem-estar subjetivo, e outra que investiga o potencial humano e se trata de um bem-estar psicológico. A primeira perspectiva adota uma visão de bem-estar como prazer ou felicidade, a segunda apóia-se mais na noção de que bem-estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa, ou seja, em sua capacidade de pensar, usar o raciocínio e o bom senso.

O bem-estar subjetivo procura compreender as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas. Estas avaliações devem ser cognitivas (satisfações globais com a vida) e devem incluir também uma análise pessoal sobre a frequência com que se experimentam emoções positivas e negativas. Para que seja relatado um nível de bem-estar subjetivo adequado, é necessário que o indivíduo consiga manter, em nível elevado, sua satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequências de experiências emocionais negativas.

Atualmente, o bem-estar subjetivo é concebido como um conceito que requer auto-avaliação, ou seja, ele só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos escolhidos e definidos por terceiros. Diante do que foi exposto não é aconselhável avaliar este tipo de bem-estar por meio de indicadores externos ao indivíduo.

O bem-estar subjetivo engloba dois conceitos específicos: julgamentos globais de satisfação com a vida, ou com domínios específicos dela, e experiências emocionais positivas e negativas.

Nesse sentido, o conceito de bem-estar subjetivo articula duas perspectivas em Psicologia: uma que se assenta nas teorias sobre estados emocionais, emoções, afetos e sentimentos (afetos positivos e afetos negativos) e outra que se sustenta nos domínios da cognição e se operacionaliza por avaliações de satisfação com a vida em geral, ou com aspectos específicos da vida como o trabalho.

A composição emocional do conceito inclui um balanço entre duas dimensões emocionais: emoções positivas e emoções negativas. Para que o balanço represente uma dimensão de bem-estar subjetivo, é necessário resultar em uma relação positiva entre as emoções vividas, ou seja, a vivência de mais emoções positivas do que negativas no decorrer da vida.

Já as concepções teóricas de bem-estar psicológico são fortemente construídas sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida. Ryff (1989), mencionado por Siqueira e Padovan (2005), elaborou uma proposta integradora ao formular um modelo de seis componentes de bem-estar psicológico, reorganizado e reformulado posteriormente por Ryff e Keyes (1995), também mencionados por Siqueira e Padovan (2005) cujas definições são apresentadas a seguir:

Auto-aceitação: Definida como o aspecto central da saúde mental, trata-se de uma característica que revela elevado nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade.

Relacionamento positivo com outras pessoas: Descrito como fortes sentimentos de

empatia e afeição por todos os seres humanos, capacidade de amar fortemente, manter amizade e identificação com o outro.

Autonomia: uso de padrões internos de auto-avaliação, resistência à aculturação.

Domínio do ambiente: Capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas, de participação acentuada em seu meio e manipulação e controle de ambientes complexos.

Propósito de vida: Manutenção de objetivos, intenções e de senso de direção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado.

Crescimento pessoal: Necessidade de constante crescimento e aprimoramento pessoais, abertura a novas experiências, vencendo desafios que se apresentam em diferentes fases da vida.

Retomando a ideia de que se pode entender as razões pelas quais a associação entre bem-estar psicológico esteja associada ao envolvimento religioso, buscou-se o apoio de uma mais ampla fundamentação.

Respaldados no conceito de bem-estar psicológico e nas colocações de Koenig (2001), Panzini e Bandeira (2007) comentam que se pode afirmar em primeiro lugar que as crenças religiosas auxiliam manter uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências. Em segundo, o fato de que as crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas. Na constatação de que a religião fornece rituais que sacralizam as maiores transições de vida como a adolescência, o casamento e a própria morte, encontra-se uma terceira razão. Finalmente, concebendo-se crenças religiosas como agentes de controle social, que dão direcionamento e/ou estrutura para tipos de comportamentos socialmente aceitáveis, percebe-se aí a quarta e última razão.

Sundén (1970) enfatiza que a experiência religiosa engloba a relação com o Absoluto e possui um caráter interacional.

Este autor propõe que se aborde a experiência religiosa como uma atitude com

base em um sistema interacional entre Deus e os homens. Assim, ao desempenhar seu papel humano, a humanidade assume sua parte nesta relação cabendo a todo o restante que existe desempenhar o papel do divino.

Sob este ponto de vista, o momento da experiência religiosa supõe uma organização bipolar do campo perceptual. Nesta parceria, quando a pessoa se une a Deus, sente que Ele representa todas as coisas num único ser. O religioso, ao ler os textos religiosos, assume o papel do humano que está em relação com Deus e adota o papel de Deus, de acordo com os estudos de Sundén (1970).

Os grupos sociais aos quais pertencemos, segundo Sundén (1970), fornecem nossas atitudes de predisposições para a percepção, a ação, o sentimento e o pensamento, oferecendo modelos que funcionam como protótipos para esta interação. Ao pensar desta forma, Sundén (1970) assume que a tradição religiosa opera como um sistema de linguagem sendo que o “sistema nervoso” desta relação se organiza mediante os padrões deste sistema religioso simbólico, o que resulta numa nova organização da percepção.

Ainda de acordo com Sundén (1970), ao acreditar-se no funcionamento deste sistema de referência religioso é possível entender que as pessoas são capacitadas para ouvirem a voz de Deus, sentirem Sua presença, ou darem-se conta de que, em dado momento, sem saber, estiveram próximas da revelação de Deus para si.

Para que se possa compreender o pensamento deste autor, é preciso pensar que não existe uma única visão simples e inequívoca do mundo. Existe uma gama enorme de formas para experimentá-lo, uma destas formas é por meio da religiosidade, porém, a maneira como o experienciável é, de fato, experimentado dependerá dos padrões estruturantes aos quais o sujeito foi submetido ao longo de sua formação. Este padrão estruturante é entendido como uma realidade captada. Assim, se algo é visto de uma maneira por alguém, quando, segundo outro observador, deveria ter sido percebido de modo diferente, revela-se a presença de um padrão estruturante. A captura de sua realidade está invariavelmente condicionada à percepção do indivíduo, que segundo Sundén (1970), é uma forma de comportamento na qual objetos, eventos, ou situações são avaliados e padronizados com o fim de preparar o indivíduo para outras formas de comportamento.

“Não podemos dizer que a experiência religiosa é uma ilusão, pois o padrão que estrutura a experiência tem sido válido geração após geração, para milhões de indivíduos. De acordo com a experiência obtida este padrão tem se mostrado reproduzível. Eis um encontro interpessoal entre o homem e o mundo transfigurado, o tipo de mundo que os cientistas pensam como real quando é estruturado de modo distinto, de acordo com um sistema científico de referência.” (SUNDÉN, 1970, p.148).

Pesquisas mais recentes sobre religiosidade como as de Amatuzzi (2008) contribuem para a compreensão dos fatores que mobilizam para o enfrentamento a pessoa acometida por qualquer patologia. De acordo com este autor, mesmo sem que haja a consciência de ser religioso, todo ser humano expressa ações desta natureza, podendo-se afirmar que há uma tendência humana para o religioso.

A existência do homem parece ser marcada pela busca de um sentido, sendo que esta busca se depara com os limites dos sentidos humanos a não ser que, por uma decisão expressa, esse movimento seja estancado, de acordo com o pensamento de Frankl (1989 e 1987, citados por Amatuzzi (2008).

A inquietação dos sentidos tende a se radicalizar diante do transcendente. Depara-se, então, com uma definição de religiosidade que não se restringe à simples manifestação humana que possua significados religiosos porque tais manifestações podem não ter relação explícita com o transcendente.

Só a *posteriori* é que estas manifestações poderão vir a ser reconhecidas como de caráter religioso, isto é, direcionadas para a busca do transcendente. Sob esta perspectiva pode-se afirmar que religiosidade é sinônimo de inquietação humana, porém, uma inquietação potencialmente aberta para o infinito. Se não se conceber religiosidade desta maneira, acreditar-se-á que a religião se traduz apenas por seus ritos.

De acordo com Ávila (2007), mencionando Amatuzzi (2008), a religiosidade será esvaziada em seu sentido mais profundo se não for ratificada por uma verdadeira experiência religiosa. É preciso, no entanto, não se confundir religiosidade com experiência religiosa. A religiosidade como tendência pressupõe um vazio existencial como ponto de partida para uma busca de sentido. Já a experiência religiosa deverá ser entendida como o preenchimento desse vazio. Trata-se, portanto, de uma experiência de encontro com o transcendente.

Qualquer pessoa que afirme ter vivenciado uma experiência de transcendência corre o risco de ser desacreditado. É possível justificar-se este fato em um contexto acelerado e alienado da questão dos significados e dos sentidos. Na realidade, a pessoa que experimenta uma vivência da natureza do transcendente não se encontra diante de uma experiência do outro mundo, e sim de algo que deve ser visto com outro olhar. Trata-se de uma experiência deste mesmo mundo. O que se amplia é o contexto que passa a ser entendido de uma forma mais abrangente e não exatamente o campo da realidade. Tudo continua a ser exatamente como é, permanecem as mesmas dúvidas e indagações do ser humano. O que se altera é o tipo de indagação e o tipo de compreensão que resulta a partir daí.

Neste sentido, é bastante apropriado afirmar que a experiência religiosa transforma o significado da vida e do mundo. Certamente, a vivência de uma experiência de transcendência marca a passagem do rotineiro ao religioso, que se transforma numa nova fonte de significados tanto para si, como para a vida quanto para o mundo. Trata-se de outro âmbito que requer outra sintonia, que de sua parte somente se instaura se houver liberdade. Este salto pode nem se dar, porém, quando ocorre, exige aceitação total do sujeito. Todas as pessoas podem ouvir relatos de experiências religiosas, porém, podem permanecer num estágio inferior em relação ao nível de compreensão. Neste caso não houve a passagem oportunizada pelo testemunho.

Esse transporte de um âmbito meramente cotidiano para o transcendente nada mais é que o fenômeno da fé. A ciência pode olhar para a fé respeitando sua natureza. Na atitude meramente científica, não há negação nem afirmação daquilo que é testemunhado como objeto da experiência religiosa, porém algo se perde. O que era testemunho reduz-se a mero relato objetivamente considerado. O cientista vê-se de mãos atadas diante das limitações e imposições da ciência, não podendo se deixar tocar pela força interpessoal do testemunho.

3.2 Reflexões sobre espiritualidade

Conforme exposto na introdução, a constatação de ser a espiritualidade a dimensão que, de fato, mobiliza o paciente oncológico em seu processo de enfrentamento

ainda não havia ficado muito clara, para mim, no início deste trabalho. Assim, enveredei pelos caminhos da pesquisa sobre religiosidade, o que me propiciou os conhecimentos registrados acima. Porém, em meio a este trajeto, percebi a necessidade de um aprofundamento das bases teóricas sobre espiritualidade, uma vez que era sobre esta dimensão que a maioria de meu público--alvo se reportava.

Teixeira (2003) respalda ainda seus estudos em Ross (1995), afirmando que a dimensão espiritual é fundamental para a saúde, para o bem-estar e a qualidade de vida do paciente. Ao se considerar que tanto a doença quanto a hospitalização, invariavelmente, causam dor e angústia nos pacientes, suas necessidades espirituais deveriam ser mais atendidas e valorizadas.

Pacientes mobilizados pelo desespero, em algumas ocasiões mostram-se até resistentes e desencorajados em relação ao próprio tratamento convencional. Rosner (2001) mencionado por Teixeira (2003) refere que a procura por terapias não convencionais ou complementares e suplementares, incluindo neste rol o próprio Programa Simonton utilizado pelo Grupo de Apoio Esperança, pode ocorrer numa tentativa de combater sentimentos e emoções negativas.

Portanto, o medo, os efeitos adversos, as experiências ruins anteriores e o desejo por mais cuidados de suporte, são razões mais do que suficientes para que a ânsia por algo ainda não experienciado seja tentado por parte de alguns pacientes.

De acordo com os estudos de Miller e Thoresen (2003), citados Elias (2005), o desejo de todo indivíduo de buscar um significado para sua vida e vivê-lo em plenitude representa a espiritualidade. Paradoxalmente, nem mesmo os avanços tecnológicos tornaram-se suficientes para suprir essa profunda necessidade do homem, sendo que o mesmo se pode dizer do acesso a riquezas materiais, culturais, sociais e outras.

Ainda segundo observações destes autores, a irrefutabilidade de ambas as afirmações é fenômeno bastante complexo. Entendem que espiritualidade não é algo dicotômico, não pode ser entendida como um atributo que pode ou não ser possuído por alguém. Espiritualidade não pode ser mensurada no sentido de quem a possui mais ou sobre quem a possui menos. Tentativas de mensuração podem não ter sentido, além de correrem o risco de se tornarem frustradas.

Assim, a busca pela compreensão do funcionamento mental e do comportamento humano tem sido o objeto da Psicologia enquanto ciência que se ocupa da dimensão mental do homem. Ao longo de sua caminhada histórica esta ciência possibilitou a construção de inúmeras teorias e modelos com o único intuito de compreender o psiquismo humano, inclusive também compreender questões relacionadas à busca de caminhos articulados pelo homem para superar suas dificuldades, dentre eles a espiritualidade.

Até nossos dias, o modelo cartesiano tem sido o responsável pela fragmentação das ciências, com suas compartimentalizações e especializações, atribuindo a cada campo do saber um objeto de estudo. Assim, coube à Medicina o estudo do corpo, à Psicologia o estudo da mente e à Teologia o estudo do sentido da vida. Este fracionamento parece ter transformado o homem em um quebra-cabeça, composto de várias peças, cuja junção formaria um todo.

Muito embora essa visão seccionada do homem tenha propiciado certo aprofundamento em cada área de estudo, também ocasionou um atendimento cindido, que dificulta a compreensão do homem como um ser global, inteiro e ao mesmo tempo único.

As pessoas estão tão acostumadas a enxergar tratamentos médicos desta forma, que nem se dão conta de que nem sempre foi assim, uma vez que o desejo de tratar do sofrimento humano é tão antigo quanto o próprio homem.

A prática de uma Medicina preventiva estava associada a antigos rituais religiosos, sendo exercida por sacerdotes-médicos ou médicos-sacerdotes.

Assim, quer seja a Medicina grega, como a xamânica, a chinesa ou a indiana, ainda que em tempos antigos, recomendava-se o tratamento integral do homem, cuidando-se de todas as dimensões que o compõem: a biológica, a psicológica, a social e a espiritual.

Era usual entre os povos antigos cuidar-se simultaneamente do homem, tanto de seu corpo, quanto de sua mente e de seu espírito com a convicção de que estas dimensões eram interligadas e interdependentes. Corpo, mente e espírito, para estes povos, eram indissociáveis, em decorrência de o próprio homem ser parte indissociável do Cosmos.

Com o advento da ciência tal qual a conhecemos, fundamentada em modelos cartesianos e newtonianos de investigação e construção dos conhecimentos, aquela antiga visão de que o homem possui uma natureza única e indissolúvel foi abandonada e substituída pelos tratamentos médicos convencionais. Em conformidade com a visão que predomina em nossos dias, o homem passou a ser tratado de maneira fragmentada, sendo que suas diversas dimensões passaram a ser tratadas separadamente.

Felizmente a visão de um homem completo tem sido resgatada, muito embora tenha sido mediante um longo e lento processo. De modo geral, as pesquisas na área da psicossomática se constituem em tentativas de se reunificar estas dimensões e compreender sua inter-relação. A boa notícia é que além de um retorno à visão antiga sobre o homem, busca-se complementá-la com novos conhecimentos científicos.

Verifica-se assim que o conceito de saúde, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), vem sendo valorizado, tomado como referência e até mesmo ampliado. A partir de uma visão puramente racional, acrescentaram-se aos conceitos de saúde visões cada vez mais abrangentes sobre as demais dimensões do indivíduo.

Vasconcellos (1998), pioneiro da psiconeuroimunologia no Brasil, que pesquisa o impacto dos estados do estresse sobre o sistema endócrino, e sobre a saúde de modo geral, enfatizou em reunião da Comissão Científica do XII Congresso de Medicina Psicossomática, a importância de se introduzir no programa científico daquele evento a questão da espiritualidade. A questão enfatizada por este pesquisador era a de que a espiritualidade tem sido uma variável, que se apresenta como recurso de enfrentamento, que parece funcionar no controle do estresse, diminuindo seus impactos sobre os mecanismos fisiológicos do homem.

Pode-se ainda tecer algumas considerações que permitam captar a importância de um atendimento integral a todo paciente e, em especial, ao paciente hospitalizado, para o qual é apropriado um atendimento que se preocupe com o indivíduo como um todo, respeitando todas as dimensões de sua existência.

Inegavelmente, esta conduta só poderá auxiliá-lo na travessia e enfrentamento deste momento peculiar de sua vida.

Sobre a questão da espiritualidade, os estudos de Buzo (2003) apontam que, paradoxalmente, à expectativa que se mantinha no início do século XX de que os avanços

científicos e tecnológicos fariam diminuir as práticas religiosas e as necessidades espirituais, na realidade o que se constatou em fins desde mesmo século foi até certo incremento de conforto, seja de natureza religiosa ou espiritual, independente de se ter um maior acesso à educação formal e à informação.

Muito embora a ciência tenda a responder a estas questões relativas à vida ou à morte, observa-se neste início de século XXI que a despeito de todo avanço científico e tecnológico as pessoas continuam surpreendentemente vulneráveis a elas, observa-se uma tendência cada vez mais crescente para o misticismo.

“O Brasil não é exceção, país onde a tradição, expressão e tolerância religiosa é uma característica marcante, abrigando desde as religiões tradicionalmente instituídas, como o catolicismo, passando por uma vasta diversidade de seitas evangélicas, por religiões de origem oriental como o budismo, pelo kardecismo de origem francesa, amplamente difundido e praticado no país, até os mais diversos cultos afro-brasileiros.”(BUZO, 2003, p. 15)

Buzo (2003) encontra nos estudos de Frankl (1992) uma posição contrária ao enfatizar que se vive em nossos dias o fenômeno de que as pessoas tendem a afastar-se das religiões formalizadas, que buscam a cada dia a adesão de mais adeptos fazendo proselitismo umas sobre as outras. Na realidade, o fenômeno que se observa é a tendência de haver uma busca cada vez mais individual, profundamente personalizada, em que cada pessoa encontre uma forma peculiar de voltar-se para Deus, por meio de uma linguagem absolutamente pessoal.

Assim, tendo-se em vista o contexto que se apresenta, parece cada vez mais lógico e até necessário estudar a espiritualidade como uma variável, a ser melhor e amplamente estudada não apenas em nosso país como também no mundo todo. Buzo (2003) argumenta que, ao se considerar que a espiritualidade pode ter um impacto positivo na saúde das pessoas, justifica-se em nossos dias a ênfase dada a estes estudos. Entende-se esta ênfase ao se vislumbrar mudanças na qualidade de vida de muitas pessoas, e economia com a menor frequência de uso e permanência em redes hospitalares, conseqüentemente, acarretando em uma diminuição de custos sociais ou econômicos.

Segundo Marques (2003), a espiritualidade parece favorecer uma visão mais positiva frente à vida, e funciona similarmente como um amortecedor contra o estresse. Diante de situações difíceis e eventos traumatizantes, a pessoa mais voltada para a espiritualidade provê significados para estas experiências e as redireciona para rumos positivos e produtivos tanto a si quanto a outros. Esta autora entende que o que aciona esta ação construtiva é o sentimento de apoio emocional advindo da sua relação significativa com Deus.

Porém, uma indagação permanece aos teóricos que exploram a relação da espiritualidade com a vida humana: em que medida a adoção de uma perspectiva espiritual pode afetar a saúde geral da pessoa?

Especificamente para esta questão, Marques (2003) respalda-se em Hamilton e Jackson (1998) quando enfatizam que o conceito de espiritualidade é vital para um modelo mais abrangente de saúde. O conceito de espiritualidade supõe a inter-relação entre os diferentes domínios do ser humano: físico, emocional, mental, social, vocacional e espiritual.

Westgate (1996), também mencionado por Marques (2003), considera o desenvolvimento da espiritualidade importante para a saúde mental, pois sem ela podem surgir sentimentos de desesperança, sensação de falta de sentido de vida e depressão.

Um aspecto fundamental da inter-relação entre saúde e espiritualidade é saber em que medida esta mesma espiritualidade oferece recursos para a pessoa poder enfrentar as inevitáveis situações estressantes na vida, mantendo um nível ótimo de saúde. O que se tem observado é que a eficácia no processo de enfrentamento a determinados estressores parece estar correlacionada com a integração de vários elementos como: crenças, emoções, relacionamentos e valores, na resposta da pessoa a esses estressores, de acordo com as ideias de Pargament et al. (1998) aludidas por Marques (2003).

Pesquisas mais atuais como as de Amatuzzi (2008) parecem vir ao encontro das colocações de Marques (2003), complementando-as, e auxiliando a compreender, sob outro ponto de vista, a questão da espiritualidade.

Este autor nos exorta a enxergar a espiritualidade sob outro ângulo: a espiritualidade em relação a ela mesma. Sem rodeios, o autor atribui à espiritualidade o

papel de “*alma*” da própria religiosidade, muito embora a espiritualidade também possa ser vivenciada fora dos quadros institucionais (PAIVA, 2005, apud AMATUZZI, 2008).

É paradoxal pensar que o ser humano pode vivenciar a espiritualidade fora dos domínios da transcendência, porém, ao se considerar que o ser humano é multidimensional significa dizer que não se pode abarcar toda sua complexidade e enxergá-lo de uma única maneira. Sob o ponto de vista físico, por exemplo, o homem pode cair e quebrar uma perna e buscar por cuidados que a façam recuperar-se. Assim também ocorre do ponto de vista psíquico. Todo homem tem seus esquemas de funcionamento cognitivo, emocional e motivacional que podem ser ativados em momentos de necessidade, porém, isso já não ocorre do ponto de vista espiritual.

Como ser espiritual, o homem pensa sobre seus próprios significados e não apenas encadeia raciocínios abstratamente. Pode ainda dizer não aos desejos em razão de valores ou desejos de outra natureza, pode definir o rumo de sua vida, e finalmente pode abrir-se para o infinito. São possibilidades que fogem às dimensões citadas anteriormente.

“A base da espiritualidade é, pois, a capacidade que o ser humano tem de se elevar sobre seus condicionamentos e se posicionar; ou seja, é a capacidade de recuo e posicionamento. É a essa possibilidade que nos referimos ao falarmos em liberdade, por exemplo. Em sua raiz, a espiritualidade se prende, pois, à própria humanidade e mostra como esta natureza humana é aberta” (inconclusa, como diria Paulo Freire). (AMATUZZI, 2008, p. 15)

De acordo com as ideias de AmatuZZi (2008), todo homem tem a capacidade de pensar sobre si mesmo, contextualizando-se no bojo do meio em que vive, podendo assim se auto definir. Neste momento, o conhecimento do funcionamento dos próprios mecanismos psicológicos não basta para acionar esta capacidade. Esta resposta reside no fato de que apenas em seu pleno e efetivo exercício que esta capacidade se desenvolve.

Assim, as demais dimensões do ser humano são certamente influenciadas pela dimensão espiritual. Este fato conduz a outro raciocínio: o de se considerar o organismo humano como base para o desenvolvimento da espiritualidade e ao mesmo tempo aceitar

sua influência sobre ele. Ao pensar desta maneira, pode-se dizer que tanto o corpo do homem quanto os grupos sociais dos quais ele faz parte são afetados pelas decisões e posicionamentos que assume na vida.

Ao penetrar no campo religioso, pode-se até empregar novamente o termo espiritualidade, porém, agora não mais com uma conotação específica, apenas designando a mais simples experiência espiritual no sentido da entrega ao transcendente, o que ocorre, geralmente, num quadro onde já exista certa tradição espiritual.

Walsh (1999), mencionada por Brusca e Savio (2008), aponta que a espiritualidade envolve fontes de experiência que fluem por meio de vários aspectos de nossas vidas que perpassam desde as heranças familiares a sistemas de crenças pessoais, rituais e práticas e afiliações congregacionais. Dessa maneira as crenças religiosas influenciam, portanto, os meios de se lidar com a adversidade, com a experiência da dor e sofrimento, aquilo que é rotulado como problema e o significado de sintomas.

3.3 Semelhanças e dessemelhanças entre religiosidade e espiritualidade

Ao se tomar como parâmetro as novas configurações familiares, a instabilidade tanto de valores morais quanto culturais, as transformações nos papéis do homem assim como da mulher, e tantas outras novidades difíceis de assimilar, nada parece ser satisfatório. Em meio a tantas mudanças acaba-se ficando com a impressão de que as aceleradas mudanças sociais estão fora de controle e além da compreensão, de acordo com o pensamento de Walsh (1999) referida por Gomes (2008).

“Nesse contexto, parece crescer o desejo de paz interior, de um senso de inteireza e coerência e de uma ligação mais significativa com os demais, havendo brechas para a adesão religiosa ou espiritualista”(Paiva et al. 2000 apud GOMES, 2008 p.126). Nesta busca de paz e de significados, o homem envereda pelos caminhos ou da religião ou da espiritualidade.

Definições de termos relacionados à religiosidade ou à espiritualidade são complexas e numerosas, o que dificulta a realidade de pesquisas sobre o tema, especialmente quando se tem em mente, até para um melhor entendimento de seus resultados, estabelecerem-se semelhanças e dessemelhanças entre elas.

Independente da dificuldade de se lidar com estes conceitos, algo fica muito presente. Muito embora os mecanismos pelos quais religião e espiritualidade podem afetar a saúde ainda não estejam bem esclarecidos, é inegável sua influência na melhoria da qualidade de vida de muitos pacientes afetados por quaisquer tipos de doença.

Nas ciências que estudam o comportamento, tanto a espiritualidade quanto a religiosidade podem ser consideradas como construções inerentes e latentes a todo indivíduo. Porém, como são consideradas entidades conceptuais subjacentes, não podem ser observadas e nem mensuradas diretamente. Contudo, a partir de alguns de seus componentes, podem ser inferidas.

Tendo como base o pensamento de Miller e Thoresen (2003) citados por Elias (2005), construções latentes são observadas como fenômenos comumente descritos nas ciências comportamentais. Justamente devido a esta natureza de latência, tais construções são complexas e geralmente apresentam várias dimensões, caracterizadas pela dificuldade de se capturar seu significado essencial.

Assim como a saúde do corpo que não se define apenas por sua temperatura e pela pressão sanguínea, ou como o intelecto que não está restrito ao trabalho da memória, às relações espaço-temporais ou ao raciocínio verbal, assim também ocorre com a religiosidade. Religiosidade não se traduz apenas a algumas práticas ou pela frequência a templos, mesquitas, igrejas ou a qualquer outro estabelecimento de natureza religiosa. Assim como ocorre com o conceito de religiosidade, também a espiritualidade não se traduz unicamente na busca de contato com Deus.

Há muito mais elementos subjacentes a cada indivíduo e que influem sobre suas ações, consideradas ainda as proporções das possibilidades inexploradas da latência. Ao se contextualizar tanto a religiosidade quanto a espiritualidade por meio de uma perspectiva científica, suas concepções podem se tornar mais claras, enquanto construções latentes e multidimensionais.

Emmons e Paloutzian (2003), citados por Panzini e Bandeira (2007), investigaram abordagens com ênfase nos fundamentos cognitivos e afetivos da experiência religiosa dentro da psicologia social e da personalidade e observaram que a base desse desenvolvimento deve-se ao fato de a religião e a espiritualidade serem processos importantes da experiência humana.

Elias (2005), ao tratar do tema do enfrentamento recorre ao posicionamento de Miller e Thoresen (2003), quando afirmam que religiosidade e espiritualidade têm sido tomadas como questões de investigação quanto ao enfrentamento de enfermidades, quer sejam graves ou não. Frequentemente se observa que são confundidas e muitas vezes utilizadas até como sinônimos. Segundo estes autores, é até comum o conceito de espiritualidade estar associado a uma conotação mais religiosa, vinculado a uma religião formalmente instituída.

Sob outro prisma Miller e Thoresen (2003), mencionados por Elias (2005), ainda conduzem a algumas intrigantes indagações: quais seriam as dimensões componentes tanto da religiosidade quanto da espiritualidade que deveriam ser pesquisadas para que se desenvolvesse uma maior e melhor compreensão destes dois fenômenos? Como se poderia capturar a essência destes dois domínios? Como se poderia operacionalizá-las em métodos possíveis de mensuração? Que aspectos determinariam se uma dimensão ou uma medida particular poderia ser considerada espiritual ou religiosa?

Embora nenhum consenso científico exista nos estudos até o momento sobre o referido tema, um progresso substancial ocorreu nos últimos anos: religiosidade e espiritualidade são construções distintas, porém se interseccionam.

Retomando as colocações de Miller e Thoresen (2003), citados por Elias (2005), estes pesquisadores recomendam atenção para mais um ponto: com raras exceções, as pesquisas disponíveis sobre os temas conseguiram medir variáveis religiosas numa melhor escala que as espirituais.

Ao se abordar o tema da necessidade de distinção entre um e outro fenômeno, Elias (2005) menciona O' Connor (2001), que também buscou diferenciar espiritualidade de religião. Conforme esclarecimentos deste autor, religião vem do latim "religare", que significa religar-se, organizar convicções, comportamentos e valores relacionados a uma tradição particular de fé ou comunidade de fé. Neste sentido, religiosidade é algo que se adquire ou se desenvolve dentro de uma determinada tradição de fé, incluindo espiritualidade, muito embora uma pessoa possa ser espiritualizada e não aderir a qualquer religião em particular. Por outro lado, uma pessoa também pode ser espiritualizada e não acreditar em um Deus de forma específica, ou seja, não ser seguidora de nenhuma seita ou religião.

Outra distinção também foi estabelecida pelo mesmo autor no que se refere à alma e ao espírito, dimensões bastante exploradas nas religiões formais. De acordo com o pensamento de O' Connor (2001), retomado por Elias (2005), a alma respalda todas as particularidades da vida, das mais triviais às mais inusitadas, enquanto que se associa ao espírito a ideia de transcendência, ou seja, um alto grau de superioridade. A alma observa atentamente todos os meandros da vida, enquanto que o espírito sobrepuja estas mesmas sinuosidades. A alma é o celeiro das emoções humanas com todas as suas limitações e conflitos, enquanto o espírito é o depositário dos mais nobres valores, princípios e aspirações. Assim, contrariamente ao espírito, a alma está inexoravelmente ligada à existência humana.

Segundo os estudos de Faria e Seidl (2005), Lukoff (1992) distingue religiosidade de espiritualidade, conceituando a primeira mais sob o aspecto da formalização como, por exemplo, a adesão a crenças e a práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada. Quanto à espiritualidade, os mesmos autores a veem como a relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou uma força superior na qual ela acredita.

Faria e Seidl (2005) fortalecem ainda a distinção entre religiosidade e espiritualidade com os estudos de Worthington, Kurusu e McCullough e Swyers (2000) os quais alertam, no entanto, que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis entre si e afirmam que a tendência a polarizá-los não é benéfica para a pesquisa científica.

Em consonância com as pesquisas de Bruscin e Savio (2008) religião e espiritualidade são aspectos muito importantes da experiência humana, quer sejam vividas como crença pessoal, quer sejam experienciadas no transcendente, ou ainda sejam vividas dentro de uma comunidade religiosa formal.

Segundo estas autoras:

[...] religião pode ser definida como um sistema de crenças organizado, que inclui valores morais e a existência de Deus ou de um ser superior, que é partilhado, institucionalizado e leva as pessoas que dele partilham a se envolverem em uma comunidade de fé (BRUSCAGINE SAVIO, 2008 p.27).

Ainda de acordo com elas, a religião propõe normas e prescrições para a vida individual e familiar com base em suas crenças.

Em contrapartida, a espiritualidade pode ser experimentada tanto fora quanto dentro de estruturas religiosas formais. Esta mesma espiritualidade associa-se a um conjunto de valores internos e supõe um senso de significado, completude interior, harmonia e conexão com as demais pessoas.

Abrindo espaço ou não para a crença em um ser superior, a espiritualidade promove a unidade com toda a vida, a natureza e o universo. *“Portanto, a espiritualidade é um construto de maior abrangência que se refere mais genericamente a crenças e práticas transcendentais e, assim, é mais ampla e pessoal”* (BRUSCAGIN E SAVIO, 2008, p.28).

Segundo as autoras supra-citadas, é possível que todas as pessoas expressem alguma forma de espiritualidade, mas nem todas experimentam essa espiritualidade sob a forma de uma religião. Neste sentido, pode-se afirmar que a religião poderia ser a expressão de uma espiritualidade organizada, mais específica e definida em suas estruturas. Já a espiritualidade estaria interligada aos valores espirituais internos de cada pessoa, que podem ou não refletir na forma sobre como a pessoa tem contato com a realidade.

Ainda, mencionando Bruscajin e Sávio(2008), estas questões relativas a vivências que se imiscuem aparecem em consultórios. No geral, estão muito mais associadas à experiência religiosa ou a práticas religiosas. As questões espirituais na maioria das vezes estão associadas a questões existenciais. Tais questões aparecem muito mais como questionamentos pessoais, já os temas relacionados à religião referem-se mais às dificuldades do cotidiano de cada um quanto às suas decisões e relacionamentos.

Outra posição que vem contribuir para a diferenciação entre religiosidade e espiritualidade é proposta por Gomes (2008). Segundo esta autora, tanto a religiosidade quanto a espiritualidade são formas encontradas pela humanidade ao longo dos séculos para buscar consolo, força e sentido para a vida. Assim as crenças e práticas religiosas vêm sendo estudadas pela psicologia como fonte de elaboração de perdas, traumas e experiências de dor.

Ao se pensar desta forma pode-se afirmar que a espiritualidade engloba dois

importantes aspectos de nossa vida. Em primeiro lugar, influenciando sobre a maneira como se lidar com as adversidades, as experiências de dor e sofrimento e o significado dos sintomas. E, em segundo lugar, influenciando a maneira como as pessoas comunicam seu sofrimento, as crenças em relação às suas causas e ao seu desenvolvimento e, até mesmo, sua atitude em relação às pessoas que as cuidam.

Gomes (2008) entende que diferenciar a experiência religiosa em relação à experiência da espiritualidade seja bastante oportuno. De acordo com esta autora, Walsh (1999) define a religião como um sistema organizado de crenças que inclui valores morais compartilhados, muitas vezes institucionalizados, crenças sobre Deus ou sobre um poder superior e envolvimento em uma comunidade de fé.

Ainda segundo esta autora, as crenças ocupam uma posição central na experiência da religiosidade, de onde advêm regras e as diretrizes que o indivíduo escolhe para sua vida. As religiões comportam um conjunto de valores e comportamentos de natureza estável, que devem ser esperados de seus adeptos e que servem de referência a cada ação e a cada tomada de decisão.

Se a religião se reporta mais a rituais, regras e diretrizes, já a espiritualidade se refere de modo mais genérico a crenças e práticas relativas ao transcendente. É possível experimentá-la dentro ou fora de um contexto religioso. Pode também referir-se a um sistema de crenças e práticas pessoais, muitas vezes, inerente ao modo de vida da pessoa, mas que estabelece relação com a totalidade, com o universo, ou com uma força superior.

Para finalizar, pode-se colocar que, com frequência, tanto a religiosidade quanto a espiritualidade envolvem um estado de atenção aos valores morais, induzindo os adeptos a se tornarem os responsáveis pelos resultados desejados ao invés de buscar reparar situações indesejadas. Ambas auxiliam o indivíduo a se engajarem em ações coletivas por causas ligadas às crenças que advogam. Muitas vezes, as experiências religiosas e espirituais suscitam que as pessoas vivenciem sentimentos de solidariedade ao compadecerem-se do sofrimento de outros, sentindo-se obrigados a dedicar esforços para ajudar ou aliviar dores e injustiças. Assim, ambas também contribuem para a experiência em torno de ações que os une e identifica. Nesse sentido, a experiência religiosa e a espiritualidade contribuem para um senso de alteridade.

3.4 A espiritualidade na trajetória do paciente oncológico

Mediante observações realizadas em ambientes médico-hospitalares, é possível afirmar que alguns pacientes oncológicos distanciam-se de sua real identidade, vivenciando no período da enfermidade uma identidade de transição, que perdura desde o diagnóstico ao tratamento. Essa identidade vem acrescida das condições físicas e emocionais experienciadas ao longo da trajetória da doença.

Naturalmente o inusitado da recém condição cria-lhes ambiguidades e incertezas quanto à nova identidade. Daí a necessidade de se apegar àquilo que o senso comum aponta como salva-guarda, ou seja, ater-se à tradição das crenças e práticas rituais religiosas, segundo Fernandes (1999), citado por Aquino e Zago (2007).

Ao se envolver ou intensificar as atividades de sua dimensão espiritual, o homem parece adquirir forças que o impulsionam para uma melhora. A resignificação da vida pode ocorrer com a instalação da doença segundo Moyers (1995) citado por Panzini e Bandeira (2007).

Especificamente no que se refere à Oncologia, observa-se que estudos de Psico-Oncologia como os de Bayés (1985); Dilts, Hallbom, e Smith (1993); LeShan (1992); Simonton, Matthews-Simonton e Creighton, (1987); Simonton, Henson, e Hampton (1994), citados por Teixeira (2003), têm apontado para a importância de se deter mais acuradamente sobre o sistema de crenças do paciente oncológico.

Fernandes (1999), a respeito de pacientes oncológicos, dá respaldo aos estudos de Aquino e Zago, (2007) que concebem a espiritualidade como uma construção da personalidade individual. Concebem-na também como uma expressão da identidade e propósito de cada indivíduo à luz de sua própria história, experiência e aspiração, entendendo-se assim o porquê de produzir alívio ao sofrimento do indivíduo.

Conforme autores acima, tal alívio ocorre na medida em que possibilita mudanças na perspectiva subjetiva sobre como cada paciente percebe a doença grave, como por exemplo, o câncer. Diante dos significados do câncer, o paciente oncológico redireciona sua atenção a novos aspectos de sua experiência ou começa a perceber essa vivência sob uma nova ótica. Neste sentido, a diminuição do sofrimento, a sobrevida ou até mesmo a cura não se constituem num retorno a um estágio anterior à doença, e sim na inserção

deste mesmo indivíduo num novo contexto.

Teixeira (2003), ao mencionar Sherman et al (2001), fortalece sua posição em relação ao recente e crescente interesse que vem ocorrendo no estudo da conexão entre envolvimento religioso e espiritual. Esta conexão frente aos resultados de saúde em pacientes com câncer é notória.

Enfatizando a questão da religiosidade em seus estudos, Teixeira (2003) fez um levantamento de pesquisas sobre a questão da religiosidade e sua associação com a doença, no qual se incluem algumas pesquisas sobre pacientes oncológicos.

Este levantamento menciona as observações realizadas por Jenkins (1991) as quais relatam sobre a importância da religião na vida de muitos pacientes com câncer e sobre a possibilidade de dar suporte às variadas propostas profiláticas para todos os níveis de prevenção.

Teixeira (2003) aponta ainda os estudos de Mickley et al. (1992) ao demonstrar que a religião de forma geral, ocupa um importante espaço na vida das pessoas e a religiosidade pode ajudá-las a encontrar o significado e a coerência no mundo, mesmo sendo portadoras de patologias mais severas. Cyrillo e Pazotto (2000), inseridos no mesmo levantamento, apontam que o câncer ainda leva consigo a ideia de sofrimento e morte. Carvalho (1998) menciona que o câncer, por si só, desencadeia reações emocionais peculiares, que devem ser levadas em consideração.

Outros estudos também são citados por Teixeira (2003), como os de Holland et al. (1999), que revelam que tanto a religiosidade quanto a espiritualidade contribuem de forma ativa no combate às ideias errôneas sobre a esta doença e que as convicções religiosas dos pacientes fornecem significado e perspectiva, permitindo ao paciente fortalecer-se para o enfrentamento de sua doença. Brandt (1987), estudando pacientes com câncer, afirmou que a crença religiosa pode ser extremamente útil no combate a este mal. Swensen et al. (1993) observam que tem havido um crescimento dos estudos sobre os aspectos psicológicos e sociais do câncer.

Capítulo 4
MÉTODO

“Não existe especialista em cancerologia que não tenha ainda se perguntado por que um paciente morre enquanto outro, com basicamente o mesmo prognóstico e o mesmo tratamento, se recupera”.

Simonton e cols. (1978)

4 Método

O presente estudo de abordagem qualitativa configura-se como uma pesquisa de natureza participativa cujos passos e procedimentos serão descritos abaixo.

Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e obteve aprovação e autorização para que se efetivasse sob nº de protocolo 164-2008.

Antes, porém, faz-se necessária uma breve explanação sobre a obra que a respaldou teoricamente. Para fundamentação de meu trabalho de pesquisa utilizei a obra de Steinar Kvale (1996) - Uma introdução à entrevista na pesquisa qualitativa.

4.1 Fundamentação teórica

A entrevista como uma pesquisa

De acordo com Kvale (1996), por meio das entrevistas da pesquisa qualitativa, tenta-se entender em primeiro lugar pontos de vista subjetivos, e em segundo descobrir o significado de suas experiências.

As entrevistas permitem que as pessoas transmitam a outras pessoas sua opinião sobre determinado assunto, utilizando-se de suas próprias palavras. As entrevistas de pesquisa são baseadas em conversas do cotidiano, com estrutura e propósito definidos e controlados pelo pesquisador. A entrevista captura a visão subjetiva sobre algo, e é por isso que a questão principal da pesquisa qualitativa são as relações significativas a serem interpretadas.

Conceituando a entrevista de pesquisa

Ainda segundo o referido autor, para entrevistas de pesquisa não há um procedimento padrão a ser obedecido, mas uma entrevista investigativa pode ser composta de sete estágios: tematização, desenho do estudo, para que ele se refira às questões da pesquisa, a entrevista propriamente dita, transcrição, análise, verificação e informação.

O propósito da entrevista na pesquisa qualitativa é obter descrições com respeito a interpretações do significado daquilo que é descrito. O entrevistador não faz uso de categorias prontas, mas está aberto a fenômenos novos e inesperados. Assim, descrições de situações específicas e sequências de ações são deduzidas, nas situações gerais. No decorrer de uma entrevista, o entrevistado pode captar novas ideias e modificar sua descrição e significado. Outro fenômeno que se apresenta é que entrevistas diferentes podem criar declarações diferentes sobre os mesmos temas.

Pesquisa qualitativa na ciência e na prática

Kvale (1996) rejeita os métodos positivistas que rotulam a pesquisa qualitativa como não científica porque ela não tenta eliminar toda a influência pela pessoa do pesquisador. Este autor defende que a pesquisa qualitativa não pode parecer de uma maneira objetiva, uma vez que a objetividade também é um conceito subjetivo. As entrevistas em pesquisas qualitativas também podem ser objetivas em termos de deixar o objeto investigado falar, em expressar a natureza real do objeto.

O autor acima citado conclui que a entrevista, deste modo, não é nem um método objetivo nem subjetivo, já que a sua essência é de interação intersubjetiva. Métodos quantitativos e métodos qualitativos interagem na prática da pesquisa social e um mundo social constituído linguisticamente legitima o uso das entrevistas qualitativas como uma ferramenta útil.

Os sete estágios de uma entrevista de investigação

Em função da falta de técnicas-padrão ou regras para as entrevistas em pesquisa qualitativa, este autor enfatiza a importância da preparação prévia e da competência do entrevistador. Há, portanto, escolhas padrões de métodos a serem feitas nos diferentes estágios de uma entrevista investigativa, sendo que estes são apresentados por meio dos sete estágios de uma entrevista investigativa:

1. *Tematização: formular o propósito da investigação e descrever o conceito do tópico a ser investigado antes de começar as entrevistas.*
2. *Desenho: planejar o desenho do estudo, levando em consideração todos os sete estágios, antes de a entrevista começar.*
3. *Entrevista: conduzir as entrevistas baseando-se num guia de entrevista e com um método direcionado ao conhecimento buscado.*
4. *Transcrição: preparar o material da entrevista para análise, o que comumente inclui uma transcrição do discurso oral para o texto escrito.*
5. *Análise: decidir, baseado no propósito e tópico de investigação, e na natureza do material da entrevista, que métodos de análise são apropriados.*
6. *Verificação: determinar a generalização, confiabilidade e validade das descobertas na entrevista. A confiabilidade se refere a quão consistentes os resultados são, e validade significa se um estudo de entrevista investiga o que se pretende investigar.*
7. *Informação: Comunicar as descobertas do estudo e os métodos aplicados de uma maneira que leve em consideração os critérios científicos, assim como os aspectos éticos da investigação e que resulte em um produto de adequada leitura. (KVALE, 1996, p.88).*

Em relação às entrevistas em grupo, o autor orienta para se entrevistar sobre tantos assuntos quanto sejam necessários para descobrir o que se deseja saber. Sugere também que se pense com cuidado sobre entrevistas em grupo: as interações de grupos geralmente levam a reações espontâneas, mas reduzem o controle do entrevistador sobre a situação.

Questões éticas em entrevistas de pesquisa

Questões éticas, tais como consentimento do informado, assuntos confidenciais e consequências para o entrevistado, devem ser levadas em consideração em qualquer entrevista qualitativa.

Kvale (1996) afirma que os assuntos da pesquisa devem ser informados, os propósitos da investigação e as características principais do desenho de pesquisa. Deve-se pensar também criteriosamente a respeito de quem deveria autorizar o consentimento. Os participantes também precisam estar de acordo com a liberação da informação identificável, e o risco de prejudicar alguém deve ser pelo menos levado em consideração.

O contexto da entrevista

O contexto da entrevista de pesquisa deve ser uma conversa entre duas pessoas sobre um tema de interesse mútuo. O entrevistado deve sentir-se confiante o necessário para não ser tolhido pela inibição. O entrevistador deve, no entanto, manter o controle e definir a situação. É por este motivo que o planejamento de uma pesquisa é uma fase muito importante. (KVALE,1996)

Deve-se pensar previamente sobre o quê, o porquê e o como da entrevista: adquirir um conhecimento básico do assunto em questão, formular um propósito claro para a entrevista e decidir que técnica de entrevista será utilizada. O pesquisador deverá ir informando o entrevistado, e terminar obtendo informações dele para que possam advir novas questões.

Kvake(1996) orienta que, durante a entrevista, pode-se seguir um guia de perguntas indicadoras dos tópicos e sua sequência na entrevista, com ou sem questões detalhadas. Quanto mais espontânea a estrutura da entrevista, mais espontâneas e reais serão as respostas. As informações de uma entrevista mais estruturada serão mais fáceis de processar. Se o pesquisador tiver a intenção de categorizar as respostas, é aconselhável esclarecer de forma contínua essas categorias durante a entrevista. Caso opte por uma narrativa, aconselha-se deixar seus entrevistados falar livremente e fazer a eles questões referentes ao que foi respondido. O procedimento correto é sempre manter a conversa ativa, utilizando-se de questões breves e simples, ouvindo e registrando tudo ativa e atentamente.

Do discurso ao texto

Conforme Kvale(1996), se a entrevista for gravada, o pesquisador poderá ouvir novamente o tom, as pausas e se concentrar na entrevista. A gravação audiovisual também captará os aspectos visuais da entrevista, mas toma tempo além de ser uma análise enfadonha.

A inclusão do cenário visual não garante representação objetiva. No entanto, quando se decide fazer anotações apenas quando a entrevista termina, calcadas na memória, consegue-se registrar apenas o essencial, tornando a pesquisa muito subjetiva.

As transcrições de gravações também diferem da entrevista propriamente dita e

estão sujeitas a interpretação da mesma forma. A credibilidade da transcrição deve ser considerada e instruções detalhadas de digitação são recomendadas.

A questão do excesso de informação

Ainda segundo Kvale(1996) é muito importante determinar precisamente o objetivo da entrevista, e ter-se em mente esse objetivo do começo ao fim de todo o processo de pesquisa. Um olhar direcionado sempre para um mesmo foco garante que se obterão resultados que realmente são relevantes.

A pluralidade de interpretações

Os cinco principais métodos, em metodologia, para análise de significado são: condensação, categorização, estrutura narrativa, interpretação e uma metodologia ad hoc. A estrutura narrativa cria histórias coerentes, segundo classificação apresentada por Kvale (1996).

A condensação resume os significados apresentados pelos entrevistados nas declarações curtas. A categorização significa que a entrevista é codificada em categorias e deste modo pode reduzir um texto extenso a poucas tabelas e desenhos. A interpretação de significado consiste numa interpretação mais ou menos especulativa do significado profundo do texto. Um método ad hoc utiliza uma vários métodos cujos resultados são palavras, desenhos, tabelas. É a forma mais frequente de se analisar uma entrevista. Para controlar a análise, pode-se fazer uso de múltiplos intérpretes ou explicar os procedimentos no relato da pesquisa.

A construção social da validade

Sobre este particular, Kvale(1996) aponta que, nas ciências sociais, os resultados devem ser generalizáveis, confiáveis e verificáveis em todos os estágios.

Questões de verificação devem ser discutidas durante todo o processo de pesquisa. Validade não é apenas um princípio científico estrito, mas pode ser vista também como qualidade do pesquisador. A validade comunicativa é obtida ao se validar alegação de conhecimento no diálogo da entrevista. Já a validade pragmática ocorre quando os resultados da pesquisa levam aos efeitos ou ações desejadas.

Elaboração dos relatórios da entrevistas

O objetivo do relatório final da pesquisa é informar outros pesquisadores e o público em geral da importância e confiabilidade dos achados.

Este relatório deve conter conhecimento novo e deve permitir a checagem dos conteúdos. Kvale (1996) sugere que a investigação seja feita já com o relatório final em mente, e que este seja elaborado tendo-se em vista o próprio leitor. Sua redação também deve perseguir os mesmos objetivos, obedecendo a uma estrutura padrão de relatórios científicos: introdução, método, resultados e discussão.

Sobre o método de condensação

A condensação de significados, método empregado no presente estudo, trata-se de um processo de abreviação do texto, no qual as principais ideias do que foi relatado são reformulados em declarações mais breves e sucintas. Segundo Kvale (1996, p.192), a condensação de significado envolve uma redução de texto de entrevista em formulações menores. A partir do resultado das condensações, realiza-se a identificação dos pontos em comum.

4.2 Principais descritores teóricos desta pesquisa

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas realizadas em grupo, gravadas e posteriormente transcritas.

Para a análise de conteúdo das entrevistas, foi utilizado o método de condensação para interpretação de dados (KVALE, 1996).

Procurou-se levantar unidades de significado, a fim de se reconhecerem padrões. Contudo, todas as unidades com significados equivalentes foram agrupadas em um tema.

Foi usada uma abordagem de guia de entrevista geral (KVALE, 1996).

Os tópicos relacionados aos temas disparadores foram levantados espontaneamente pelo entrevistador ou pelo entrevistado e foram feitas perguntas investigativas para dar ao participante oportunidade de elaborar e dar exemplos de declarações mais gerais.

A interpretação de dados por meio da condensação, de certa forma, capturou a experiência vivida pelo entrevistado.

Cada transcrição de entrevista foi lida inúmeras vezes e transportada para unidades de texto cada vez menores até se chegar às unidades de significado. As unidades de significado tiveram por objetivo levar o processo de análise adiante por meio da filtragem das ideias expostas.

Em cada entrevista foram sublinhados dados referentes à *experiência vivida* pelo participante em relação ao percurso de sua doença.

Todas as unidades de significado identificadas como equivalentes foram agrupadas em um tema.

A interpretação de cada unidade de significado foi registrada, tendo por objetivo esclarecer seu significado.

O mesmo processo repetiu-se a cada entrevista, agrupando-se os significados do tema com base nessas unidades. A construção destes passos, referentes ao processamento de informações será observada mais detalhadamente adiante na etapa de análise de dados.

4.3 Objetivo

Entender como pacientes com câncer de mama e cólon utilizam-se do recurso da espiritualidade como estratégia de enfrentamento de sua doença.

4.4 Caracterização dos participantes

Para o Grupo de Pesquisa, foram considerados como critério de inclusão a crença, a espiritualidade e ainda outros, como remissão.

Foram convidados pacientes remidos de câncer de mama e cólon para formarem o grupo de participantes destes encontros.

A formação do Grupo de Pesquisa foi heterogênea, desconsiderando-se critérios de sexo, formação, crença, raça, entre outros, desde que se apresentassem como irrelevantes para sua composição.

Tais participantes foram consultados sobre seu interesse em participar deste grupo, seguindo-se posteriormente aos procedimentos éticos e burocráticos que

regulamentam pesquisas desta natureza.

Esta amostragem constituiu-se ao todo de 07 participantes, 05 mulheres portadoras de câncer de mama e 02 portadoras de câncer de cólon, que já haviam participado das atividades do Grupo de Apoio Esperança anteriormente. Muito embora não tenha havido prévia escolha sobre o sexo dos participantes, pela disponibilidade, o grupo foi se constituindo apenas de membros do sexo feminino.

No quadro 12, encontram-se sintetizadas informações, que comporão um panorama sobre cada uma destas participantes como: idade, sexo e estado civil, sobre o contexto sócio-cultural em que se inserem, e sobre diagnóstico, estadiamento, terapêuticas utilizadas e momento atual do tratamento.

Participantes	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Classe Social	Tipo de Câncer e Estadiamento	Terapêuticas	Fase do tratamento
E1	57 a.	Fem.	Casada	1º. Grau	Decoradora	baixa	Tu. Cólon - sigmóide - adenocarcinoma grau VI	2004- Cirurgia- Hemicolectomia E; 2005 Quimioterapia; Quimioterápico: 6 ciclos a cada 21 dias: luouracil e Leucovorin 4dias.	Remissão
E2	44 a.	Fem.	Casada	Superior	Aux. Tesouraria	média alta	Tu. Mama- carcinoma ductal infiltrante pouco diferenciado grau III	2002- Cirurgia- Mastectomia e Quimioterapia; Quimioterápico: 6 ciclos a cada 21 dias:Genuxal, Metotrexato e Fluouracil (CMF); Tamoxifeno por 5 anos : concluiu 2007; Reconstrução mamária: 2004	Remissão
E3	50 a.	Fem.	Viúva	Superior	Pedagoga	média	Tu. Mama D- carcinoma lobular invasivo grau I	2007- Cirurgia- mastectomia ; 2008 Quimioterapia + RT. ; Quimioterápico: 5 ciclos a cada 21 dias:Genuxal, Metotrexato e Fluouracil (CMF); Tamoxifeno por 5 anos : iniciou 2008.	Remissão
E4	55 a.	Fem.	Viúva	1º. Grau incompleto	Do lar	baixa	Tu. Cólon – estágio I- adenocarcinoma grau I	2007- Cirurgia- Hemicolectomia e Quimioterapia; Quimioterápico: 1 ciclo a cada 21 dias: Fluouracil e Leucovorin 5 d.; quimioterapia -(Tu. Multicêntrico); Cond. acompanhamento clínico.	Remissão
E5	43 a.	Fem.	Divorciada	Superior	Professora	média	Tu mama – adenocarcinoma ductal infiltrante bem diferenciado grau I	1999- Cirurgia : Quadrantectomia , Mastectomia radical e QT. ; Quimioterápico: 6 ciclos a cada 21 dias: Fluouracil, Adriblastina e Genuxal (FAC)	Remissão
E6	63 a.	Fem.	Casada	1º. Grau	Do lar	Média baixa	Tu mama - carcinoma ductal infiltrante estágio II b- micro metástese 01 linfonodo	2004- Cirurgia - Mastectomia e Quimioterapia; Quimioterápico: 6 ciclos a cada 21 dias:Fluouracil , Adriblastina e Genuxal (FAC); Hormônio_ Tamoxifeno por 5 anos.	Remissão
E7	54 a.	Fem.	Casada	2º. Grau	Aposentada	baixa	Tu mama bilateral + meta óssea2007- recidiva mama D. carcinoma ductal invasivo GH3	1992- Cirurgia conservadora (Quadrantectomia.) mama D+ oferectomia ; RT e hormônio (novaldex) por 4 anos. 1996 - meta óssea, Quimioterapia e RT local. Quimioterápico: 6 ciclos a cada 21 dias: Fluouracil , Adriblastina e Genuxa (FAC). 2000-(recidiva) Cirurgia- Mastectomia mama E, RT+ QT. Quimioterápico: 6 ciclos a cada 21 dias: Genuxal, Metotrexato e Fluoracil (CMF). 2007-(recidiva) mama D : Cirurgia - Mastectomia radical + QT. Quimioterápico: 6 ciclos de Taxol com Genzar a cada 21 dias.	Remissão

A leitura do quadro 13 oferece uma visão dos principais critérios de inclusão para o Grupo de Pesquisa em percentuais, o que de certa forma pode suscitar alguns questionamentos quanto a maior ou menor incidência da doença, se forem considerados determinados fatores como escolaridade ou classe social, porém a intenção desta apresentação, no presente momento, não é outra senão a de situar um pouco melhor o contexto de cada participante.

Participantes	Idade	Sexo	Estado Civil	Escola- ridade	Classe Social	Tipo de Câncer	Fase do Tratamento
7	Média de Idade 53 anos	Fem.	4 casadas	Superior	Baixa	Cólon	Remissão
			2 viúvas	1º grau	Média		
			1 divorciada	2º grau	Média Alta	Mama	
			0 Solteira	1º grau incompleto	Média Baixa		

Quadro 13 – Alguns critérios de inclusão do Grupo de Pesquisa

Em relação à naturalidade de cada uma, pode-se dizer que esta pesquisa constituiu-se, basicamente, de uma amostragem urbana, muito embora Caruaru seja o centro mais populoso do interior de Pernambuco. Seis destas participantes residem na cidade de Caruaru (PE) e apenas 01 de um centro urbano menor, a cidade de Bezerros, também em Pernambuco.

4.4.1 Alguns dados sobre câncer de mama e cólon

Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA): “*Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células, que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo*”.

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas)

ou neoplasias malignas.

Os diferentes tipos de cânceres correspondem aos vários tipos de células do corpo: por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele, porque a pele é formada de mais de um tipo de célula.

Se o câncer tem início em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases).

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais frequente na população feminina, estimando-se em 49.400 casos no ano de 2008 no Brasil, segundo dados de INCA, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 000 mulheres.

Também de acordo com dados do INCA, o número de casos novos de câncer de cólon e reto no ano de 2008, foi estimado em 12.490 casos em homens e de 14.500 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e de 15 para cada 100 mil mulheres. No que concerne à incidência, o câncer de cólon e reto é a terceira causa mais comum de câncer no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. Os padrões geográficos são bem similares entre homens e mulheres, porém, a incidência de câncer de reto é cerca de 20% a 50% maior em homens na maioria das populações. A sobrevida para este tipo de neoplasia é considerada boa, se a doença for diagnosticada em estágio inicial. A sobrevida média global em cinco anos varia entre 40% e 50%, não sendo observadas grandes diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse relativo bom prognóstico faz com que o câncer de cólon e reto seja o segundo tipo de câncer mais prevalente em todo o mundo, com aproximadamente 2,4 milhões de pessoas vivas diagnosticadas com essa neoplasia.

De acordo com as pesquisas de Conde et al. (2006), o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama (05 casos no grupo de pesquisa) associam-se a consideráveis repercussões psicológicas. Foram descritos quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte. Esse quadro pode contribuir para uma percepção negativa da qualidade

de vida.

Ainda segundo estes mesmos autores, outros aspectos que podem comprometer a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama relacionam-se à diminuição da mobilidade e linfedema do membro superior, uso de quimioterapia, sintomas vasomotores, secura vaginal, disfunções sexuais e dificuldades econômicas. A presença de ondas de calor pode comprometer a qualidade e a duração do sono, com consequente piora da fadiga e dos sintomas depressivos.

Historicamente, a sobrevida livre de doença e a sobrevida global são os principais parâmetros empregados na avaliação dos resultados do tratamento oncológico. Porém, na prática, observa-se que são insuficientes. Na comparação de diferentes opções terapêuticas, a qualidade de vida é um importante parâmetro a ser considerado, auxiliando médicos e pacientes a decidir com relação à terapia. A cultura também exerce sua influência sobre a mais adequada, uma vez que tem como função a transmissão de significados, passados historicamente. Assim como a cultura, o mesmo ocorre com a transmissão religiosa, por meio da qual os homens desenvolvem suas atividades em relação à vida, pois, enquanto construção social, fornece-lhe um modo de ver o mundo, vivenciá-lo cognitivamente e emocionalmente, influenciando suas atitudes em relação à saúde e à doença (CONDE et al, 2006).

Em função da própria conotação histórica, a experiência do câncer é um processo que desafia o doente e, para tanto, ele busca algo com o qual possa enfrentar esses desafios.

O simbolismo construído sobre o câncer, na sociedade ocidental, é a de que é uma doença que invade o corpo, incurável, misteriosa, que gera sofrimentos, mutilações e perdas. Muito embora os progressos da ciência tenham ampliado a sobrevida dos pacientes por meio de diagnósticos e terapêuticas, o estigma persiste. O discurso do sofrimento decorrente do câncer dá ao paciente oncológico uma identidade social, que ao mesmo tempo evoca significados de força e fraqueza, vulnerabilidade e determinação, resignação e coragem. Essa forma de interpretar a doença grave é considerada uma representação proveniente do senso comum, entre diferentes grupos sociais (RABELLO, 1998).

4.5 Dados sobre a realização do encontro

Para a presente pesquisa, realizou-se apenas um encontro, ocorrido em 18/11/2008, das 10h às 12h20.

Todas as participantes já haviam frequentado encontros anteriores na condição de participantes do Grupo de Apoio Esperança. Nesta data, porém, participavam como integrantes de uma amostragem de um trabalho de pesquisa científica.

As entrevistas foram realizadas no mesmo local onde habitualmente se realizam os encontros do Grupo de Apoio Esperança, conveniente para todos os participantes, e ocorreram como parte integrante das atividades previstas para aquele encontro. A duração de cada entrevista variou entre o depoimento de uma e outra participante. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente.

Para este encontro do Grupo de Pesquisa utilizou-se:

01 sala com ar condicionado,

08 cadeiras dispostas sobre a forma de círculo,

CDs de relaxamento,

01 lixeira,

Lenços de papel,

Pranchas de apoio,

Papel ofício,

Cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

01 aparelho de som,

01 gravador,

02 filmadoras

4.6 Dinâmica do encontro

Com a intenção de selecionar alguns participantes que pudessem participar do Grupo de Pesquisa conversei com algumas pessoas que frequentaram o Grupo de Apoio Esperança ao longo do ano de 2008.

Minha busca recaiu sobre o seguinte perfil: pacientes oncológicos em remissão,

acima de 18 anos, lúcidos. Sexo, classe social, tratamentos prévios, tipos de tumor e estadiamento eram irrelevantes. O único critério que estabeleci como comum era a existência de uma trajetória de fé no percurso do tratamento.

Dois dias antes de 18 de novembro de 2008, data escolhida de acordo com a conveniência da instituição, foi realizado um contato telefônico com cada uma das 8 pessoas selecionadas, convidando-as a participar de um encontro que se realizaria dali a dois dias. Apenas uma destas pessoas, por uma questão de dificuldade de deslocamento não pôde atender ao convite. Esta pessoa morava em uma cidade distante de Caruaru, daí sua impossibilidade.

Neste dia, coincidentemente, todas as 7 participantes chegaram com mais ou menos quinze minutos de antecedência, o que se traduziu como interesse e senso de cooperação.

Às 10h30, iniciamos os trabalhos deste grupo de pesquisa, seguimos a mesma dinâmica que o Grupo de Apoio Esperança vem realizando nestes seus quase sete anos de existência.

Os participantes foram convidados a sentar em círculo. Expliquei pessoalmente que se tratava de um encontro com o objetivo de atender a uma pesquisa científica, que desenvolveríamos os mesmos trabalhos, porém, agora contaríamos com duas câmeras de vídeo e um gravador digital.

Após este pequeno diálogo e o esclarecimento de algumas dúvidas, todas foram unânimes em consentir com os procedimentos de pesquisa. Percebi um grande entusiasmo para com os trabalhos e solidariedade para comigo. O contato que tive com estas mulheres já ocorria desde que iniciaram no CEOC o tratamento de combate ao câncer.

Entreguei-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todas assinaram.

Ainda sentadas orientei-as a fazer um relaxamento. Solicitei que fechassem os olhos e trabalhassem sua respiração. Orientei-as que uma respiração profunda auxilia na oxigenação de cada órgão de nosso corpo.

Este exercício teve como objetivo, prioritariamente, estimular a descontração diante de uma situação inusitada de pesquisa, câmaras e gravador e em segundo plano conscientizá-las da importância de sermos responsáveis por nossa saúde. É por meio

da respiração que se oxigenam as células de nossos órgãos e segundo os pressupostos do Programa Simonton, expressos em “Com a vida de novo”(1987), um órgão oxigenado, pleno, não adoece.

Após este momento, foi pedido que todas se levantassem, se espreguiçassem e andassem um pouco pela sala, tomando consciência de seu corpo, do espaço e do outro.

Percebido que alguns participantes ainda se encontravam tensos, usamos uma exercício de Deslocamento das Tensões, também usado quando necessário ao Grupo de Apoio Esperança. Ficamos em círculo, agora em pé, visualizamos todas as coisas ruins que carregamos agora ou em todos os momentos de nossas vidas e que não queremos e nem precisamos mais carregá-las conosco. E, ao recordamos, nomeamos todos eles de forma forte e em tom de voz auto, usando o nosso corpo, como se fossemos jogá-las na lixeira que colocamos ao meio do círculo. Após essa explosão de energia foi pedido que tentássemos pegar fisicamente o que jogamos para fora de nosso corpo. Todas essas coisas “ruins” que verbalizamos. Agora, conscientes da nossa atual imagem corporal, com tanto peso, é pedido que joguemos fora, expressando por meio de nosso corpo, tudo que estamos carregando e verbalizando RAAAA com toda a intensidade.

Após essa dinâmica foi pedido que sentassem em suas cadeiras e que cada participante por vez se apresentasse e falasse um pouco sobre essa trajetória do adoecer, desde o diagnóstico até a remissão. Enfatizando a questão do suporte espiritual ou religioso que cada pessoa dali teria vivenciado. Após a 7ª participante falar, foi desligado o gravador, as duas câmaras já haviam sido desligadas, pois em uma, o tempo da fita foi insuficiente e, na outra, a bateria descarregou.

4.7 Análise dos Dados

Para análise dos dados, levou-se em consideração o depoimento de cada um dos participantes. Os dados qualitativos foram coletados por meio deste instrumento, baseando-se nos seguintes temas disparadores:

- como tem sido para você seu processo de se tratar do câncer?

- o que tem ajudado e o que tem dificultado?
- como você enxerga a religião ou a espiritualidade após seu diagnóstico?

Para facilitar o entendimento destes temas pelas participantes, na elaboração das questões da entrevista foram utilizadas palavras ou termos que faziam parte de seu vocabulário, como por exemplo: Você tem uma religião?

Os tópicos relacionados aos temas disparadores foram levantados espontaneamente pelo entrevistador ou pelo entrevistado e foram feitas perguntas investigativas para dar ao participante oportunidade de elaborar e dar exemplos de declarações mais abrangentes.

Antes de apresentar o trabalho de análise do conteúdo das entrevistas, faz-se necessária uma síntese de como procedeu a análise dos dados. E a apresentação de alguns códigos, utilizados com o objetivo da preservação da identidade das envolvidas na pesquisa, no quadro 14:

1ª ETAPA	Seleção de todas as falas que se referem à espiritualidade no discurso das participantes
2ª ETAPA	Levantamento da idéias-chave no discurso de cada participante
3ª ETAPA	Levantamento de unidades de significado a partir das ideias-chave levantadas: A - O sofrimento faz com que as pessoas busquem a Deus na tentativa de encontrar um significado para a dor B- As pessoas se voltam para Deus a fim de obter sustentação para seu sofrimento C- Deus sabe tudo, pode tudo e está presente a tudo em todos os lugares D- Deus dá forças para o indivíduo enfrentar o sofrimento E- Intensifica-se no percurso da doença a busca por espiritualidade F- O otimismo, o bom humor e a alegria auxiliam o doente em seu dia-a-dia G- A barganha é utilizada numa tentativa de controle sobre a situação H- A busca da espiritualidade é um recurso de enfrentamento
4ª ETAPA	Inserção das falas de referência nas unidades de significado levantada: A1- Discursos sobre o significado do sofrimento B1- Discursos sobre a sustentação divina e entrega C1- A onisciência de Deus Discursos sobre a onisciência de Deus C2- A onipotência de Deus Discursos sobre a onipotência de Deus C3- A onipresença de Deus Discursos sobre a onipresença de Deus D1- Discursos sobre a força advinda de Deus E1- Discursos da intensificação da espiritualidade no percurso da doença F1- Discursos sobre otimismo, bom humor e alegria G1- Discursos sobre barganha H1- Discursos sobre a espiritualidade como enfrentamento
Códigos identificatórios	E1 = primeira entrevista E2 = segunda entrevista E3 = terceira entrevista E4 = quarta entrevista E5 = quinta entrevista E6 = sexta entrevista E7 = sétima entrevista P = pesquisadora

Quadro 14 – Análise de dados do conteúdo da entrevista

Primeira etapa da análise de dados – Seleção de todas as falas que se referem à espiritualidade no discurso das participantes

E1

“É... quase viajei para o outro lado, mas Deus não permitiu que eu viajasse porque “tô” aqui forte.”

“Graças a Deus “tô” aqui, “tô” bem.”

“Deus, Deus, Deus. Deus me sustentou desde o primeiro momento, desde o bloco cirúrgico, que ali eu vi a obra de Deus feita dentro do bloco... é... uma transformação muito... muito bonita e muito difícil de descrever... e... muito emocionante, né? Porque... as coisas de Deus... ele mexe muito com a gente e...é como se houvesse uma transformação a partir daquela hora. Foi assim que eu me senti e me sinto até hoje. E sempre que eu vou falar, sempre “me dá um”... falar daquele momento, dá uma emoção muito forte “na gente”, porque mexe... é como se fosse... uma segurança... Eu pedia, antes de entrar no bloco, que Deus guiasse os profissionais que estavam ali, porque eu sabia que ia e não voltaria mais.”

*“Porque eu sabia que isso ia acontecer, mas eu entreguei nas mãos do Senhor e deixei que Ele fizesse a vontade Dele e não a minha, mas a Dele. E “seja qual fosse” a vontade Dele eu... eu queria que Ele me preparasse. E Ele me preparou **naquela** hora, porque eu não lembrei de nenhuma dor.”*

“Então, ali eu “me segurei” naquilo que ela disse, é um tumor e agora é com Deus, não é mais comigo... e com os homens que estão aqui do meu lado.”

“Meu Deus ,foi “coisa feita” pra mim?”

“Então... eu resolvi pensar em Deus e seguir o caminho de Deus. Então “comecei conversar” com Deus... e pedi “pra” que Ele tomasse a frente, me desse respostas.”

“Iniciou antes. Mas ele amadureceu e cresceu, com fé, antes de eu sair de casa, que eu conversei com Deus, eu fui “pra” o meu quarto, fiquei diante de um espelho e fiz de conta que o espelho fosse Deus, e eu conversei com Ele ali, e me entreguei totalmente, ali, naquela hora, nas mãos Dele.”

“Deus, foi tudo coisa de Deus, eu tenho certeza absoluta.”

“Então, foi tudo feito o plano de Deus.”

“Então, quando eu via falar, ficava calada... mas, eu ficava com aquilo, “meu Jesus!”

“E Jesus me abençoou... “que” eu não reclamei, e demonstrei ter mais força “pra” outros que estavam do meu lado.”

Hoje eu tenho uma... segurança, que Deus pode vir me buscar agora... Eu, eu... tô mais segura do que antes.”

“E Deus “tá” ali presente na minha vida o tempo todo”.

“É, porque o da gente vem de dentro, da alma mesmo da gente né? E... aquilo parecia assim, sair, botar “pra” fora. E eu dizia a ela: “- Minha filha, se transforme com essa... essa fé que você falando, mas que vem de lá de dentro. Do seu Eu, lá do fundo mesmo!” Porque Deus quer da gente é o quê? É o coração da gente, é a... “sei lá”! Deus conversa com a gente do jeito que eu “to” conversando com vocês. Deus escuta a gente dessa maneira. Eu aprendi assim! Que um pastor chegou “pra” mim e disse: “- Olhe converse” Que eu disse: “- Pastor, eu não sei orar! Eu não sei, eu não tenho “vocabulários bonito”. Eu não tenho “palavras bonita”.” Ele disse: “- Mas “pra” Deus não precisa “palavras bonita”. Você não “ta” conversando comigo? Então, sabe! “Pra” Deus, converse com Deus do jeito que você conversa comigo”. Então aí eu “comecei ver” que tudo o que eu busco em Deus, Ele me dá a resposta! Ele me deu uma resposta esse final de semana, que eu fiquei... eu fiquei transtornada! Olhe, eu tive... tanto assim... desgosto, emoção “ruins”, no final de semana... Que, depois do que Deus fez, apagou tudo! Limpou! Parecia

que todo aquele peso, toda aquela... aquele desespero, aquela angústia que “tava” de mim... Ela foi tirada, assim!”

E2

“Mas aí a pessoa se emocionasse muito, graças à Deus”.

“E... todo o medo que eu sentia... eu pedi muito à Deus que me tirasse. Porque eu precisava lutar”.

“E... me agarrei nos pés, nos braços... em todo corpo de Deus, e ele me segurou. Me deu muita força”.

“E fui dormir, me entreguei totalmente a Ele”.

“E estou aqui. Contando vitória, graças a Deus”!

“E eu tinha... eu pedi muito a Deus, muito a Deus, me deixe aqui! “Pra” eu continuar minha missão”.

“Então a base de tudo, acho que tudo foi Deus, que me deu muita força”.

“Cresce a nossa sabedoria e a nossa fé em Deus”.

“E o que mudou muito na minha vida foi isso... é... muita fé. Eu tinha, mas “to” com mais. Porque não é o nosso tempo, é o tempo que Deus permite a cada um”.

E3

“Eu tenho visto que “existiu cabeça” nesse processo. E é Deus mesmo. Deus “ta” acima de todas as coisas”.

“E no que perguntei, eu perguntei ao meu Deus, por que, eu”?

“Mas, como lidar com tudo isso? Eu acho que aí é o grande diferencial. Quando a pessoa tem uma... um direcionamento, uma vivência mais forte com o lado espiritual. Isso me deixou de... deixou de... eu sofrer, por conta disso? De maneira nenhuma. Mas é na forma com que eu enfrento, e com o que eu me fortaleço, né? De certa forma, assim, me traz mais fortaleza do que uma pessoa que não tem conhecimento. Que não se “agarra” em nada, né? Que é solta no mundo. Eu vejo dessa forma”.

“Então, por isso, a minha fé no meu Deus me diz que O Senhor... tem um dedo de Deus nisso! Porque quando isso foi tirado, quando eu voltei... é... fiz a cirurgia, no mesmo dia saí do hospital, tudo mais, né?”

“Li, vi logo, né? Que é câncer. Meu Deus!”

“A gente é carne, não adianta! Também né? A espiritualidade pode viver à nossa pele, mas... a gente, não adianta, a gente... todo mundo, de toda maneira... tem uma hora que desaba.”

“Pelo amor de Deus! Faz tão pouco tempo de painho... Com a senhora denovo não!”

“Talvez... já tinha um que já “tava”: “- E que Deus é esse?”

“Eu vejo isso como a mão de Deus na minha vida. Porque eu passei um ano “criando essa cobra”. Ela podia ter ido “pra” onde ela quisesse. Não é? E a gente sabe que Deus toma conta, mesmo.”

“Eu ganhei, R. Unicamente por essa vivência espiritual, entendeu? Porque as pessoas, às vezes, não passam nem por tanto... E ela “tava” contando a história dela, e eu agradecendo à Deus, porque, só digo isso! “

“Porque existem pessoas que passam, realmente, pela... Meu Deus! Uma via crucis, não é?”

“E eu sempre falava de Deus “pra” ela: “- Minha filha, se “agarre” com Deus, com fé, que você aí alcançar a vitória.”

“Mas eu fiquei muito preocupada com ela porque “dava-se” assim “pra” entender que ela falava de um Deus diferente... do nosso!”

“De força, não é?”

“Uma pergunta que eu fiz a Deus, e Deus me deu resposta em seguida... É muito bonito quando você recebe a resposta de Deus, é bonito demais!”

E4

“Quem é a paciente de doutor P. A.?”

“Eu disse: Sou eu!”

“Ele disse: ‘Vamo’?”

“Sozinha, não! “Mais” Deus, né? Tirei, joguei a sandália “pra” lá. Aí, fechei a porta do quarto.”

“Doutora, a senhora pode acreditar que... vocês, como existe Deus no céu, eu entrei naquela sala de cirurgia, na hora que eu cheguei, o rapaz que falou: “- Bote aqui e pode descer, pode ir.” Doutora, quando eu me deitei naquela, me prepararam naquela maca, “tudinho”, entendeu? Tinha, assim, um relógio e o coração de Jesus, de frente que fica, “né”? Aí, quando me deitei, doutor P.... doutor P. lá, porque doutor P., você sabe que ele é evangélico, “né”? Ele quando vai fazer uma cirurgia, de um paciente dele, ele se prepara muito.”

“Doutor, primeiramente Jesus, segundo o senhor. ‘Tô’ nas mãos do senhor e de Deus.”

“Quando eu olhei no relógio, assim, que eu queria olhar a hora, né? Que eu olhei ‘pra’ hora, assim, eu não vi a hora, eu vi “como fosse” ela – a vó da minha nora – fazendo assim com a mão, entendeu? Aí, eu olhei “pra” imagem do Senhor e no relógio eu via ela, “que era” com a mão, assim. Aí, quando eu olhei “pra” imagem do Senhor, eu disse: “- Senhor Jesus.” Operou, sei que eu passei três dias com o divino espírito santo trabalhado na minha vida. Acho que o Divino Espírito Santo trabalhou na minha vida “pra” me curar, doutora. “Pra” eu esquecer tudo... coisas matérias da Terra.”

“Meu Deus!” Agora, que é um choque, viu? Parece que abriu um buraco aqui e eu “puf”, entendeu?”

“Deus é quem sabe, Fa. Se Deus me curou, Ele me curou para sempre, ‘que’ ele não cura por pedaço, Ele cura por completo. Eu quero ouvir de doutor P..”

“Porque, eu converso muito com Deus dentro de casa.”

“Meu marido tem hora que fala assim: “F, tu ‘tá’ enlouquecendo?” Eu digo: “- ‘Tô’. Se todas as pessoas que ‘conversar’ com Deus, ‘tiver’ enlouquecendo, então ‘tô’ louca.”

“Tô. Doutor, porque eu quero uma dúvida, uma dúvida da senhor. O senhor é uma pessoa evangélica, crê muito em Deus. Não esconda nada ‘pra’ mim. Não esqueça, eu peço ao senhor que não... que não esconda de mim não. De maneira nenhuma.”

“Eu não vou esconder de ninguém, porque se eu escondo desse alguém, eu “tô” enganando à Deus. Eu não quero enganar à Deus. Se Deus me curou, porque vou enganar “pra” Ele, “né”? E “tô” feliz. “Todo canto” que chego, graças à Deus, “que” primeiramente Deus.”

“E se eu não tivesse muita fé em Deus, e não tivesse “que tá” aqui. Eu tinha pego uma depressão muito grande. Tinha, “mulher”! Porque no primeiro dia que eu fui enfrentei aqui, “pra” tomar a quinta, “que” eu olhei, doutora, é um tumulto. É um tumulto “pra” gente, “num” é? É um tumulto. Porque eu entrei lá dentro, “que” eu olhei assim, eu digo, “Senhor! Eu ‘tô’ em tuas mãos Jesus. Ora por mim e por todos que ‘tão’ aqui”.

“Aí, graças a Deus, Deus primeiramente.”

E5

“Mas naquele tempo do tratamento eu estava muito afastada de Deus.”

“Fiz a cirurgia. Ele me mandou “pra” um cirurgião plástico. Só que quando eu cheguei na, na... no dia de fazer, eu antes me confessei. Fui me confessar”..

“Mas fui, me confessei e era como se tivesse, assim, uma montanha bem alta e me jogaram no abismo. Mas eu tinha certeza que eu não ia me “estribuchar” no chão. Tinha certeza. Acredito também muito em Deus, meus anjos da guarda, Nossa Senhora “tava” ali comigo e “tava” me segurando.”

“Quando eu entrei na sala, assim que eu botei os pés na sala, é... eu senti aquela presença maior de Deus”.

“Eu fiz: “- Olhe, doutor, só não faço amanhã porque não trouxe ninguém, ninguém da minha família sabe! E não trouxe uma muda de roupa. Mas na hora. Ele fez : “- Então tá’ certo. Venha semana que... é na semana seguinte.”

Na semana seguinte era justamente o dia de Nossa Senhora das Dores.”

“Doutora, quando a gente é espiritualizada, a gente passa isso, transmite isso aí, sem querer, até. Até mesmo pelo jeito de olhar, do jeito de sorrir, do jeito de falar e do jeito que as coisas vêm “pra” gente.”

“Levando sempre na brincadeira, eu acho que isso é um espiritual. Deus dá uma força diferente “pra” cada um da gente, e a gente sabe lidar com cada problema de uma forma diferente.”

“E Deus faz a gente fazer essa coisa, “pra” justamente passar isso “pras” pessoas. Eu

me acho instrumento dessa obra. De que as pessoas possam vir, ver e até perguntar: “Por que você não tem?”

“Vi, também. Vi, mas eram menos. Sabe? É, sentia que as pessoas que tinham mais um pouquinho, exato. Tinham mais força, assim, e até ajudavam a gente a segurar, vamos dizer, ficar de pé. Sabe? E gritar e dizer... E com isso eu acho, que assim o câncer ia descobrir tantas coisas boas também.”

E6

“E no auto-exame, creio eu nessa força maior que é Deus, que é nossa Mãe, nós católicos cremos, que me mostrou, porque nem o auto-exame eu fazia. Mostrou que eu deveria fazer o auto-exame. E comecei a fazer na hora no banho e tal, e comecei a sentir que “tava” com um nódulo. E nem “pra” meu marido eu disse. Eu trabalho com cinco, seis mulheres, “né”? A gente ficava “junto”, na cozinha.”

“Por enquanto eu estou na mão de Deus. Quando Ele permitir, eu vou.” Mas como Deus é poderoso, eu acho que não foram dois meses... acho que não chegou a dois meses, quando eu percebi que estava com o nódulo... Ele permitiu. A gente nunca sabe como e nem porquê. Mas Ele permitiu.”

“Tava” segura”.

“Na mão de Deus!”

“Porque a partir do momento que eu disse as minhas amigas: “ Por enquanto eu estou na mão de Deus. Quando Ele permitir eu vou ‘pra’ mão dos homens.”

“Então eu estava segura que eu estava na mão de Deus.”

“Eu, eu... tinha essa confiança total em Deus. E sabia que se tivesse chegado meu

momento, eu estava na mão Dele, “pra” ser feita a vontade Dele e não a minha!”

“E todos os dias eu dizia: “- Senhor, seja feita a Tua vontade e não a minha. Todos os dias eu falava com Ele assim. E aprendi a... lendo a bíblia, ler o salmo 26, algumas bíblias 27, é jubilosa, confiante... é confiança em Deus, “coisa assim”. Então me sentia fortalecida naquelas palavras que eu lia todos os dias, naquele salmo.”

“Estou na mão de Deus. Se for chegada a minha hora... “Num” era uma cirurgia urgente, “num” era nada que vai “me evitar de me levar”, de me levar “pra” outra vida. Eu só espero estar preparada, “né”? “Pra” enfrentar outra vida. E vamos. Vocês ficam. Era, minha resposta era essa, serenamente sem, sem... sem assim, sem preocupação, sem medo, entendeu? Em momento nenhum eu tive medo de morrer, nenhum.”

“Aí fui “pra” o outro médico, e sempre a mão de Deus no meu caminho, na minha vida”.

“E aí tudo bem. “Tô” na mão de Deus. O que Deus me indicar eu vou fazer.”

“Aí ele falou: “- Eu não tenho nada contra esse médico, mas não mais indicado ‘pra’ fazer sua cirurgia. Porque você... vai ter que ser uma mastectomia, porque já foi mexido. Então, tem que ser uma mastectomia e você tem que fazer a quimioterapia.”

“Mas eu não vou fazer.

“Ele disse: “- Por quê?”

“Falei: “- Porque Papai do Céu não vai deixar.”

“É. Se for preciso, claro que eu vou fazer, ‘né’? ‘Tô’ na mão de Deus e não abro mão disso.”

“Qual é a influência? Total na minha vida! Eu acho que se não fosse Deus na minha vida, em todos os momentos da minha vida, desde que... desde de, de que nasci, eu não estaria mas aqui.”

“Eu me criei com fé em Deus.”

“Porque eu me coloquei na mão Dele, nos braços Dele. Me joguei nos braços Dele. É... se for da Tua vontade, sim! Me cura. E se quiser”

“Em momento nenhum eu me desesperei! Minhas filhas “Tô” na mão de Deus”.

E7

“E teve uma irmã minha também com o mesmo problema na mama, que após... “mim”, dois anos, ela teve. Graças a Deus “ta” bem, igual a mim.”

“Agradeço todos os dias a Deus por estar aqui contando que a minha vida é muito preciosa, que Deus me ama demais e que eu devo muito à Maria, minha mãe santíssima, que sempre me dá forças e que ela, que sempre “ta” na frente das minhas dificuldades.”

“É porque, eu sempre costumo dizer, se a gente não tem Deus, a gente não é nada! Eu sempre coloco isso na minha mente. Eu sem Deus, eu não sou nada, na minha vida. Então, é isso que eu tenho a dizer.”

“E sempre freqüentava a igreja, só que agora eu sei mesmo que é isto que Deus sempre trabalha “pra” gente. Que a gente tem que ter, é... a certeza que... do amor que Ele tem por nós. Se a gente não tiver aquela certeza, eu acho que a gente não vence nenhuma dificuldade, principalmente a dificuldade da doença.”

“Eu acho que sem Deus na minha vida, eu acho que eu não venceria. E assim, a família é muito importante, a família é sempre o suporte “pra” gente andar. É muito importante. Tem momentos que a gente se sente muito só, mas que a gente tem “que colocar que” Deus é a “pessoa” mais importante na gente. Eu acho.”

“Porque a gente... eu não sei nem dizer, eu acho que é uma força que tem dentro de mim, que me faz caminhar “pra” frente. Não ver as coisas que eu já passei. É isso. Eu acho.”

Segunda etapa da análise de dados: Levantamento de ideias-chave no discurso de cada participante

E1

- 1) **“Deus não permitiu** que eu viajasse porque “tô” aqui forte.”
- 2) **“Graças a Deus** “tô” aqui, “tô” bem.”
- 3) “Deus, Deus, Deus. **Deus me sustentou desde o primeiro momento...** que ali eu vi a obra de Deus feita dentro do bloco... é... uma transformação muito, muito bonita e muito difícil de descrever, e muito emocionante.”
- 4) “Deus... **Ele mexe muito com a gente...é como se houvesse uma transformação a partir daquela hora.** Eu pedia, antes de entrar no bloco, que Deus guiasse os profissionais que estavam ali.”
- 5) **“Eu entreguei nas mãos do Senhor** Ele fizesse a vontade Dele e não a minha, mas a Dele. E “seja qual fosse” a vontade Dele. Ele me preparou naquela hora, porque eu não lembrei de nenhuma dor.”
- 6) **“Agora é com Deus,** não é mais comigo.”
- 7) “Então “comecei conversar” com Deus... e **pedi “pra” que Ele que tomasse a frente,** me desse respostas”
- 8) “E eu conversei com Ele ali, **e me entreguei totalmente,** ali, naquela hora, nas

mãos Dele.”

9) “Deus, foi tudo coisa de Deus, eu tenho certeza absoluta.. Então, **foi tudo feito o plano de Deus.**”

10) “Hoje eu tenho uma... segurança, que Deus pode vir me buscar agora... Eu, **eu... tô mais segura do que antes.**”

11) “Deus “**tá**” ali presente na minha vida o tempo todo.”

12) “Primeiramente, né? **A força que eu recebo de Deus, né? Em Deus né? Que pode todas as coisas, né?**”

13) “E eu sempre falava de Deus “pra” ela: **“Minha filha, se “agarre” com Deus, com fé, que você ai alcançar a vitória.**”

14) “Mas eu fiquei muito preocupada com ela porque “dava-se” assim “pra” entender **que ela falava de um Deus diferente... do nosso!**”

15) “**De força, não é?**”

16) “Porque Deus quer da gente é o quê? É o coração da gente, é a... “sei lá”! Deus conversa com a gente do jeito que eu “to” conversando com vocês. **Deus escuta a gente dessa maneira.**”

17) “Mas **“pra Deus não precisa palavras bonita**”. Você não “ta” conversando comigo? “Pra” Deus, converse com Deus do jeito que você conversa comigo”. Então aí eu **“comecei ver” que tudo o que eu busco em Deus, Ele me dá a resposta! Que, depois do que Deus fez, apagou tudo! Limpou! Parecia que todo aquele peso, toda aquela... aquele desespero, aquela angústia que “tava” de mim... Ela foi tirada assim.**”

E2

- 1) “E... todo o medo que eu sentia... **eu pedi muito à Deus que me tirasse.** Porque eu precisava lutar.”
- 2) “E... me agarrei nos pés, nos braços... em todo corpo de Deus, e **Ele me segurou. Me deu muita força.**”
- 3) “**me entreguei totalmente a Ele.**”
- 4) “**E estou aqui. Contando vitória, graças a Deus!**”
- 5) “E eu tinha... **eu pedi muito a Deus, muito a Deus, me deixe aqui!** “Pra” eu continuar minha missão.”
- 6) “**Então a base de tudo, acho que tudo foi Deus, que me deu muita força.**”
- 7) “**A gente cresce a nossa sabedoria e a nossa fé em Deus.**”
- 8) “**Porque não é o nosso tempo, é o tempo que Deus permite a cada um.**”

E3

- 1) “E é Deus mesmo. **Deus “tá” acima de todas as coisas.**”
- 2) “E no que perguntei, **eu perguntei ao meu Deus, por que eu?**”
- 3) “Quando a pessoa tem uma... um direcionamento, uma vivência mais forte com o lado espiritual. Mas é na forma com que eu enfrento, e com o que eu me fortaleço, né. Então, por isso, **a minha fé no meu Deus me diz que O Senhor... tem um dedo de Deus nisso!**”

4) **“A espiritualidade pode viver à nossa pele, mas... a gente, não adianta, a gente... todo mundo, de toda maneira... tem uma hora que desaba.”**

5) **“Eu vejo isso como a mão de Deus na minha vida. E a gente sabe que Deus toma conta, mesmo.”**

E4

1) **“Sozinha, não! “Mais” Deus, né? Tirei, joguei a sandália “pra” lá. Aí, fechei a porta do quarto.”**

2) **“Como existe Deus no céu. ‘Tô’ nas mãos do senhor e de Deus.”**

3) **“Operou, sei que eu *passei três dias com o Divino Espírito Santo trabalhado na minha vida.*”**

4) **“Acho que o Divino Espírito Santo trabalhou na minha vida “pra” me curar.”**

5) **“Deus é quem sabe, F. Se Deus me curou, Ele me curou para sempre, que *Ele não cura por pedaço, Ele cura por completo.* Eu quero ouvir de doutor P.”**

6) **“Eu converso muito com Deus dentro de casa.”**

7) **“Tô. Se todas as pessoas que ‘conversar’ com Deus, ‘tiver’ enlouquecendo, então ‘tô’ louca.”**

8) **“Eu não vou esconder de ninguém, *porque se eu escondo desse alguém, eu “tô” enganando à Deus. Eu não quero enganar à Deus. Se Deus me curou, porque vou enganar “pra” Ele, “né”?* E “tô” feliz. “*Todo canto*” que chego, graças à Deus!”**

9) **“Que primeiramente Deus.”**

10) **“E se eu não tivesse muita fé em Deus, e não tivesse “que tá” aqui. Eu tinha pego uma depressão muito grande. “Senhor! Eu ‘tô’ em tuas mãos. Olha por mim e por todos que ‘tão’ aqui.”**

11) **“Aí, graças a Deus, Deus primeiramente.”**

E5

1) **“Mas naquele tempo do tratamento eu estava muito afastada de Deus.”**

2) **“Mas eu tinha certeza que eu não ia me “estribuchar” no chão. Tinha certeza. *Acredito também muito em Deus, meus anjos da guarda, Nossa Senhora “tava” ali comigo e “tava” me segurando.*”**

3) **“Quando eu entrei na sala, assim que eu botei os pés na sala, *é... eu senti aquela presença maior de Deus.*”**

4) **“Deus dá uma força diferente “pra” cada um da gente, e a gente sabe lidar com cada problema de uma forma diferente.”**

5) **“E Deus faz a gente fazer essa coisa, “pra” justamente passar isso “pras” pessoas. *Eu me acho instrumento dessa obra. De que as pessoas possam vir, ver e até perguntar: “- Por que você não tem?”*”**

E6

1) **“Creio eu nessa força maior que é Deus, Ele mostrou que eu deveria fazer o auto-exame.”**

2) **“Por enquanto eu estou na mão de Deus. Quando Ele permitir, eu vou.”**

3) **“Mas como Deus é poderoso, eu acho que não foram dois meses... Ele permitiu. A gente nunca sabe como e nem porquê. Mas Ele permitiu.”**

4) **“Tava” segura na mão de Deus!”**

5) **“Por enquanto eu estou na mão de Deus. Quando Ele permitir eu vou ‘pra’ mão dos homens.”**

6) **“Então eu estava segura que eu estava na mão de Deus.”**

7) **“Eu, eu... tinha essa confiança total em Deus. E sabia que se tivesse chegado meu momento, eu estava na mão Dele, “pra” ser feita a vontade Dele e não a minha!”**

8) **“E todos os dias eu dizia: “ Senhor, seja feita a Tua vontade e não a minha.”**

9) **“Todos os dias eu falava com Ele assim. E aprendi a... lendo a bíblia, ler o salmo 26, algumas bíblias 27, é jubilosa, confiante... é confiança em Deus, “coisa assim”. Então me sentia fortalecida naquelas palavras que eu lia todos os dias, naquele salmo.”**

10) **“Estou na mão de Deus. Se for chegada a minha hora... Em momento nenhum eu tive medo de morrer, nenhum.”**

11) **“Aí fui “pra” o outro médico, e sempre a mão de Deus no meu caminho, na minha vida.”**

12) **“E aí tudo bem. “Tô” na mão de Deus. O que Deus me indicar eu vou fazer.”**

13) **“Então, tem que ser uma mastectomia e você tem que fazer a quimioterapia.”
“Mas eu não vou fazer.”**

“Ele disse: “- Por quê?” Falei: “Porque Papai do Céu não vai deixar.”

“É. Se for preciso, claro que eu vou fazer, ‘né’? ‘Tô’ na mão de Deus e não abro mão disso.”

14) **“Eu acho que se não fosse Deus na minha vida, em todos os momentos da minha vida, desde que... desde de, de que nasci, eu não estaria mas aqui.”**

15) **“Eu me criei com fé em Deus.”**

16) **“Porque eu me coloquei na mão Dele, nos braços Dele. Me joguei nos braços Dele. É... se for da Tua vontade, sim! Me cura. E se quiser.”**

17) **“Em momento nenhum eu me desesperei! Minhas filhas, “tô” na mão de Deus.”**

E7

1) **“E teve uma irmã minha também com o mesmo problema na mama, que após... “mim”, dois anos, ela teve. Graças a Deus “tá” bem, igual a mim.”**

2) **“Agradeço todos os dias a Deus por estar aqui contando que a minha vida é muito preciosa, que Deus me ama demais.”**

3) **“É porque, eu sempre costumo dizer, se a gente não tem Deus, a gente não é nada! Eu sempre coloco isso na minha mente. Eu sem Deus, eu não sou nada, na minha vida. Então, é isso que eu tenho a dizer.”**

4) **“Deus sempre trabalha “pra” gente. Que a gente tem que ter, é... a certeza que... do amor que Ele tem por nós. Se a gente não tiver aquela certeza, eu acho que a gente não vence nenhuma dificuldade, principalmente a dificuldade da doença.”**

5) **“Eu acho que sem Deus na minha vida, eu acho que eu não venceria. Tem momentos que a gente se sente muito só, mas que a gente tem “que colocar que” Deus é a “pessoa” mais importante na gente.”**

6) **“Porque a gente... eu não sei nem dizer, eu acho que é uma força que tem dentro de mim, que me faz caminhar “pra” frente.”**

Terceira etapa de análise de dados: Levantamento de unidades de significado a partir das ideias-chave levantadas

A- O sofrimento faz com que as pessoas busquem a Deus na tentativa de encontrar um significado para a dor

B- As pessoas se voltam para Deus a fim de obter sustentação para seu sofrimento

C- Deus sabe tudo, pode tudo e está presente a tudo e em todos os lugares

D- Deus dá forças para o indivíduo enfrentar o sofrimento

E- Intensifica-se no percurso da doença a busca por espiritualidade

F- O otimismo, o bom humor e a alegria auxiliam o doente em seu dia-a-dia

G- A barganha é utilizada numa tentativa de controle sobre a situação

H- A busca da espiritualidade é um recurso de enfrentamento

Quarta etapa de análise de dados: Inserção das falas de referência nas unidades de significado levantadas

A- O sofrimento faz com que as pessoas busquem a Deus na tentativa de encontrar um significado para a dor

Ao longo do desenvolvimento de minhas atividades no Grupo de Apoio Esperança pude observar que as pessoas que vivenciam a doença oncológica frente à possibilidade do sofrimento físico ou psicológico elaboram profundos questionamentos existenciais, e pude observar a repetição do mesmo fenômeno no Grupo de Pesquisa.

Observou-se neste último Grupo questionamentos sobre o sentido de suas vidas e o motivo de seu sofrimento.

Como percebido na experiência do câncer do Grupo de Pesquisa, concluí que a pura e simples reflexão para a busca de significados, por si só, já é uma porção significativa e transformadora, uma vez que pode levar a alterações no modo de ser, pensar e agir desta mesma pessoa.

Evidências clínicas no próprio CEOC indicam que os pacientes espiritualizados apresentam menos estresse psicológico quando relatam encontrar apoio, conforto e suporte nos momentos de sofrimento.

A 1-Discursos sobre o significado do sofrimento

“Mas ele trouxe a palavra de Deus, a palavra Dele muito bem aceita. E ele me fez ver o outro lado da vida. Você tem que aceitar mais, ser mais paciente, ser humilde, ser... sempre acolher o outro, sempre atender o outro.” (E2)

“Em mim cresceu muito. Porque não, eu perguntava muito por que comigo? Por que aconteceu isso comigo? Mas só que hoje eu vejo que não é porquê. Aconteceu comigo, porque tem um propósito na minha vida. “Pra” eu melhorar em alguma coisa... porque eu melhorei, eu melhorei... Eu sempre fui muito paciente, mas eu... tenho de ser mais paciente... Tenho que acolher mais aquele que “ta” sem paciência de ficar ali. Aí, não... “vamo” parar, “vamo” sentar, “vamos” escutar... E... o que mudou muito na minha vida foi isso... é... muita fé. Eu tinha, mas “to” com mais. Porque não é o nosso tempo, é o tempo que Deus permite a cada um. Tudo não é por acaso! Eu vejo assim, não é por acaso. Vem... “pra” você se fortalecer e descobrir as coisas boas da vida... E que isso aqui tudo é uma passagem! As vezes tão exuberante, mas isso é só uma passagem.” (E2)

*“Mas eu já tenho menos medo da morte. **Eu hoje, eu sinto que fui privilegiada. De ser curada. Assim, também que eu fiquei aqui “pra” cumprir a missão, tanto com minha família, como aqueles que me procuram.** Que vêem em mim, uma missão de vida. Se Cl. passou, então vou passar também! Eu vou conseguir também! Então a base de tudo, acho que tudo foi Deus, que me deu muita força. E a família.” (E2)*

“Você parece que... a gente vem aqui, prega uma coisa ‘pra’ você, mas você dá outra ‘pra’ gente, que é uma resposta positiva daquilo. Você dá muita coisa.”

...Mas é aquela história, que a gente descobrir a coisa, o positivo do negativo, “né”?” (E5)

“Deus me quis assim. Se Ele me curou mais uma vez é porque Ele ‘tá’ aí me dando essa chance e Ele ainda tem muitos propósitos na minha vida.” (E7)

*“Se a gente não tem Deus, a gente não é nada! Eu sempre coloco isso na minha mente. **Eu sem Deus, eu não sou nada, na minha vida.**” (E7)*

<p>B- As pessoas se voltam para Deus a fim de encontrar sustentação para o sofrimento</p>
--

Baseada nas observações feitas no Grupo de Pesquisa, concluí que essa amostragem tende a manter a coesão e a integridade do *self*, assim como a regular auto-estima a sentirem-se cheios de vida, energia e entusiasmo. Todos estes processos ocorrem para que se empenhem em suas atividades e, em última instância, que venham a ser reconhecidas e para isso necessitam de sustentação.

Precisam de alguém que os fortaleça em seus propósitos.

Assim, a crença em um Deus vem ao encontro ajudando aqueles que também precisam de suporte psicológico em seus processos.

Observa-se também, neste grupo, que perguntas como: “Quem somos nós?” “Somos filhos de Deus?” “Para que existimos?” “Por que estamos doentes?” e outras indagações começam a passar pela mente do sujeito adoecido e, de acordo com suas convicções, vão permitindo situá-las nos diferentes momentos de seu quadro clínico.

Especificamente no caso das participantes deste Grupo de Pesquisa, Deus é esse Alguém a quem recorrem e que responde às suas indagações e as sustenta neste momento de suas vidas.

B 1- Discursos sobre a sustentação divina e entrega

*“Deus, Deus, Deus. **Deus me sustentou desde o primeiro momento**, desde o bloco cirúrgico, que ali eu vi a obra de Deus feita dentro do bloco... é... uma transformação muito... muito bonita e muito difícil de descrever... e... muito emocionante, né?” (E1)*

*“E eu passei a conversar com os meus filhos, já comecei a preparar eles. Porque eu sabia que isso ia acontecer, mas **eu entreguei nas mãos do Senhor e deixei que Ele fizesse a vontade Dele e não a minha, mas a Dele**. E “seja qual fosse” a vontade Dele eu... eu queria que Ele me preparasse. E Ele me preparou naquele hora, porque eu não lembrei de nenhuma dor. Apesar de todo o meu sofrimento, eu entrei forte, eu entrei segura no bloco.”(E1)*

*“É um tumor! Pronto!” Então, ali eu “me segurei” naquilo que ela disse, é um tumor e agora **é com Deus, não é mais comigo...** e com os homens que estão aqui do meu lado.” (E1)*

“Minha filha, se “agarre” com Deus, com fé, que você ai alcançar a vitória. Porque eu não alcancei, to passando por ela, igual a você.”(E1)

“Eu vejo isso como a mão de Deus na minha vida. Porque eu passei um ano “criando essa cobra”. Ela podia ter ido “pra” onde ela quisesse. Não é? E a gente sabe que Deus toma conta, mesmo.” (E3)

“Doutor, primeiramente Jesus, segundo o senhor. ‘tô’ nas mãos do senhor e de Deus.” (E4)

“E “tô” feliz. “Todo canto” que chego, graças a Deus, com o apoio da minha família, **que primeiramente Deus, segundo minha família e terceiro aqui, doutora.” (E4)**

“E se eu não tivesse muita fé em Deus, e não tivesse “que tá” aqui. Eu tinha pego uma depressão muito grande.” (E4)

“- Porque Papai do Céu não vai deixar.

Ele riu outra vez e disse: - Mas é preciso.

- É. Se for preciso, claro que eu vou fazer, ‘né’? ‘Tô’ na mão de Deus e não abro mão disso.” (E6)

“Eu acredito que não, não é? **Porque eu me coloquei na mão Dele, nos braços Dele. Me joguei nos braços Dele. É... se for da Tua vontade, sim! Me cura.” (E6)**

“...Em momento nenhum eu me desesperei. “Num” “tô” dizendo isso “pra” ser bonitinha “pra” ninguém não! Em momento nenhum

eu me desesperei! ...”Tô” na mão de Deus.” (E6)

“Eu “tava” segura. Na mão de Deus!” (E6)

*“- Por enquanto **eu estou na mão de Deus**. Quando Ele permitir eu vou ‘pra’ mão dos homens.” (E6)*

*“Aí, eu, eu... tinha essa confiança total em Deus. E sabia que se tivesse chegado meu momento, **eu estava na mão Dele, “pra” ser feita a vontade Dele e não a minha!** E todos os dias eu dizia:*

“- Senhor, seja feita a Tua vontade e não a minha.”(E6)

“..., e sempre a mão de Deus no meu caminho, na minha vida, “Tô” na mão de Deus. O que Deus me indicar eu vou fazer.” (E6)

“...em momento nenhum eu me desesperei. “Num” “tô” dizendo isso “pra” ser bonitinha “pra” ninguém não! Em momento nenhum eu me desesperei!” (E6)

“Eu acho que sem Deus na minha vida, eu acho que eu não venceria. E assim, a família é muito importante, a família é sempre o suporte “pra” gente andar. É muito importante. Tem momentos que a gente se sente muito só, mas que a gente tem “que colocar que” Deus é a “pessoa” mais importante na gente. Eu acho.” (E6)

*“Agora não! Agora eu estou mais engajada. E sempre freqüentava a igreja, só que agora eu sei mesmo que é isto que Deus sempre trabalha “pra” gente. **Que a gente tem que ter, é... a certeza que... do amor que Ele tem por nós.** Se a gente não tiver aquela certeza, eu acho que a gente não vence nenhuma dificuldade, principalmente a dificuldade da doença.” (E7)*

C- Deus tudo sabe, tudo pode e está presente a tudo em todos os lugares

O conceito que, normalmente, segundo o senso comum, as pessoas possuem sobre Deus gira em torno da ideia de perfeição pela qual Ele, de maneira singular, conhece a Si mesmo e a todas as coisas existentes e possíveis.

Segundo a Bíblia Sagrada, o conhecimento de Deus não se processa e nem é adquirido gradualmente como o nosso. Deus sabe tudo desde o princípio dos tempos, Deus pode tudo e Deus está presente a tudo em todos os lugares. Foi esta a percepção que se observou nas entrevistas analisadas. Observou-se que as participantes, ao se reportarem a Deus, parecem estar imbuídas de seus atributos segundo os conceitos abaixo:

C1- A onisciência de Deus

Ainda conforme os ensinamentos bíblicos, Deus conhece todo o universo criado, tanto a matéria quanto o espírito. Deus conhece o mundo em toda sua vastidão, complexidade, a minúcia de suas partes. Em relação ao homem, conhece todas as sutilezas de seu pensamento e sua volição.

Conhece tanto o possível como o real, como se lê na Bíblia Sagrada, Isaías 48.18; *“o futuro como o presente está na sua presença”*.

As passagens bíblicas que ensinam sobre a onisciência de Deus são, segundo a Bíblia Sagrada (1990): Salmos 139.1 ao 6, (p.822), salmos 147.5 (p.830) e 1º João 3.20 (1581, 1582).

Discursos sobre a onisciência de Deus

*“Deus, **foi tudo coisa de Deus, eu tenho certeza absoluta. Eu não desci para o Recife, porque, se eu descesse, eu não voltaria. Então, foi tudo feito o plano de Deus.” (E1)***

“Minha filha, se transforme com essa... essa fé que você falando,

*mas que vem de lá de dentro. Do seu Eu, lá do fundo mesmo!”
Porque Deus quer da gente é o quê? É o coração da gente, é a...
“sei lá”! Deus conversa com a gente do jeito que eu “to”
conversando com vocês. **Deus escuta a gente dessa maneira.”**
(E1)*

*“Eu aprendi assim! Que um pastor chegou “pra” mim e disse: “-
Olhe converse” Que eu disse: “- Pastor, eu não sei orar! Eu não
sei, eu não tenho “vocabulários bonito”. Eu não tenho “palavras
bonita”.” Ele disse: “- **Mas “pra” Deus não precisa “palavras
bonita”.** Você não “ta” conversando comigo? Então, sabe! “Pra”
Deus, converse com Deus do jeito que você conversa comigo”.
**Então aí eu “comecei ver” que tudo o que eu busco em Deus,
Ele me dá a resposta!”** (E1)*

***“Deus é quem sabe, F!. Se Deus me curou, Ele me curou para
sempre, ‘que’ ele não cura por pedaço, Ele cura por completo.”**
(E4)*

C2- A onipotência de Deus

A onipotência de Deus é aquela perfeição divina pela qual Deus pode, por meio de sua vontade, realizar tudo quanto Ele deseja. (Salmo 115.3 - p.798).

Conforme conceitos bíblicos, Deus não usa de todo seu poder, ele poderia fazer mais, se quisesse, porém Ele respeita o processo evolutivo de sua própria criação, principalmente pelo fato de tê-la criado com livre-arbítrio.

Discursos sobre a onipotência de Deus

***“E é Deus mesmo. Deus “ta” acima de todas as coisas.”** (E1)*

“Então, por isso, a minha fé no meu Deus me diz que O Senhor... tem um dedo de Deus nisso.”(E3)

“Porque, qualquer um pode ser religioso, qualquer um! Você pode escolher qualquer religião. Mas Deus é mais! É superior a tudo isso. Então, no espiritual, realmente, é que se... se tem um encontro. E que a pessoa pode... é... provar, né? Do amor de Deus.” (E3)

“Primeiramente, né? A força que eu recebo de Deus, né? Em Deus, né? Que pode todas as coisas, né? E depois minha família. Sabe, minha família foi a base de tudo!” (E3)

“Não meu fim, assim... Eu digo assim... Se for a minha história! Se a minha história foi essa, permitida por Deus, “num” é? Porque tudo esta permitido, “tá” embaixo do controle do Senhor. Então que o Senhor me dê força, né? “Pra” poder eu enfrentar isso. Agora eu pergunto: “Eu quero?” (E4)

“Eu não vou esconder de ninguém, porque se eu escondo desse alguém, eu “tô” enganando à Deus. Eu não quero enganar à Deus. Se Deus me curou, porque vou enganar “pra” Ele, “né?” (E4)

“E isso eu não tinha nem noção, nem perspectiva de quando eu iria. Mas como Deus é poderoso, eu acho que não foram dois meses.” (E6)

C3- A onipresença de Deus

Ainda respaldado nos seguimentos bíblicos, segundo o atributo divino da onipresença, Deus está presente não somente no âmago de cada homem como também na realidade.

A crença de que Deus está presente em todo lugar, significa que se pode orar a Ele e adorá-lo em qualquer lugar e nenhum lugar é melhor do que outro para fazê-lo (João, 4.20 - p.1358).

Pode-se ir a qualquer lugar, se ali precisar de ajuda divina, ali Ele estará, mesmo nos lugares mais difíceis (Isaías 43.2 – p.986), Deus está presente, bem próximo, ao lado do ser humano, e este Deus o vê e o conhece inteiramente (Hebreus 4.13 – p.1549).

Discursos sobre a onipresença de Deus

“E Deus “tá” ali presente na minha vida o tempo todo. Porque, senão, eu emborco! Final de semana quase que eu entro de novo.”
(E1)

“Mas eu tinha certeza que eu não ia me “estrebuchar” no chão. Tinha certeza. Acredito também muito em Deus, meus anjos da guarda, Nossa Senhora “tava” ali comigo e “tava” me segurando.” (E5)

“Eu senti aquela presença maior de Deus.” (E5)

<p><i>D- Deus dá forças para o indivíduo enfrentar o sofrimento</i></p>
--

Ao longo dessa pesquisa, verifica-se que o apoio religioso e/ou espiritual engloba a adesão a crenças e atos relacionados, quer seja a uma instituição religiosa organizada, como também à relação estabelecida entre os participantes e uma Força Superior ou o próprio Deus, conforme suas convicções. Para tanto, acreditar em algo superior não deixa de ser uma estratégia diante de uma situação de perda do controle. Esta estratégia se traduz na crença de que Deus poderá cessar todos os sofrimentos, impregnando-as com força para poder enfrentar as dificuldades.

Esta fé traz em seu bojo sentimentos de paz, parecendo diminuir a intensidade de

quaisquer outros sentimentos ou emoções negativas que este grupo tem em relação à sua doença.

Por outro lado, este mesmo enfrentamento possui outro aspecto no sentido de estas pessoas parecerem contornar, ou até mesmo livrar-se da situação, atribuindo a forças externas a resolução de seus problemas.

Nesta análise de conteúdo das entrevistas, no referido Grupo, evidenciou-se que o enfrentamento baseado em Deus fortalece os que sofrem. No entanto, sem um aprofundamento sobre o que está por trás deste fenômeno, a real necessidade de força para enfrentar dificuldades ou o subterfúgio para evitar o confronto com situações difíceis.

D1- Discursos sobre a força advinda de Deus

*“Oxe”, é só com essa? “Apois”, vou tomar até o final, sem reclamar! E Jesus me abençoou... “que” eu não reclamei, e **demonstrei ter mais força “pra” outros que estavam do meu lado.**” (E1)*

*“... Porque eu sempre tive medo da morte... Eu não vou dizer... não vou negar... é uma coisa que... era não, é! Que eu não vou dizer que a gente não tenha, né? Eu tenho muito medo da morte... Hoje eu tenho uma... segurança, que Deus pode vir me buscar agora... Eu, eu... tô mais segura do que antes. Mas eu não vou dizer que ainda eu não tenho medo. Eu tenho! Lá no fundo a gente tem! Como é que a doença. Meu Deus, será que é agora? É... ficando meio... inseguro, mas... eu acho que eu “arrumei”... **com todo esse sofrimento, eu “arrumei” mais força, “pra” isso.** Só não “arrumei” força “pra” os meus problemas... E aí, quando vem... ele quer me botar “pra” baixo. A depressão quer voltar denovo... aí... a coisa é feia. Aí eu tenho que brigar e lutar.” (E1)*

“... Em todo corpo de Deus, e ele me segurou. Me deu muita força.” (E2)

*“Primeiramente, né? **A força que eu recebo de Deus, né? Em Deus, né? Que pode todas as coisas, né? E depois minha família. Sabe, minha família foi a base de tudo!**” (E3)*

*“..Levando sempre na brincadeira, eu acho que isso é um espiritual. **Deus dá uma força diferente “pra” cada um da gente,** e a gente sabe lidar com cada problema de uma forma diferente.” (E5)*

*“É, sentia que as pessoas que tinham mais um pouquinho de Deus. **Tinham mais força, assim, e até ajudavam a gente a segurar, vamos dizer, ficar de pé.**” (E5)*

*“..., **Creio eu nessa força maior que é Deus, que é nossa Mãe, nós católicos cremos.**” (E6)*

*“Agradeço todos os dias a Deus por estar aqui contando que a minha vida é muito preciosa, **que Deus me ama demais e que eu devo muito à Maria, minha mãe santíssima, que sempre me dá forças** e que ela, que sempre “ta” na frente das minhas dificuldades.” (E7)*

E- Intensifica-se a busca por espiritualidade no percurso da doença

Como observado em clínica, tanto na rotina hospitalar quanto na ambulatorial, podem ser observadas diferentes formas de o indivíduo reagir à enfermidade. Concordando com os teóricos supra-citados no capítulo 2 que tratam do enfrentamento, esta pesquisa mostra que, para preservar o ego de situações que ameacem a integridade, os participantes podem recorrer a variados mecanismos. Nesta busca, eles também podem encontrar recursos positivos de enfrentamento reorganizando-se frente à doença e aos episódios específicos do processo de tratamento. Além das características pessoais

desses integrantes, que muitas vezes podem determinar processos de resiliência frente à doença, também se mostram importantes a intensificação de algumas estratégias utilizadas para facilitar o desencadeamento de tais processos.

E1- Discurso sobre a intensificação da espiritualidade no percurso da doença

“Porque... as coisas de Deus... Ele mexe muito com a gente e...é como se houvesse uma transformação a partir daquela hora. Foi assim que eu me senti e me sinto até hoje.” (E1)

“Iniciou antes. Mas ele amadureceu e cresceu, com fé, antes de eu sair de casa, que eu conversei com Deus, eu fui “pra” o meu quarto, fiquei diante de um espelho e fiz de conta que o espelho fosse Deus, e eu conversei com Ele ali, e me entreguei totalmente, ali, naquela hora, nas mãos Dele. E fui consciente que não... eu, no meu ponto de vista, não voltaria.” (E1)

“Então, uma pergunta que eu fiz a Deus, e Deus me deu resposta em seguida... É muito bonito quando você recebe a resposta de Deus, é bonito demais! (E1)

<p>F- O otimismo, o bom humor e a alegria auxiliam o doente em seu dia-a-dia</p>

Embora algumas participantes tenham mostrado sinais de depressão, outras enfatizaram o otimismo, o bom humor e a alegria em seus discursos.

Pode-se pensar que tais atitudes se refiram a uma tentativa de adaptação a uma situação sobre a qual não têm controle. Neste sentido, funcionariam, mais ou menos, como um recurso de resgate do bem-estar, não apenas físico como também do

psicológico. Por outro lado, atitudes de otimismo, bom humor e alegria podem aliviar a tensão psicológica provocada pela dor e pelo sofrimento.

Astedt-Kurki e Isola (2001), segundo Araújo (2006), em seus estudos apontam que o bom humor e o riso são entendidos como a capacidade do indivíduo de ver o lado divertido e engraçado das situações.

Neste particular, em função das pausas e risadas que foram observadas ao longo do encontro, pode-se inferir certo amadurecimento do grupo em relação às primeiras reações frente ao recebimento do diagnóstico.

As mesmas autoras entendem que a risada possa produzir efeitos benéficos no organismo do indivíduo, tanto fisiológicos quanto emocionais. O relaxamento produzido pela risada pode levar à diminuição da pressão arterial, da frequência cardíaca e da tensão muscular.

Apontam ainda que a risada pode aliviar a ansiedade, a tensão e a insegurança, além de se transformar em estratégia de enfrentamento.

No que se refere a este aspecto, observou-se no presente Grupo de Pesquisa que as participantes valorizam o otimismo, o bom humor e a alegria. Tais expressões não deixam de ser uma manifestação de esperança em relação a uma melhora de seu quadro clínico, o que se pode denotar em algumas de suas falas:

F1- Discursos sobre otimismo, bom humor e alegria

*“Deus, Deus, Deus. Deus me sustentou desde o primeiro momento, desde o bloco cirúrgico, que ali eu vi a obra de Deus feita dentro do bloco... é... uma transformação muito... muito bonita e muito difícil de descrever... e... muito emocionante, né? Porque... as coisas de Deus... Ele mexe muito com a gente e...**é como se houvesse uma transformação a partir daquela hora. Foi assim que eu me senti e me sinto até hoje.**” (E1)*

“Mas eu fui consciente. Disse ao médico... que fizesse o que fosse preciso. Eu precisava viver.” (E2)

“Todo dia eu faço um exercício, assim, mental “pra” me preparar “pra” morte. Entendeu? Eu quero viver! Eu quero viver!” (E3)

“Mas eu tinha certeza que eu não ia me “estribuchar” no chão. Tinha certeza. Acredito também muito em Deus, meus anjos da guarda, Nossa Senhora “tava” ali comigo e “tava” me segurando.” (E5)

“Quando a gente é espiritualizada, a gente passa isso, transmite isso aí, sem querer até. Até mesmo pelo jeito de olhar, do jeito de sorrir, do jeito de falar e do jeito que as coisas vêm “pra” gente. A gente não se sente tão agredido, quanto poderia ser.” (E5)

“Levando sempre na brincadeira, eu acho que isso é um espiritual. Deus dá uma força diferente “pra” cada um da gente, e a gente sabe lidar com cada problema de uma forma diferente.” (E5)

“Você parece que... a gente vem aqui, prega uma coisa ‘pra’ você, mas você dá outra ‘pra’ gente, que é uma resposta positiva daquilo. Você dá muita coisa.” (E5)

“...Mas é aquela história, que a gente descobrir a coisa, o positivo do negativo, “né”?” (E5)

“Eu completei dezesseis anos.” Não é? **Aí eu nunca falo quando eu tive. Que já passou. Eu nunca penso, nunca deixei de sair, de ir “pra” festa, de ir “pra” nada, mesmo carequinha, boto o lenço. Na época que foi minha primeira quimioterapia, minha irmã me deu uma peruca.” (E7)**

“Deus me quis assim. Se Ele me curou mais uma vez é porque Ele ‘tá’ aí me dando essa chance e Ele ainda tem muitos propósitos na minha vida.” (E7)

G- A barganha é utilizada numa tentativa de controle sobre a situação

De acordo com os estudos de Araújo (2006), Anjos e Zago (2006) têm a percepção de que as pessoas que vivenciam a situação de uma doença grave utilizam-se sua fé, quer seja sob o aspecto de uma religião formal quer seja como expressões de sua espiritualidade, como base de superação de dificuldades. A observação de algumas destas pessoas dá a entender que passam a fazer um discurso de uma pessoa melhor, mais forte, que prega a solidariedade, com participação ativa em determinado grupo social.

A maioria dos participantes (05), do presente Grupo de Pesquisa, declara pertencer à religião católica. Duas participantes declaram pertencer à religião evangélica. Por isso, seus discursos revelaram certa elevação moral e o teor de seu relacionamento com Deus.

Porém, ao mesmo tempo em que denotam fé, amparo e confiança por um Ser Supremo, também imprimem a seus discursos certa conotação de troca, a qual Kubler-Ross, (1998) denomina “*barganha*”.

Ainda em consonância com as ideias de Kubler-Ross (1998), em um contexto hospitalar, existem várias demandas, algumas das quais podem ser observadas em outros contextos, como é o caso do presente Grupo de Pesquisa.

Embasado na autora supra-citada, estar diante do quadro de uma patologia severa é uma realidade que muitos dos que são acometidos por estas doenças precisam digerir internamente e assimilar. Conseqüentemente, este processo requer muita compreensão e paciência por parte das pessoas e profissionais que acompanham o doente.

Elizabeth Kubler-Ross (1998) elenca cinco estágios pelos quais os pacientes em estado terminal podem ou não passar: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Observou-se que alguns participantes deste Grupo de Pesquisa transitam por este estágio, numa tentativa, talvez, de manter certo controle sobre a situação de acordo com as falas que seguem abaixo:

G1- Discursos sobre barganha

“Oxe”, é só com essa? “Apois”, vou tomar até o final, sem reclamar! E Jesus me abençoou... “que” eu não reclamei, e demonstrei ter mais força “pra” outros que estavam do meu lado” (E1)

“Mas eu fui consciente. Disse ao médico... que fizesse o que fosse preciso. Eu precisava viver....eu pedi muito à Deus que me tirasse. Porque eu precisava lutar.”(E2)

“Eu tinha muita missão aqui... “pra” cumprir ainda” (E2)

“Então, eu creio que... eu fiquei aqui... é... que Deus viu que eu tinha a missão de que? Da família e de ajudar sempre quem me procura. Porque depois desse meu problema, muita gente me procura!” (E2)

“Não meu fim, assim... Eu digo assim... Se for a minha história! Se a minha história foi essa, permitida por Deus, “num” é? Porque tudo esta permitido, “tá” embaixo do controle do Senhor. Então que o Senhor me dê força, né? “Pra” poder eu enfrentar isso. Agora eu pergunto: “Eu quero?” (E3)

“... E Deus faz a gente fazer essa coisa, “pra” justamente passar isso “pras” pessoas. Eu me acho instrumento dessa obra.” (E5)

H- A busca de espiritualidade é um recurso de enfrentamento

Conforme os discursos das componentes desta pesquisa, evidenciou-se que vivenciar o processo de ser portador de uma neoplasia maligna é sempre uma experiência impactante, por mais suporte que estes tenham, quer seja sob o ponto de vista cultural, social, familiar e ainda outros.

A forma como o indivíduo encontra para manejar a nova situação muitas vezes é um reflexo de suas vivências, seu grau de maturidade, seus valores culturais e espirituais (Araújo, 2006).

O processo de análise de dados da presente pesquisa revelou a ênfase dada à espiritualidade como fonte de apoio no percurso da doença.

Observou-se que, para este grupo, a espiritualidade é um aspecto muito importante, dadas as inúmeras falas que se reportam a esta dimensão da vida do ser humano. É possível que esta busca tenha relação com a aceitação e enfrentamento de um caminho, que em alguns casos pode se transformar em doloroso.

Independente da crença religiosa professada pelas participantes, pode-se inferir que um bom relacionamento com Deus ou um poder superior auxilia o doente a enfrentar todas as implicações associadas ao momento clínico de sua patologia.

Nas falas descritas abaixo, os participantes entrevistados denotam que sua espiritualidade lhes permitiu aceitar a doença e suas condições de tratamento.

H1- Discurso sobre a espiritualidade como enfrentamento

“...Eu resolvi pensar em Deus e seguir o caminho de Deus. Achei que “ali” seria o mais fácil “pra” mim. Então “comecei conversar” com Deus... e pedi “pra” que Ele tomasse a frente, me desse respostas, desse respostas “pra” os médicos “que eu fosse pra ele”...(E1)

“Mas, como lidar com tudo isso? Eu acho que aí é o grande diferencial. Quando a pessoa tem uma... um direcionamento,

uma vivência mais forte com o lado espiritual. Isso me deixou de... deixou de... eu sofrer, por conta disso? De maneira nenhuma. Mas é na forma com que eu enfrento, e com o que eu me fortaleço, né? De certa forma, assim, me traz mais fortaleza do que uma pessoa que não tem conhecimento. Que não se “agarra” em nada, né? Que é solta no mundo. Eu vejo dessa forma.”(E3)

“Agora não! Agora eu estou mais engajada. E sempre freqüentava a igreja, só que agora eu sei mesmo que é isto que **Deus sempre trabalha “pra” gente. Que a gente tem que ter, é... a certeza que... do amor que Ele tem por nós. Se a gente não tiver aquela certeza, eu acho que a gente não vence nenhuma dificuldade, principalmente a dificuldade da doença”.** (E7)

“... Eu não sei nem dizer, eu acho que é uma força que tem dentro de mim, que me faz caminhar “pra” frente. Não ver as coisas que eu já passei. É isso. Eu acho.” (E7)

Mediante o levantamento destas oito unidades de significado, tentou-se capturar como mulheres, cujas características encontram-se descritas no quadro 12, pensam e agem, frente ao diagnóstico de câncer de mama e/ou cólon. Algumas destas formas de pensar e agir permitem que se faça um breve relatório sobre aspectos observados.

A análise do significado das entrevistas do Grupo de Pesquisa, composto por mulheres portadoras de câncer de mama e cólon, evidenciou grande ênfase pela dimensão humana da espiritualidade.

A espiritualidade revelou ser importante subsídio para o enfrentamento da doença, à medida que lhe imprimiu significado e proporcionou aceitação da dor e do sofrimento vivenciados.

A espiritualidade também mostrou exercer papel de destaque no processo do tratamento da doença, entendido aqui como o estar sob a tutela de um Deus, que fornece sustento para as aflições do paciente no decorrer de sua enfermidade.

Observou-se também, mediante os depoimentos, a intensificação da busca pelo conforto espiritual ao longo do tratamento. Este fato denota o papel da espiritualidade não somente associado à necessidade de sustentação psicológica na fase do tratamento quanto à própria aceitação do diagnóstico.

O sofrimento psicológico igualmente se destacou na fala das entrevistadas, algumas apresentavam sinais clínicos de depressão, porém referiam-se à dimensão da espiritualidade, acreditando na possibilidade de lenitivo para suas dores.

Pode-se observar também que, frente à melhora de seu quadro clínico, as participantes demonstraram possuir a noção de que “a vida continua” e que o mundo e a vida não param sequer diante de sérias enfermidades. Advém desse pensamento, a necessidade de evitarem o abatimento.

Ficou nítida a esperança em seus discursos diante das aludidas atitudes de bom humor, otimismo e alegria, principalmente em função das risadas que ocorreram ao longo do encontro.

Outro aspecto relevante foi o resgate da auto-estima, ao manifestarem o desejo de não serem tratadas como pessoas estigmatizadas e o desejo de continuarem a levar a vida normalmente.

Ao finalizar, pode-se concluir que a espiritualidade se constituiu em uma forte aliada das mulheres do Grupo de Pesquisa acometidas pelo câncer, e que esta pesquisa, modestamente, pode contribuir para a compreensão do fator que prioritariamente mobiliza estas pacientes para o enfrentamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais

Os resultados e conclusões do presente estudo evidenciaram a importância da dimensão espiritual na vida de portadores de câncer.

Este fato nos leva a pensar que discutir a vida em todas as dimensões que ela comporta é muito difícil. O conhecimento do homem moderno ainda é insuficiente para orientá-lo se o adequado é analisar a vida por meio da racionalidade das ciências ou sob uma visão não materialista.

É possível que o melhor seja analisá-la sob ambos os pontos de vista.

Ao longo da história, estas duas linhas de pensamento seguiram paralelas, em alguns momentos, bem próximas, e em outros bem distantes.

Hoje, apesar dos avanços tecnológicos, ainda há questões inexplicáveis pela razão. Com isso, cria-se o cenário propício para questionamentos que fogem à racionalidade das ciências. A cada dia que passa, observa-se um maior número de pesquisas sobre o que transcende o material, abrindo espaço para que se revejam atitudes e posturas.

Sendo notório o incremento de pesquisas sobre o aspecto da transcendência, somos obrigados a nos perguntar: até que ponto ciência e espiritualidade são antagônicas, se chegam mesmo a ser antagônicas? Ou será que são complementares?

O progresso da ciência tem apresentado a todos nós um mundo novo, onde se evidencia que o homem e, especialmente, a natureza têm seus limites. Se ambos têm suas limitações e estão expostos aos mesmos riscos, em contrapartida, ao mesmo tempo, estão protegidos pelos achados que tanto podem beneficiar o próprio homem quanto o ambiente em que ele vive.

Sob o ponto de vista da saúde mental, apesar de a ciência registrar conquistas essenciais para a humanidade e hoje traçar perspectivas de cura para algumas das doenças consideradas graves, por outro lado, também envidando esforços com o mesmo objetivo, surgem pesquisadores que valorizam outro aspecto. Este aspecto não é outro senão a própria transcendência, assim redirecionam o olhar para o que, até recentemente, acreditava-se fora dos limites da ciência: a espiritualidade e sua ação na saúde do homem.

Nesta primeira década do século XXI, só tem crescido o número de estudos sobre o tema, o que mostra que a ciência começa a abrir a possibilidade de enxergar o homem também com necessidades e vivências espirituais.

Se hoje já se considera a dimensão espiritual do homem nos tratamentos de saúde, uma pergunta insiste em ser respondida: até que ponto é possível conciliar estas duas vertentes aparentemente tão díspares?

Modestos estudos como o presente apontam que a espiritualidade pode auxiliar no enfrentamento da doença severa, mesmo que em remissão, e todas as suas implicações como dores e expectativas quanto à eficácia do tratamento.

A observação que se faz é que não bastam remédios. É preciso que o paciente se apegue a algo que lhe traga esperança, tranqüilidade, conforto espiritual. Neste sentido é mais difícil tratar de alguém que descreia de tudo.

O que não se pode permitir é o fanatismo, permitir que as pessoas abdicuem do tratamento médico acreditando na idéia de que Deus poderá curar sozinho.

Existe uma associação entre espiritualidade e saúde que provavelmente é válida, porém é preciso respeitar o espaço de cada uma.

As observações que se fazem sobre a saúde de indivíduos com qualquer patologia pode ser determinada pela interação de fatores físicos, mentais, sociais e espirituais. Os profissionais da saúde já contam com algumas indicações científicas sobre o benefício da exploração da espiritualidade na programação terapêutica.

Nesta pesquisa, observou-se que todas as mulheres buscaram na espiritualidade um novo sentido de vida, o que nos induz a pensar na possibilidade de reprodução do mesmo fenômeno em outros contextos de terapia.

Ao se saber que os diagnosticados de câncer vivem uma experiência difícil, pode-se também acreditar que esta experiência possa ser amenizada por meio do reconhecimento de um ser superior, por este motivo estudos referentes à dimensão espiritual só podem ser benéficos.

Diante do que foi exposto, torna-se relevante que os profissionais de saúde reavaliem a questão da espiritualidade, fiquem mais próximos a seus pacientes e tenham em mente o benefício do tratamento realizado de forma integral, que abrange não somente o corpo, mas também a mente e o espírito.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

Referências Bibliográficas

ABREU, K. L. de; STOLL, I; RAMOS, L. S. et al. **Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia.** *Psicol. cienc. prof.*, jun. 2002, vol.22, no.2, p.22-29. ISSN 1414-9893.

ANGERAMI, W.A. (org) **Psicologia e Religião.** São Paulo: Cengage Learning, 2008, p.32.

AQUINO, V. B e ZAGO, M. M. F. **O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação.** *Rev. Latino-am. Enfermagem* v 15 n.1 Ribeirão Preto jan/fev 2007, p.42-47.

AMATUZZI, M.M. **Experiência Religiosa, Psicoterapia e Orientação Espiritual** cap 2. In BRUSCAGIN, C. et al. **Religiosidade e Psicoterapia.** São Paulo: Roca, 2008, p.9-17.

ARAÚJO, M.M.T. de **Quando “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento”: necessidades de pacientes sob cuidados paliativos.** 2006. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: referências – elaboração.** Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 10520: citações em documentos.** Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724: trabalhos acadêmicos – apresentação.** Rio de Janeiro, 2002. Emenda 1/12/2005

_____. **NBR 6027: sumário-apresentação.** Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6024: numeração progressiva das seções de um documento escrito.** Rio de Janeiro, 2003.

BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: Sociedade Bíblica Católica Internacional e Paulus. 1990. 1631 p.

BRUSCAGIN, C; SAVIO, A. **A religiosidade na prática clínica: construindo diálogos com o cliente religioso**. cap.3. In BRUSCAGIN et.al. **Religiosidade e Psicoterapia**. São Paulo: Roca, 2008, p.20-36.

BUZO, R.M.G. **Espiritualidade e qualidade de vida em pacientes cardiopatas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), 2003. 118f - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2003.

CARVALHO, M. M. M. J. de (Coord.) **Introdução à Psiconcologia** – Editora Psy II, 1994, 285 p.

CONDE, D. M; et al. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(3): 195-204.

COHEN, F; LAZARUS, R.S. **Coping with the stresses of illness**. IN: STONE, G.C; COHEN, F & ADLER, N.E. (Eds) **Health Psychology: a handbook**. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

ELIAS. A.C.A, - **Programa de Treinamento sobre a Intervenção Terapêutica Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade(RIME) na re-significação da Dor simbólica da Morte de Pacientes Terminais**. 2005. (Tese de Doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas- SP, 2005.

FARIA, J. B. de; SEIDL, E.M.F. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18 (3), pp. 381-389.

FERNANDES, M.V. **O sistema de crenças e as habilidades de enfrentamento da doença pelo paciente oncológico: uma proposta de abordagem pela hipnoterapia Ericksoniana**. 1999 2v. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Nova Fronteira, 1995, p.279 e 344.

FOLKMAN, S; LAZARUS, R. **An Analysis of coping in a middle aged community sample**. Journal of Health and Social Behavior - nº 21, 1980, p.219-239.

_____, et al. **Appraisal, coping, health status and psychological symptoms.** Journal of Personality and Social Psychology - nº 50, 1986, p.571-579.

FONSECA, J. P. da; FONSECA, M. I. **O Luto Antecipatório – cap III.** In. **Estudos Avançados sobre o Luto** - Maria Helena Pereira Franco (Org). Campinas:Livro Pleno, 2002, p. 69-94.

FRANCO, M. H. P. (Org). **Estudos Avançados sobre o Luto.** Campinas:Livro Pleno, 2002, 172 p.

GIMENES, M. G. G. **A mulher e o Câncer.** Campinas:Editorial Psy,1997, 325 p.

GOMES, D.M. **Religiosidade e Espiritualidade: em busca de um sentido** cap.10. In BRUSCAGIN, C. et. al. **Religiosidade e Psicoterapia.** São Paulo: Roca, 2008, p.125-139

HOBFOLL,S.E. **Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress.** . Plenum Series in Social/Clinical Psychology. New York: Springer, 2004, 316 p.

KELEMAN, S. (1995) **Corporificando a experiência: construindo uma vida pessoal.** Trad. Regina Favre e Rogerio Sawaya. São Paulo:Summus, 1995, 102 p.

KIMBLE, M. A. **Pastoral Care.** In: Kimble, M; et al. Aging spirituality and religion: a handbook. Minneápolis:Fortress Press. 1995, p.141-147.

KOENIG, H.G.; LARSON, D. B. **Use of Hospital Services, Religious Attendance, and Religious Affiliation.** Southern Medical Journal. , 1998, 91 (10): p. 925-932.

KUBLER-ROSS, E. **On death and dying.** Nova Iorque: Macmillan.1969.

_____. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1998, 269 p.

KVALE, S. **InterViews: An Introduction to qualitative research Interviewing.** Thousand Oaks;Sage Publications, 1996, p.80-192.

LAZARUS, R.S. **Psychological stress and the coping process**. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1966

_____; e cols.. **Psychological stress and adaptation: some unresolved issues**. In H.Selye (ed.) *Selye's guide to stress research*, 1980, pp. 90-117. Nova Iorque: Van Nostrand

LAZARUS, A.A; **The practice of multimodal therapy**. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1981

_____; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. Nova Iorque:Springer Publishing Co, 1984.

LAZARUS, R. S. **Estrés y procesos cognitivos**. Barcelona:Martinez Roca, 1986.

_____. **From Psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks**. *Annual Review of Psychology*. 44, 1993. p.1-21.

MARIN, J.R. **Psicologia social de la salud**. Madrid: Editorial Síntesis, 1995.

MARQUES, L. F. **Práticas alternativas em Psicoterapia num cenário de mudança de paradigma**. *Psico*, v.27, n. 1, 1996. p.161-184.

PAIVA, G. L. **Aids, psicologia e religião; o estado da questão na literatura psicológica**. *Psicologia, Teoria e Prática* - nº 14, 1998, p.27-34.

_____; et al. **Processos psicológicos da conversão religiosa: imaginário e simbólico, categorização, prototypicalidade**. *Psicologia Clínica*(Rio de Janeiro), v.12, nº 2, 2000, p. 151-169.

_____. **Psicologia da Religião, psicologia da espiritualidade: oscilações conceituais de uma disciplina**. In: AMATUZZI, M.M. **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo: Paulus, 2005. Cap.2, p.15,31-48

PANZINI, R.G **Escala de Coping Religioso e Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia do desenvolvimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2004.

_____; BANDEIRA, D.R. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1, 2007; p.126-135,

PARGAMENT, K. I. **God help me: toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion**. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 1990, p.195-224.

PARGAMENT, K. I. **God help me: religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events**. *J. Sci Study Relig.* 1990, 18 (6): 504-513

_____; **The psychology of religion an coping: Theory, research, practice**. New York, The Guilford, 1997, p.32

_____; SMITH, B.W; KOENIG, H.G.;PEREZ, L. **Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors**. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 1998, 491-513

_____; KOENIG, H; PEREZ, L. **The many methods of religious coping: development and initial validation of RCOPE**. *Journal of Clinical Psychology*, 2000; 56 (4); p.519-543.

PERREZ, M; REICHERTS, M. **Stress, coping and health**. Seattle: Hogrefe, 1992

RABELLO, M.C.M. **Religião, ritual e cura**. In: Alves PC, Minayo MCS, organizadores. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 1998. p.47-56.

SCARPATO, A. T. **Estresse pós traumático: a situação emocional de pessoas vítimas de violência**. Artigo publicado na Revista Psicologia Brasil, São Paulo, número 6, 2004, p. 10-14.

SHONTZ, F. C. **The Psychological aspects of physical illness and disability**. Nova Iorque: Macmillan, 1975.

SIMONTON, O. C.; SIMONTON, S.M; CREIGHTON, J.L. **Com a Vida de Novo: Uma Abordagem de Auto-Ajuda para Pacientes com Câncer**. Tradução de Luíza de M. A. Costa. São Paulo: Summus Editorial, 1987, 238 p.

SILVA, R. R. P. **Grupo de Apoio a Família e Acompanhantes dos Pacientes em Quimioterapia**. Monografia (Especialização de Psico-oncologia pelo NEPPON - I Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psico-oncologia). São Paulo-SP, 2005.

SUNDÉN, H. **Psychology of Religion – na orientation**. F.S.S.C.R. Ténévos, v.6, 1970, p.142-149

TEIXEIRA, J.J.V. **O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais de saúde**. 2003. 204f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003

VASCONCELLOS, E.G. **Tópicos de Psiconeuroimunologia**. Ipê Editorial IPSPP. São Paulo, 1998.

INTERNET:

BERNIK, W. M. D. **Estresse: O Assassino Silencioso ...** Revista Mente e cérebro Número 3 - Setembro - Novembro, 1997.
Disponível em <<http://www.cerebromente.org.br/home-antiores.html-29k>>. Acesso em 12/11/08.

CARVALHO, M. M. **Workshop Programa Simonton original e revisitado: Ressignificando o viver**. Disponível em: <<http://boldrini.org.br/site/simonton.asp>> Acesso em 10/03/09.

MARQUES, L. F. **A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. jun. 2003, vol.23, no.2 [citado 21 Março 2009], p.56-65.
Disponível em
<http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000200009&lng=pt&nrm=iso>.

MICHAELIS – **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://www.michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues&plavras=holismo>>. Acesso em 13/03/2009

SIQUEIRA, M. M. M; PADOVAM, V. A. R. **Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho**. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 24, n. 2, June 2008 .
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mar. 2009.

ANEXOS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 164/2008

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco

Autor(a): Renata Rose Pacheco da Silva

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado *A religiosidade e espiritualidade como estratégia de enfrentamento do paciente oncológico no percurso da enfermidade*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer substanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 25/08/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 164/2008.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 25 de agosto de 2008.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Rua Ministro de Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001
 Tel.: (0xx11) 36708466 – Fax: (0xx11) 36708466 – e-mail: cometica@pucsp.br

ENTREVISTAS DO GRUPO DE PESQUISA**Legenda:****E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7 – Entrevistadas do grupo de pesquisa****P - Pesquisador**

E1 - 53 anos, há três anos atrás fui, é... operada de um tumor de sigmóide. É... quase viajei para o outro lado, mas Deus não permitiu que eu viajasse porquê "tô" aqui forte, passei pelo meu tratamento, fiz uma "químio" ... é... fiz seis aplicações de "químio"... Foi uma... prevenção. Meu cabelo não caiu. Minhas... é... "como é que se diz", contra-indicações "pra" depois não... muito poucas, assim, não tive nem um problema, a não ser um pouquinho de náuseas nos primeiros dias, quando "começava" as seções de vinte e um em vinte um dias, né? Correu tudo bem. Tentei fazer a alimentação como me pediram, quando tive acompanhamento... é... da... nutricionista. E... fiz tudo "direitinho", obedeci tudo direitinho. Graças a Deus "tô" aqui, "tô" bem. É... "tô" fazendo meus exames todo ano.

P - Faz quanto tempo que você teve essa doença?

E1 - Bom... eu, faz três anos, agora dia vinte e sete de novembro que eu fui operada, né? Que eu terminei foi... (confusão) abril, maio, foi em abril... do... ano... quer dizer, eu comecei em janeiro, terminei em abril (confusão) é de abril "pra cá" dois anos e mais alguns meses que eu estou livre, entendeu? "Voltou" alguns cistos nas mamas, tenho nas duas mamas, tenho vários cistos... é... e "tô" com um cisto no ovário. Foi descoberto, agora... três anos, "que", dois anos atrás, já, já tem. É, não são dois cistos que eu tenho, não é? Então agora, vindo "pra" doutora C., "pra" ela ver meus exames, ela não estava, quem me atendeu foi uma outra médica, doutora R. E ela me pediu mais dois exames, por segurança... que é o de CA da mama e... no ovário, "pra" gente "tá" mais seguro. "Pra" ver... se não é nada... e assim, "tô" procurando ver com os médicos, o que é melhor "pra" mim, porque, diante do exame, quando eu estava fazendo, eu já fiz uma pergunta "duma" colega minha, ela me aconselhou a tirar logo. Com a doutora, é... R., eu conversei, ela achou por bem, também que era melhor tirar. E... eu fui até a doutora C., que é a minha médica, mesmo... e se ela me aconselhar, eu vou mandar... vou tirar porque... melhor não... (não completa o pensamento)

P - Como tem sido para você esse percurso do tratamento?**E1** - Do tratamento, bem... eu gostei...**P** - Da doença em si, do diagnóstico até agora, como é que tem sido esse percurso? como é que você passou por essa situação? O que te sustentou?**E1** - Deus, Deus, Deus. Deus me sustentou desde o primeiro momento, desde o bloco cirúrgico, que

ali eu vi a obra de Deus feita dentro do bloco... é... uma transformação muito... muito bonita e muito difícil de descrever... e... muito emocionante, né? Porque... as coisas de Deus... ele mexe muito com a gente e...é como se houvesse uma transformação a partir daquela hora. Foi assim que eu me senti e me sinto até hoje. (emoção) E sempre que eu vou falar, sempre "me dá um"... falar daquele momento, dá uma emoção muito forte "na gente", porque mexe... é como se fosse... uma segurança... Eu pedia, antes de entrar no bloco, que Deus guiasse os profissionais que estavam ali, porque eu sabia que ia e não voltaria mais. Eu tinha essa certeza, eu "tinha" essas visões, em casa. É... um mês ou dois, antes eu "comecei ver" que... eu ia morrer. E eu não ia voltar, e eu sabia que eu não ia "romper ano" em casa, com meus filhos. E eu passei a conversar com os meus filhos, já comecei a preparar eles. Porque eu sabia que isso ia acontecer, mas eu entreguei nas mãos do Senhor e deixei que Ele fizesse a vontade Dele e não a minha, mas a Dele. E "seja qual fosse" a vontade Dele eu... eu queria que Ele me preparasse. E Ele me preparou naquele hora, porque eu não lembrei de nenhuma dor. Apesar de todo o meu sofrimento, eu entrei forte, eu entrei segura no bloco. Quando começaram minha cirurgia, ninguém sabia "o que era que" eu tinha... ninguém sabia "o que era que" eu tinha até aquele momento, ninguém descobria... Por meio de uma entrevista, feita antes da minha cirurgia... com... doutora E., ela fez uma entrevista comigo... e... depois ela levantou-se da cadeira bem rapidinho, quando eu comecei a esclarecer a ela "o que era que" eu falava, nos bons médicos que eu sempre procurei... e... ela deu um pulo e disse, eu disse:" -É um tumor! Pronto!" Então, ali eu "me segurei" naquilo que ela disse, é um tumor e agora é com Deus, não é mais comigo... e com os homens que estão aqui do meu lado.

P - Você já tinha tido esse encontro com Deus?**E1** - Antes de sair de casa, já, e...**P** - Tinha anterior, ou esse encontro...

E1 - Não... é, assim, eu... assim minha família é evangélica. Mas eu nunca me senti... a religião... Mas eu tinha aquele conhecimento, "por conta" dos meus pais falarem, "tudininho"... mas... eu sempre ficava de lado, não é? Mas quando... aconteceu esse meu problema... que eu ia "pra" um médico, ia "prum" canto, ia "pra" outro... e fazia exame, "num" descobria "o que era que eu tinha", então me veio uma preocupação... é... por que "que" ninguém descobre? Aí, veio também, "outros", outras idéias que vinham à cabeça "d'gente", que além de você pensar que você está com o câncer, você também se pergunta assim... : "Meu Deus, foi "coisa feita pra mim"? Porque vem tudo na sua cabeça, você não descobre o que tem. E o que foi? Va... Você passa a se perguntar, mas eu não deixei isso amadurecer perto de mim... porque minha criação não permite

essas coisas, “tá” entendendo? Minha família não aceita. Então... eu resolvi pensar em Deus e seguir o caminho de Deus. Achei que “ali” seria o mais fácil “pra” mim. Então “comecei conversar” com Deus... e pedi “pra” que Ele tomasse a frente, me desse respostas, desse respostas “pra” os médicos “que eu fosse pra ele”... e até o dia que eu me operei não veio nenhuma resposta, a não ser do bloco cirúrgico. Quando doutora E. falou que achava que era um tumor. Então, me operei achando de verdade que era um tumor, e foi um tumor. E ali eu não tive medo, ali eu vi... o ambiente, parece que se transformou e ficou leve, uma coisa leve. Na minha cabeça, parecia uma leveza total. Eu... relaxei, ouvi todo o processo da cirurgia, passei mal duas vezes, tive “dois”... duas paradas cardíacas, ouvi porque eu me sentia que eu ia... toda vez... assim... parece que ia e voltava... era uma coisa... era uma coisa especial, você não sabe a dimensão! Você não sabe, só sabe quem passou!

P - Esse encontro só foi no início? iniciou com a cirurgia...?

E1 - Iniciou antes. Mas ele amadureceu e cresceu, com fé, antes de eu sair de casa, que eu conversei com Deus, eu fui “pra” o meu quarto, fiquei diante de um espelho e fiz de conta que o espelho fosse Deus, e eu conversei com Ele ali, e me entreguei totalmente, ali, naquela hora, nas mãos Dele. E fui consciente que não... eu, no meu ponto de vista, não voltaria. E no ponto de vista do... da minha médica do posto de saúde, também eu não voltaria, “tá” entendendo? Ela não disse “pra” mim, mas eu e os meus familiares “sabiam”. É... quando cheguei na policlínica, “que” eu fui “pra” o Regional, “tavam” em greve, não me aceitaram, aí eu fui “pra” casa, passei mal, aí doutora A. entrou em contato com a policlínica do salgado e me colocou lá. Então, quando eu cheguei lá, os médicos se reuniram com a minha família, e... conversaram que... eu não tinha condições nem de chegar mais no Recife. E no Regional não queriam me aceitar... e não sabiam como fazer, né? Como agir. Eu sei que ai entraram, a minha família, os meus amigos, que são evangélicos, perto, próximo de mim, que ficaram sabendo... se reuniram “tudinho” lá na policlínica e entraram em oração. Eu também não estava sabendo, porque eu já “tava”, “como diz”, eu já estava inconsciente. A estadia da policlínica eu não sei contar. Eu não sei contar o que foi que aconteceu... os médicos que me examinaram... eu não sei contar nada. Só sei contar que houve um processo aí de uma troca, “num” sei como, parece que do Regional desceu um, que ia chegar lá e eu entrei no Regional. Então... tive uma sorte muito grande de encontrar uma equipe é... muito boa... que foi doutor B., doutora E. e doutor F.... eu queria dizer assim, olha, naquele dia o nome de doutor F., ele... não saiu... É... me deram a maior atenção, depois de operada, fiquei lá, “tava” numa época de... assim... não tinha

muito movimento. Eu tive uma atenção redobrada, é... toda hora chegava um médico doutor F., doutora E., sempre levavam um médico. Eu acho... hoje, eu acho que doutor C. foi lá me ver, porque eu não conhecia nenhum médico daqui do centro de oncologia, mas lá mesmo eu comecei um processo de um tratamento, que... é... antes que saísse a biópsia eu já... eu acho que eu já iniciei alguma coisa lá.

P - Essa sensação que você fala, de proteção, tudo é tão difícil, você conseguiu tanto apoio... você acha que isso...?

E1 - Deus, foi tudo coisa de Deus, eu tenho certeza absoluta. Eu não desci para o Recife, porque se eu descesse eu não voltaria. Então, foi tudo feito o plano de Deus. Eu cheguei no Regional, tinha um cirurgião lá e ele não me recebeu. Disse que eu poderia esperar e só o “acidentados” que “tavam” recebendo. Então, “tá” de greve “pra” avisar a vocês. No meio do caminho dentro do carro eu passei mal, me levaram direto “pra” um consultório particular, “pá” doutor C. e lá doutor C. disse que meu problema era cirúrgico e me passou uma medicação, a minha filha gastou uma “dinheirama”, voltou “pra” casa, e gastou uma “dinheirama” com a medicação e quando eu tomei o primeiro comprimido que ela me deu... não entrava, porque não entrava mais nada dentro, dentro de mim, nem água... só daqui “prá”... “pra” trás. Porque eu tava toda inchada, minha “inchação” “tava” passando já “pra” trás. Ela “tava” vindo aqui... entrando aqui por dentro da... dessa “partezinha” do seios, até onde tinha espaço ela tava... se espalhando, eu não... me deitava... eu não ficava em pé, eu não ficava sentada, só ficava andando, tentando respirar de alguma forma... as pernas “toda inchada”, eu não via mais meus pés... é... “eu sentia” uma monstra... “pra” dizer a verdade eu fique uma monstra. Eu não me conheci mais... e ninguém me conhecia. “Teve” de um dia para o outro, eu fiquei assim...

P - Isso tudo foi provocado pelo tumor?

E1 - Pelo tumor... porque... ele paralisou meu intestino. Não... eu não defecava mais. Quer dizer, tudo que foi entrando... foi ficando. Quando eu fui operada, tentaram me dar várias lavagens... Eu fui “pá” Policlínica do vassoural, tomei várias lavagens. Em casa eu fiquei usando. Não resolvia. Mandaram eu tomar um fio... de... óleo... (confusão) é um óleo “lá”... “me esqueci”... Mineral! Eu tomei dois litros, “uma” foi a médica do posto que passou, quando eu fui “po” vassoural me deram outro. Eu tomei, não resolveu. Aí... mandaram eu tomar azeite, eu tomei... Três colheres de azeite que eu tomava, nada resolvia, nada resolvia.

P - Depois dessa cirurgia, você chegou a fazer tratamento? Você veio para clínica, fez tratamento?

E1 - Aqui, fiz.

P - Fez o quê?

E1 - Fiz a quimio, quimio de prevenção.

P - Foram seis sessões?

E1 - Seis sessões... é... comecei no dia dois de janeiro e terminei em abril... na segunda quinzena de abril.

P - Vivenciar esse momento, o que te amparou?

E1 - Quando eu cheguei aqui na casa, eu cheguei super nervosa. Cheguei à flor da pele, porque todo mundo que chegava lá em casa... a casa de couro "pra" cima. Nem sabe o que vai passar... e isso... me criou... um abismo, né? E eu, eu sempre disse, eu chego "pra" qualquer um profissional médico, eu digo assim: "- Olhe, eu 'num', eu 'num' sou fraca! Porque todo ser humano é fraco, 'num' agüenta dor, claro! Mas eu suporto muita coisa... Agora, eu digo... adiante, eu mesma lhes digo, aquilo que não conheço, eu tenho medo." Bom! Eu "tava" com o tumor, agüentei todo o processo, não dei um gemido, não chorei em casa... me segurava, as vezes, com força... ia "po" banheiro, era mesmo... me dava "tremelique". Quando você fica forçando... e... mas, não assim... entrar em desespero. "Que" a gente tem! Nervosa, a gente fica nervosa? Fica! Mas aquele... não! Eu sempre me segurei. Mas, eu tenho medo daquilo que as pessoas "começam falar"... que eu não conheço. E depois do problema que eu passei, com tanta dor, com tanta... frequência assim... todos os dias, antes de me operar... Então, criou uma barreira dentro de mim... que não fui eu quem criei. Acho que o próprio organismo criou essa barreira. Então, quando eu via falar, ficava calada... mas, eu ficava com aquilo, "meu Jesus!" Na véspera, quase que eu morro em casa. Me deu uma choradeira tão grande, que eu chorava e tremia dentro de casa. Quando eu cheguei aqui à porta de J., que J... quase que... "num" aplicava a medicação, de tão nervosa que eu cheguei! Aí eu ficava toda encolhidinha... quietinha. E J.: "-Ô, F., o que é que você tem?" Eu digo, aí pronto... desabei, "botei pra" chorar. Ela foi, falou com o médico, me deu um "comprimidinho" e eu me acalmei mais, aí começou... Eu imaginava... que eu ia sentir fortes dores. "Que" antes, a médica disse que eu ia... nem ia perder o cabelo, nem nada... e a reação que eu "tivesse" era muito leve. Então... mas eu cheguei, com a conversa do doutor... obedecia "pra" médico, né? (confusão). Aí... e cheguei nervosa, que quando... ela aplicou o primeiro soro, já vem com a medicação "pra"... vômito... essas coisas, né? E... depois... (confusão), os outros: o pequenininho, o maiorzinho... Aí ela disse: "-Ô, dona, F., vamo 'simbora'?" Eu digo: "- 'Oxe', eu 'num' senti nada." Então, vai ser amanhã. Eu pensava que era no outro dia, né? Aí quando ela disse: "- Pronto!" Eu disse: "- Ô, J., e já terminou 'tudinho'?" Ela disse: "- Já!" Eu disse: "- E cadê a dor? Que não senti!" Aí, ela "chegou" e disse, bem assim: "- Mas, você não vai sentir dor! Aí, eu disse: "-Ô, J., mas é amanhã, né? Que eu vou começar nos "outro tratamento", o de hoje foi de leve." Ela disse: "-

Minha filha, todos eles "é" igual!" Aí eu saí leve, louca... "ói"... soltei tudo que tinha... "pa" dizer "pra" sogra (confusão)... sai alegre! Amei a aplicação! Digo, e é com essa? "Oxe", é só com essa? "Apois", vou tomar até o final, sem reclamar! E Jesus me abençoou... "que" eu não reclamei, e demonstrei ter mais força "pra" outros que estavam do meu lado.

P - O que te ajudou nesse processo de tratamento?

E1 - Vontade de viver! Vontade de viver... porque eu sempre tive medo da morte... Eu não vou dizer... não vou negar... é uma coisa que... era não, é! Que eu não vou dizer que a gente não tenha, né? Eu tenho muito medo da morte... Hoje eu tenho uma... segurança, que Deus pode vir me buscar agora... Eu, eu... tô mais segura do que antes. Mas eu não vou dizer que ainda eu não tenho medo. Eu tenho! Lá no fundo a gente tem! Como é que a doença, a gente atura. Meu Deus, será que é agora? É... ficando meio... inseguro, mas... eu acho que eu "arrumei"... com todo esse sofrimento, eu "arrumei" mais força, "pra" isso. Só não "arrumei" força "pra" os meus problemas... E aí, quando vem... ele quer me botar "pra" baixo. A depressão quer voltar denovo... aí... a coisa é feia. Aí eu tenho que brigar e lutar... e Deus "tá" ali presente na minha vida o tempo todo. Porque, senão, eu emborco! Final de semana quase que eu entro de novo... (várias pessoas falam)

E2 - Meu nome é C., tenho 44 anos. Tenho três filhos maravilhosos. Um marido nota mil. Sou funcionária pública... e... começou meu problema em... Eu me operei, a minha cirurgia foi treze de março de 2002. Descobri um tumor mama... "teve" que fazer cirurgia. "Diagnosticou" que era um CA. No começo eu fiquei muito abalada... muito, muito, muito mesmo. Pensei que... a gente já se vê logo morta. Mas aí sou uma pessoa "se emocionasse" muito, graças à Deus. Fui "pra" Recife e lá fiz a cirurgia. E "teve" que ser feita a mastectomia radical. Mas eu fui consciente. Disse ao médico... que fizesse o que fosse preciso. Eu precisava viver. Meus filhos "eram" tudo "pequeno" na época. E... fiz a cirurgia, passei bem. E lá fui encaminhada "pra" fazer a radioterapia. Fiz as seis seções. Depois da "rádio" ... passei muito mal, muita angústia... muito mal estar. Mas passei! E... todo o medo que eu sentia... eu pedi muito à Deus que me tirasse. Porque eu precisava lutar. E não me via na, na... hora de ir embora, naquele momento. Eu precisava ficar. Eu tinha muita missão aqui... "pra" cumprir ainda. E... me agarrei nos pés, nos braços... em todo corpo de Deus, e ele me segurou. Me deu muita força. Minha família me ajudou muito também. Tive muito apoio da família toda: marido, filho, pai, mãe, todos! Então isso foi... me sustentou muito. E o medo que eu sentia, um dia antes de eu ir "pra" Recife, eu pedi a Deus que me tirasse. E fui dormir, me entreguei totalmente a Ele. E realmente tirou todo o medo que eu "tava" sentindo. Lutei... Fiz,

depois da mastectomia, eu tive que fazer esterectomia. Depois... não do problema, aquele problema que “tava”, porque eu “tava” sangrando muito e o médico achou melhor tirar. Depois fiz a reconstrução mamária. Fique linda e maravilhosa (risos). Passei dois anos sem a mama. Mas aí ficou tudo em “péba” “pra” eu tomar banho de biquini. Meu marido sempre me amou, com peito ou em peito. Ele dizia assim: “- C., eu amo você!”. Então, isso “pra” mim... eu tenho certeza que isso foi o que me ajudou muito, porque, nem os filhos apoiando, o pai (confusão) Mas, o marido que está com você “até” à noite, na cama... que vê o seu sofrimento... você chorar, você com medo, você com angústia, com aquela... com aquele processo todo. E ele dizer a você que você gosta, fica dessa grossura.

E ele dizia assim: “-Não! Eu amo você! Eu quero você como você está! Quero que você esteja viva!” Isso me ajudou muito... que, colegas a gente vê com maridos... abandonaram. Aí fiz esterectomia, depois da mastectomia. Passei dois anos sem a mama. E ele: “- Faça, faça!” Eu sem querer fazer, com medo, mas chegou um momento que eu senti vontade de fazer. Fiz a reconstrução, ficou ótimo! E estou aqui. Contando vitória, graças à Deus!

P - O que foi, nesse processo do adoecer, do tratamento... o que te ajudou? o que te motivou? de fato, foi a família, foi fé... essa ponte sustentadora para você... esse ponto sustentador foi...?)

E2 - A família. Meu marido, em especial. Os filhos, porque eles não queriam ver, de jeito nenhum, eu chorando. “Mainha, não chore mais”. E a vontade de viver, também. Tenho muita vontade de viver, “pra” cumprir a nossa missão, que é criar os filhos. Tudo que a gente faz, quando a gente tem filho, a gente volta “pra” eles. E eu tinha... eu pedi muito a Deus, muito a Deus, me deixe aqui! “Pra” eu continuar minha missão. E vontade de viver, também. Me achava muito nova “pra” ir embora. Embora que hoje, eu já penso diferente. Porque, assim, quando chegar a minha hora... vai ser como tem que ser, né? Mas eu já tenho menos medo da morte. Eu hoje, eu sinto que fui privilegiada. De ser curada. Assim, também que eu fiquei aqui “pra” cumprir a missão, tanto com minha família, como aqueles que me procuram. Que vêm em mim, uma missão de vida. Se Cláudia passou, então vou passar também! Eu vou conseguir também! Então a base de tudo, acho que tudo foi Deus, que me deu muita força. E a família.

P - Você tem alguma religião?

E2 - Sou católica.

P - Está sendo boa essa religiosidade, ou essa espiritualidade, após a doença?

E2 - Muito! Muito! Eu sempre fui... eu sempre fui religiosa. E na época que eu “tava” me sentindo muito mal, quem veio na minha casa, não foi nem gente da minha igreja. Foi da igreja evangélica. Um

amigo nosso que é pastor. Mas ele trouxe a palavra de Deus, que eu acho que a palavra de Deus pode vir de qualquer pessoa, mas a palavra dele é muito bem aceita. E ele me fez ver o outro lado da vida. Você tem que aceitar mais, ser mais paciente, ser humilde, ser... sempre acolher o outro, sempre atender o outro. Então, eu creio que... eu fiquei aqui... é... que Deus viu que eu tinha a missão de que? Da família e de ajudar sempre quem me procura. Porque depois desse meu problema, muita gente me procura!

P - O que diferenciou, na sua opinião, você de tantas pessoas que passam... Ficam mais angustiadas, mais deprimidas, mais sem sustentação. o que diferencia você dos outros? O que você tem a mais...para uma outra pessoa, que se vê tão desamparada dessa situação?

E2 - Eu... a gente, a gente... cresce a nossa sabedoria e a nossa fé em Deus.

P - Cresce essa fé em todo paciente que tem câncer ?

E2 - Em mim cresceu muito. Porque não... eu perguntava muito por que comigo? Por que aconteceu isso comigo? Mas só que hoje eu vejo que não é porquê. Aconteceu comigo, porque tem um propósito na minha vida. “Pra” eu melhorar em alguma coisa... porque eu melhorei, eu melhorei... Eu sempre fui muito paciente, mas eu... tenho de ser mais paciente... Tenho que acolher mais aquele que “ta” sem paciência de ficar alí. Aí, não... “vamo” parar, “vamo” sentar, “vamos” escutar... E... o que mudou muito na minha vida foi isso... é... muita fé (CONFUSAO). Eu tinha, mas “to” com mais. Porque não é o nosso tempo, é o tempo que Deus permite a cada um. Tudo não é por acaso! Eu vejo assim, não é por acaso. Vem... “pra” você se fortalecer e descobrir as coisas boas da vida... E que isso aqui tudo é uma passagem! As vezes tão exuberante, mas isso é só uma passagem.

E3 - Minha história não é diferente... muito diferente das outras. Eu me chamo R. Há três dias atrás fiz, 51 anos. E... sou viúva, há sete anos. Tenho três filhos, já adultos. Dois casados, tenho dois netos. Tenho um filho solteiro, ainda, mas já também... (confusão) E... também, de repente... veio de surpresa, né? Eu sempre digo que o câncer na vida de qualquer pessoa, ele é uma bomba de Hiroshima. Entende? Eu vejo assim, dessa forma. Porque você... nunca espera que seja “conosco”, não é verdade? Apesar que, eu tenho um histórico muito forte na minha família. Eu sou a quarta irmã de “mama”. O meu pai e um irmão, falecido de pulmão. Então, é uma coisa que já vem, né? De certa forma me ajudou, porque não é uma coisa tão estranha. É já da nossa convivência, mas... sempre a gente acha que, conosco, ainda... quer dizer, não é! E eu, já analisando a fala das duas colegas, eu tenho visto que “existiu cabeça” nesse processo. E é Deus mesmo. Deus “ta” acima de todas as coisas.

E permanece há muitos anos, já. E no que perguntei, eu perguntei ao meu Deus, por que, eu? Nesse sentido, eu vejo a coisa de outra forma, né? Nós estamos suscetíveis a todas as coisas, na face da Terra. Então, por que eu? E por que não eu? Não é? Pode ser! Pode ser! Eu não melhor do que ninguém, não é verdade? E simplesmente aconteceu. Agora, daí... de quando aconteceu até nós sermos... assim... até nós aceitarmos, ou então, não aceitar. Porque ninguém aceita uma coisa dessa. Não é da nossa natureza aceitar coisa ruim, né? Todo mundo só que o que? O bem, o melhor. Mas, como lidar com tudo isso? Eu acho que aí é o grande diferencial. Quando a pessoa tem uma... um direcionamento, uma vivência mais forte com o lado espiritual. Isso me deixou de... deixou de... eu sofrer, por conta disso? De maneira nenhuma. Mas é na forma com que eu enfrento, e com o que eu me fortaleço, né? De certa forma, assim, me traz mais força do que uma pessoa que não tem conhecimento. Que não se “agarrar” em nada, né? Que é solta no mundo. Eu vejo dessa forma. Então, minha história começou, agora a em 2007. Quando eu descobri o CA. De uma forma bem, assim, não era uma coisa prevista. Meu CA, quando... é... iniciou, na verdade, foi mama, porque é... O processo foi próximo, mas meu CA foi na axila. Eu passei um tempo fora do Brasil, como R. sabe, não é? E quando eu voltei... é... fazia uns três meses antes de eu voltar, R., que eu percebi um “nódulozinho” na axila. Talvez se eu tivesse percebido na mama, eu já tinha ficado, né? De orelha em pé. Mas eu nunca tinha ouvido falar em câncer de axila. Não é normal, não é comum. Quando eu coloquei eu já fazia... nós, todas as outras irmãs, já fazíamos exames periódicos, né? Por conta do processo de família. E antes de eu viajar, eu fui embora com tudo em dia, né? Com todos os exames feitos e sem acusar nada. Quando eu volto, uns três meses antes da minha volta, eu percebi isso. Então, assim que eu voltei, eu cheguei em junho, em agosto eu estive no médico novamente. Quando ele examinou, ele falou: “-Nós vamos tirar isso, porque o histórico da família é muito forte, mas isso é uma... isso é fácil!” Veja, um médico altamente capacitado, em que eu continuo tendo toda confiança! Ele não é nenhum robô, né? Todo mundo erra, né? E, na verdade, ele foi pego de surpresa mesmo. Quando... não precisa você se preocupar... assim.”-Quando você tiver um tempo...” (dizia o médico) Isso era em Recife, eu morava em Caruaru.”-Quando você tiver um tempo, nesse momento você vem e com meia hora a gente faz uma “cirurgiazinha” pequenininha, a gente tira isso. Tá certo?” (disse o médico) Eu digo: “-Tudo bem!” Volto eu “pra” Caruaru, e fiquei muito... desconfortável, né? Aquele médico, experiente daquela maneira, me dizendo que é um nódulo, que isso é fácil. Mesmo porque não era uma coisa

assim... muito... sabe? Era... era bem fácil de ser percebido. Assim, era um “carocinho” de azeitona, mais ou menos. Tinha, quando foi tirado, tinha um centímetro só, né? Um milímetro... eu sei lá como é que diz! E, daí... era bem perceptível, mesmo, assim, quando a gente passava o dedinho na... no... nele, assim, já percebia. Aí, foi marcado, e eu passei sabe quanto tempo gente? Um ano, “pra” voltar. Um ano “criando a cobra”. Já pensou? (riso) Então, por isso, a minha fé no meu Deus me diz que O Senhor... tem um dedo de Deus nisso! Porque quando isso foi tirado, quando eu voltei... é... fiz a cirurgia, no mesmo dia saí do hospital, tudo mais, né? Ele me disse, literalmente: “-Eu caí do cavalo! Eu não tenho palavras pra lhe dizer...” Entendeu? Então, quando aconteceu isso... e aí, R., ainda “tava” ainda um pouco grogue, né? Ele foi lá, entregou o material. Disse: “-Vamos analisar. O material não era o que eu esperava.” Quando ele disse assim, minhas “orelha esquentou”, sabe? Mas, não, assim... com muita consciência, porque eu tava um pouco, ainda drogada.”-Mas vamos analisar... e o que for preciso a gente faz. Tá bom?” (disse o médico) Tá certo! Vim “pra” Caruaru. Entreguei o material. Com vinte dias recebi, né? Que demora “que só”, né? A biópsia, né? Então aí... quando ele falou... quando eu recebi... Eu saí do trabalho, passei na Santa Efigênia. Fiz uma _____ gerais, não sei como é. Demora bastante, né? Quando eu abri, lá mesmo na... na clínica, aí eu... Quem “caiu do cavalo” fui eu! Porque, jamais, apesar de que no... mesmo ele falando isso, mas saiu assim da minha mente, totalmente, não é? Li, vi logo, né? Que é câncer. Meu Deus! Não acreditei, ainda pedi ajuda: “- Tem um médico aí assim, assim que possa traduzir algumas “coisa?”” Umas das que eu não entendia, né? “- Não, tem!” (responderam). Aí, quando a médica olhou... eu “tava” em... até aquela S., né? Dra. S., lá do laboratório. Coitada! Ela ficou tão (risos) desconcertada, sabe? Enrolando, assim, arrodando... Eu disse: “-Doutora, não precisa a senhora se preocupar não... assim, ficar... tão...” Né? Sem jeito. Porque eu já compreendia.”-Eu já sei o que é CA. Eu só to sem entender essas coisas que eles botam, num grau de não sei o que lá” (disse M. R.) Aí, disse: “-Não, R. Olhe, não se preocupe não. Realmente é verdade, mas isso hoje em dia ta sendo muito normal, muito natural. Mas, maior é a incidência de cura...” (disse a médica). E começou falando aquelas coisas bonitas. “-Tá certo, doutora.” (disse R.). Já saí de lá, dobrei ali próximo da secretaria. “Tava” morando ali próximo. Então já cheguei em casa, sabe? Voando, assim... não era nem eu, mais... que “tava”. Cheguei, “tava” todo mundo lá dentro. E... meus filhos... aí eu já entrei no “berreiro”, sabe? Não me sustentei! A gente é carne, não adianta! Também né? A espiritualidade pode viver à nossa pele, mas... a gente, não adianta,

a gente... todo mundo, de toda maneira... tem uma hora que desaba. Aí chorei, chorei. Meus filhos: “- Pelo amor de Deus, o que foi mainha? Perdeu o emprego? Que foi, mainha? O que aconteceu? Foi assaltada? Mainha, diga, pelo amor de Deus?”. Aí, quando eu disse ninguém agüentou mais não. Aí a poucos dias, R., eu sou viúva, só há sete anos. E aí meus filhos, apesar de adultos, né? E um esmurrava a parede e o outro dizia coisa...”- Né possível um coisa dessa! Mainha esse resultado só pode “ta” errado. Pelo amor de Deus! Faz tão pouco tempo de painho... Com a senhora de novo não!” Aí começou aquela loucura dentro de casa. Foi tremendo né? Mas, ai, quando eu vi que eles estavam tomando essa posição... Ai eu tentei me... (suspira) sabe? Me reforçar, “pra” que não deixasse que isso aí continuasse. Porque daqui a pouco, né? Já “tava” tomando outro rumo. Talvez... já tinha um que já “tava”: “- E que Deus é esse?” “Num” sei o quê... Né? A gente sempre acontece... é escuta essas “coisa”. Aí... e agora? “Vamo “ ligar “pra” Recife. Ligou “pro” médico. Aí o médico: “- Doutor, o senhor já sabia?” E ele: “- Venha aqui imediatamente!” Ele tinha ido embora “pra” lá, né? Meus filhos... Aí foi, ele foi me explicar... E todo aquele processo que a gente passa. E... vamos fazer cirurgia.”- E o que o senhor acha que deve ser mais seguro?” (disse M. R.)- Na verdade, eu vou lhe dar o conselho de... como se fosse “pra” mim. O melhor que eu escolheria, o melhor “pra” mim, eu tenho que dizer a você. Apesar de não ter sido na mama, realmente...” (dizia o médico) (R. interrompe o pensamento) Sim! Aí foi passado todo aquele processo, né? De investigação. Cintilografia. Todos os exames eu fiz. Eu acho que tinha bem uns dez exames em casa. Não tem nada que eu vou mentir. Eu vejo isso como a mão de Deus na minha vida. Porque eu passei um ano “criando essa cobra”. Ela podia ter ido “pra” onde ela quisesse. Não é? E a gente sabe que Deus toma conta, mesmo.

P - Você já tinha tido esse encontro?

E3 - Já! Eu sou já, né? Evangélica já tenho uma relação muito forte com... (R. é interrompida)

P - Você vê alguma distinção entre religiosidade e espiritualidade? você se vê espiritualizada ou religiosa?

E3 - Não! Espiritualizada, porque religião não leva ninguém a nada, entendeu? Às vezes, você encontra determinada religião lhe dá certo conselhos assim, critérios que vão... lhe seguem.

P - Ai, isso te sustenta?

E3 - Ajuda! Mas, “pra” mim não... Na minha visão, não é um todo. Porque, qualquer um pode ser religioso, qualquer um! Você pode escolher qualquer religião. Mas Deus é mais! É superior a tudo isso. Então, no espiritual, realmente, é que se... se tem um encontro. E que a pessoa pode... é... provar, né? Do amor de Deus.

P - Vivenciar, não é?

E3 - Vivenciar. Entendeu? Então, depois, passei... Aí fiz “todos”... o processo. E fui operada. Perdi minha mama direita. Depois já fiz químio também. Agora, fui tremendo. A químio, foi! Eu sofri tanto! Nunca chorei nenhuma lágrima “pra” tirar o seio. “Pra” cortar o cabelo... Eu “tava” com o cabelo maior assim, do que o de R.. Sabe? Nunca tive. Nem na minha juventude. Depois de velha eu tenho um cabelo desse tamanho! (risos) Aí, “pra” perder aquele cabelo, chorei, viu? Chorei! Fui tremendo “pra”... Agora “ta” assim, muito lindo! (risos) Era loiro, “ta” preto, desse jeito! Mais claro...

P - Todo esse processo, de enfrentamento dessa doença. o que te ajudou foi a questão...?

E3 - Primeiramente, né? A força que eu recebo de Deus, né? Em Deus vivo, né? Que pode todas as coisas, né? E depois minha família. Sabe, minha família foi a base de tudo! Me levaram... aí eu já deixei minha casa. E fui me embora “pra” casa de minhas irmãs. As outras, também, duas “cirurgiadas”. Já com experiência em todo o processo.”- Não, minha filha! Não se preocupe não. É assim mesmo! Hoje “tá” assim, mas amanhã “tá” melhor, viu? Amanhã vai melhorar!” Entendeu? E era comidinha. Engordei, também, bastante, cinco quilos!

P - Você se vê diferente de algumas outras pessoas? seu enfrentamento dessa doença foi diferente de muitas pessoas?

E3 - Eu ganhei, R.. Agora, unicamente por essa vivência espiritual, entendeu? Porque as pessoas, às vezes, não passam nem por tanto... E ela “tava” contando a história dela, e eu agradecendo à Deus, porque, só digo isso! Num é? Se não fosse a quimioterapia, eu nunca tinha sofrido! Com essa história. E se não fosse o lado, assim... psíquico, né? Nunca senti uma dor, nunca tive problema de nada, de nenhum outro órgão. Então, sou privilegiada. Não é? Porque existem pessoas que passam, realmente, pela... Meu Deus! Uma *via crucis*, não é? (várias pessoas falam)

(outra mulher fala) Me deparei com pessoas, quando eu “tava” fazendo a químio, que eles ficavam muito abatidos. E teve uma mesmo que estava do meu lado, sempre ela ficava do meu lado... Ela ficava... ela chorava muito. Ela... até “pra” se virar de um lado “pra” o outro, ela pedia ajuda. Bem magrinha, abatida. Ela disse que não comia, não se alimentava. Aí a gente vê a força. E eu sempre falava de Deus “pra” ela: “- Minha filha, se “agarre” com Deus, com fé, que você aí alcançar a vitória. Porque eu não alcancei, to passando por ela, igual a você. “Tava” fazer o tratamento todo junto, né? E assim como eu, como outros que tem por aqui... você também...” Aí ela dizia... “num” lembro mais o nome dela, e assim... não tive mais contato não é? Mas eu fiquei muito preocupada com ela porque “dava-se” assim “pra” entender que ela falava de um Deus

diferente... do nosso! (outra mulher) De força, não é?(a primeira mulher retruca) É, porque o da gente vem de dentro, da alma mesmo da gente né? E... aquilo parecia assim, sair, botar “pra” fora. E eu dizia a ela: “- Minha filha, se transforme com essa... essa fé que você falando, mas que vem de lá de dentro. Do seu Eu, lá do fundo mesmo!” Porque Deus quer da gente é o quê? É o coração da gente, é a... “sei lá”! Deus conversa com a gente do jeito que eu “to” conversando com vocês. Deus escuta a gente dessa maneira. Eu aprendi assim! Que um pastor chegou “pra” mim e disse: “- Olhe converse” Que eu disse: “- Pastor, eu não sei orar! Eu não sei, eu não tenho “vocabulários bonito”. Eu não tenho “palavras bonita”.” Ele disse: “- Mas “pra” Deus não precisa “palavras bonita”. Você não “ta” conversando comigo? Então, sabe! “Pra” Deus, converse com Deus do jeito que você conversa comigo”. Então aí eu “comecei ver” que tudo o que eu busco em Deus, Ele me dá a resposta! Ele me deu uma resposta esse final de semana, que eu fiquei... eu fiquei transtornada! Olhe, eu tive... tanto assim... desgosto, emoção “ruins”, no final de semana... Que, depois do que Deus fez, apagou tudo! Limpou! Parecia que todo aquele peso, toda aquela... aquele desespero, aquela angústia que “tava” de mim... Ela foi tirada, assim; (outra mulher) Que bom! (outra mulher) Então, uma pergunta que eu fiz a Deus, e Deus me deu resposta em seguida... (foi interrompida) É muito bonito quando você recebe a resposta de Deus, é bonito demais!(outra mulher) O que eu concluí é que a gente deve aproveitar cada segundo! Aquelas “picuinhas”, aquelas besteirinhas, a gente... todo mundo tem! (várias pessoas falam ao mesmo tempo) Tem outro significado a nossa vida. Então, a gente vê cada minuto, cada segundo como uma transformação!”- Deixem só M. R. concluir, não é?” (diz R.)(M. R.) Só concluindo! Veja, as vezes eu me pego assim... Durante esse processo também! A pesar de que no processo mesmo, né? De, de... químicas e tudo mais, agente se sente fragilizado, né? Já se afasta de todo mundo, fica em casa mais, né? Fica aí e tudo mais, e tal. Mas depois, aí, parece que começa a vida a voltar. Como eu me sinto hoje, né? Já voltei a trabalhar. Aí, as vezes eu me pego assim: “Vou dormir. “Num” penso que tive isso. Parece que nunca tive nada.” Entendeu? Ou ta numa caixinha guardada em algum lugar, e eu tento não me lembrar dela. “Num” sei como é esse processo aí, só você deve entender. Ou, eu digo as vezes, eu acho que sou meio... né? Porque tem gente que, que fica eternamente pensando, enlouquecendo. (várias pessoas falam)

P - Isso é uma coisa que não está mais te amedrontando, não é?

E3 - Isso. “Tô” fazendo aqueles exames de rotina. Então, eu tenho ido “pra” Dr. C., né? Eu vou voltar agora pra Recife, pra fazer uma... um agulhamento.

Depois, na mama, microcalcificação nessa, nesse, nesse... (confusão) Dá um suportezinho que é, e se tem alguma coisa, se é alguma coisa, sem outro exame. Vou enfrentar novamente, uma vistoria geral, novamente. Pra ser retirado da biópsia, né? Aí, isso aí “ta” me abalando novamente, “ta” me abalando, por quê? Porque a gente fica numa insegurança muito grande, essa... Apesar de todo mundo que tem enfermidade, daqui pra frente... (outra mulher interveio): “- Qualquer coisinha que aparece a gente se assusta.” Dia dez que eu fiz, “completei ano”. Eu “tô” contando porque eu tenho um ano de idade. Né? A partir daqui... (várias pessoas falam) É primeiro aniversário! Tenho um aninho só, agora. Porque assim, é dessa forma que eu me... que eu me encontro, né? E como enfrentar isso? Todo dia eu faço um exercício, assim, mental “pra” me preparar “pra” morte. Entendeu? Eu quero viver! Eu quero viver! Mas, se isso for... Não meu fim, assim... Eu digo assim... Se for a minha história! Se a minha história foi essa, permitida por Deus, “num” é? Porque tudo esta permitido, “tá” embaixo do controle do Senhor. Então que o Senhor me dê força, né? “Pra” poder eu enfrentar isso. Agora eu pergunto: “Eu quero?”(risos)

P - Quando chegar essa hora, não é?

E4 - Meu nome é M. F. Tenho 55 anos. Tenho um CA de intestino, dia 25 de agosto de 2007, operei dia 25 de agosto...

P - Descobriu no dia 25?

E4 - Não! Descobri dia 25 de julho. No dia 25 de agosto fui operada. Dr P. A., na Casa de Saúde. Com um mês eu vim “pra qui”. Ele não sabia antes o que era. “Que”, primeiro, me deu uma diarreia muito forte. No dia 25 de julho, às quatro horas da tarde.”Ela marcou até a hora.” (alguém comentou) Foi! Tudo eu tenho marcado num caderno. Marquei tudo. Quando foi à noite... Eu gosto muito de me apalpar, mexer no meu corpo. Quando foi à noite, “que” eu me deitei, eu senti, como “que” eu tivesse um caroço no umbigo. Aí falei “p’o meu” esposo: “Eu “tô” com um caroço na minha barriga.” Aí ele foi passou a mão. Se encontrou, “que” não encontrou. Disse que não encontrou. “Num” é? Quando foi no outro dia de manhã, quando acordei, fui na Policlínica do Salgado. Cheguei na Policlínica... não estava vomitando, nada. Quando eu entro na sala do médico, me deu vontade de vomitar, entendeu? Aí eu disse licença doutor. Tinha um balde assim. Aí... “- Ta vomitando?” (perguntou o médico) Eu disse: “- Não, doutor. Não “tô” vomitando. Eu só vim ter essa ânsia de vômito aqui agora! Aí ele falou: “- Isso é ‘poblema’ de intestino. Alguma coisa no fígado. ‘Çê’ jantou o que?”(disse o médico). Aí botou o que eu tinha jantado. Plasil.Quando eu saí da sala, ele disse: “- Ele passou o quê?” Eu disse: “- Plasil.”

Minha filha, só você... Não leve a mal. Eu não vou tomar esse Plasil, porque eu não estou vomitando.

Meu caso é totalmente diferente! Me examinei aqui ontem à noite, “assim, assim”. Eu não vomitei. Eu não “to” vomitando. Tudo bem! Vim “pra” casa. Quando cheguei em casa, aí fiquei... “com aquela”, sempre passando a mão. Não encontrei mais. Isso “era” sete e meia da manhã. Aí liguei “pra” Unimagem. Fui tirar ultra-som do abdômen por minha conta. Aí passei “pra” Unimagem. Quando cheguei na Unimagem, a menina disse: “- Quantas pessoas tem?” Aí eu disse: “- Tem oito pessoas na sua frente”. “O ‘qué’ que você tem?” Aí disse: “- Nada não! Quero ‘retirar’ uma ultra-som.” “Quem pediu?” Eu disse: “- Eu mesma quero tirar. Por minha conta”

(risos)A moça estranhou, né? A secretária. Daí a pouco chegou minha vez, aí eu entrei. Aí a médica disse: “- Bom dia F.” Eu disse: “- Bom dia.” - Fátima, por que você ta querendo tirar essa ultra-som? Por livre vontade sua?” Quando eu entrei aí falei com a mulher. Ela falou assim: “- Fátima, como você “ta” agindo... todo esse pessoal está, a sua maneira, você vê, tão diferentes os casos.” Tudo bem! Eu disse: “- Ó doutora, eu vou pedir uma coisa a senhora. Quando esse aparelho passar e ver o que eu tenho anormal e de anormal, a senhora fale “pra” mim.” Ela disse: “- Não! ‘Num’ se preocupe não.” Aí passou. “Foi” quarenta e cinco “minuto”, doutora! Ela passou. Tudo eu tenho marcado (risos). Aí ela disse: “- Você quer saber?” Eu disse: “- Quero!” Ela disse: “- ‘Ta’ com massa no intestino.” Eu disse: “- Massa, doutora? Que massa é essa?” Ela disse: “- Tem uma massa no intestino. É “pra” operar. Procure um cirurgião. Você tem alguém?” Eu disse: “- Tenho.” Ela disse: “- Quem fez essa vesícula?” Eu disse: “- P. A.” Ela disse: “- Procure ele.” Caminho da Unimagem é consultório de Dr. P. A., né? Já descí direto “pra” lá. Cheguei lá disse: “- Dr. P. ‘tá’?”

Disse: “- ‘Tá’ não.” Eu disse: “- Tem vaga aí?” Ela disse: “- Agora não. Só a tarde.” Eu disse: “- Ele ‘ta’ atendendo aonde?” Ela disse: “- Na batista.” “Ta” bom. Eu descí “pra” casa. Cheguei em casa, liguei “pra” minha nora, “que” ela trabalha na casa de vereador. E tem D., “num” sei se vocês “conhece” o gordão que trabalha na saúde, sempre todo mundo conhece, “né”? Aí disse: “- Louro ‘ta’ aqui, dona F. Mandou buscar a senhora aí agora, em casa.” (F.) “ ‘Ta’ bom. Diga a ele que venha com urgência, mesmo!” Deixei a ultra som lá “pra” pegar depois, né? Aí quando, “dei fé” ele chegou. Disse: “- O que é que ‘ta’ acontecendo?” Eu disse: “- L., eu ‘tirei’ a ultra som agora com a médica na Unimagem, ela falou que eu ‘tô’ com massa no intestino. ‘E é de’ cirurgia. Fui no consultório de Dr. P. A. e ele não ‘tá’.”

“- Mas cadê a ultra som?” (diz o vereador)

Eu disse: “- Ela falou que é ‘pra’ pegar de uma hora.” Ele disse: “- Nós vamos buscar agora!” (RISOS) Quando eu cheguei lá, ela falou: “-

Não, mas...” Eu disse: “- Não, da ‘pra’ você me entregar agora? Porque eu vou voltar no médico. Já ‘ta’ marcado.” Até menti “pra” médica, “pra” menina. Ela falou: “- Tudo bem.” Aí, me entregou. Aí fui “pra” Dr. P. Quando cheguei em Dr. P, a secretária disse, lá na batista onde ele atende... Que eu entrei porque esse povo é muito conhecido dos “médico”, trabalha muito com os “médico”. Quando eu entrei, aí o médico disse: “- É F. É uma cirurgia. Agora eu quero saber que dia pode operar.” Eu disse: “- ‘Oxe’ Dr. O. que é isso? O senhor que é o médico ‘num’ sabe.” - É uma cirurgia. Eu quero uma tomografia. Agora!” (disse o médico) Eu digo: “- Pronto, “vamo simhora” .” “Oxe”, liguei “pa” meu marido. Meu marido trabalha... ele é mestre de obra. Vai lá perto da Mandacaru Transporte. Ele veio embora, já direto. Cheguei lá perguntei a moça: “- É quanto?” “Tanto.” (respondeu a moça) Eu digo: “- Olhe, é assim, assim. Passe no banco, tire o dinheiro. Se não tiver, arrume emprestado!” Isso na “maior agonia do mundo”. E eu nervosa, já fiquei nervosa. Quando “tirei” a tomografia... aí disse: “Aguarde um pouco. Deixe eu lhe entregar mais tarde?” Eu disse: “- Não. Eu quero agora!” Meu marido disse: “- Eu quero agora!” Aí, quando eu tirei, levei “pa” Dr. P. Passei o dia todinho, “isso” sem comer, só tomando água. Passei “pa” Dr. P., quando cheguei em Dr. Paulo, aí Dr. Paulo falou: “- Massa no intestino!” Eu disse: “- Ó, Dr. E que massa é essa?” Ele disse: “- Agora eu ‘tô’ sabendo. É massa no intestino e tem que operar! Agora eu ‘tô’ sabendo. Agora eu quero um exame da... como é meu Deus? (confusão) Não é endoscopia, Dra? Colonoscopia. (diz R.) Isso! Aí, “vamo simhora”. Dr. Marco Galindo, consultório dele. Cheguei lá, eu quase “entrava” na hora, né? Cheguei lá disse: “- Olhe, tem um processo, tem que tomar medicação...” Isso assim, assim. Tudo bem. Uma preparação (diz R.)

Pronto, isso! Aí, “preparei”. Todo o dia esse processo! Isso só com água de côco. Cheguei lá “três hora” da tarde. O médico não “tava”. “Tava” no Santa Efigênia. E ele resolvendo uns “negócio” “pra” lá, trabalhando pouquíssimo. E aguardei até seis horas da noite. Quando foi seis horas da noite ele chegou... Com fome, tremendo assim, agoniada já. Aí ele falou: “- F., me desculpe!”

Eu digo: “- Doutor! Dois ‘dia’ de fome! Só água. Água ‘num’ sustenta ninguém não!”

“- Sustenta! Você ‘tá’ aqui.” (disse o médico). Eu disse: “- O senhor ‘num’ sabe como é que eu ‘tô’ aqui.” Já “tava” tensa, já. Mandaram eu deitar na mesa. Deitei na mesa “tudinho”. Fez um exame, aí já vai ele entrando com a planilha, e eu sem saber de nada, né? No outro dia entregaram “pra” doutor P. A., não tinha plano, como realmente não tenho. Entregaram “pra” doutor P.

Doutor P. disse que era cirurgia: “- Ela ‘ta’ como um caroço no intestino. E tem que ser uma cirurgia rápida, porque vai chegar um momento... (confusão)

um copo com água que ela tomar e não descer. Tem que ser rápido. Tem que ser rápido!” E eu sem saber de nada. Tudo bem! Comi, né? Aí meu menino falou assim: “- ‘Mainha’ a senhora ‘tá’ com sede? Tome água. A senhora ‘tá’ tomando muita água!” Acho que isso, já nervoso, “né”? E se eu “to” com sede. Eu tenho que tomar meio copo d’água por quê? Não porque... Sempre me “tirando”. Aí ligava “pra” menina, que ela mora em São Paulo, “num” veio, “tudinho”. Aí esse processo todinho, “pra” operar. Fiz os “exame todinho”. Aí “vamo”, passa na casa de saúde. Aí doutor P. disse: “- Olhe, F., ‘vamo’ fazer o seguinte, você não tem condições de fazer a cirurgia particular?” Eu disse: “- Doutor, quanto é essa cirurgia?” “- Sete mil reais.” (disse o médico). Eu digo: “- Doutor, olhe bem ‘pra’ minha cara! Não tenho condições de maneira nenhuma.” Aí ele falou: “- Você tem alguém assim... de secretaria, que consiga?” Eu falei: “- Olhe, minha nora trabalha com J. da g. É secretaria dele.” Disse: “- Então, pronto! Fale com ele.” Aí minha nora “foi”, falou com ele. Ele falou com o diretor da C. de S. Isso foi dia 25 de julho, isso, essa, esse processo todinho, “né”? Corre aqui, faz exame, tudinho. Aí ligou “pra” lá, disse: “- Olhe, ficou lá marcado “pra” o dia 25 de agosto. Porque não tem, antes não tem de jeito nenhum.” Aí, pronto. Aí, doutor P., eu ia sempre em doutor P. Um dia, outro não em doutor P. Ele passou, “Olhe, F, coma isso aqui.” Comidas que não pudessem fazer muito, “né”? Aí, nisso, tudo bem. Isso, nada de eu... (não completa o pensamento) Aí, quando foi um certo dia, doutora antes de marcar o dia da cirurgia, aí “eu tomando” banho, terminei de tomar banho, fui me enxugar. Eu achei minha cor tão pálida, entendeu? Aquela... eu digo: “- ‘Óxe’, eu ‘tô’ amarela.” Aí perguntei a sogra da menina, falei: “- Como eu “tô” tão amarela!” Ela falou: “- Deixa de tua besteira!--- Deixa. Tu ‘num’ ‘tá’ amarela não. Tu ‘tá’ é com alguma coisa na cabeça. ‘Tais’ impressionada!” Eu digo: “- Eu ‘tô’!” Agora minha barriga... cresceu um pouco, só. Tudo bem. Chegou o dia da cirurgia, eu sem saber de nada, né? Fui “m’embora”. “Tava” marcada “pra”... no sábado, dia 25, quatro horas da tarde, era minha cirurgia. Já me internei na sexta, na sexta-feira já me internou logo. Tomar soro, só soro. Sem alimentação, sem nada! Só soro. Só água, essas coisas. Tudo bem. Aí, quando foi de tarde, todo mundo lá mesmo, uns de São Paulo, “tudinho”. Um irmão meu do Rio de Janeiro que queria “vim”, mandei ele “vim”. Aí, “tava” na casa de saúde aquela multidão de gente, no sábado. Eu disse: “- Gente, ‘num’ precisa! Minha cirurgia vai ser de quatro ‘hora’ da tarde. Vocês vão ‘pra’ casa, ‘almoça’, ‘descança’. Quando for lá ‘pra’ três ‘hora’, três e vinte, vocês vem embora.” Tudo isso. Minha menina não queria ir.”- Mas ‘mainha’!” (disse a filha) Eu digo: “- Não, vá embora! Vá ‘pra’ casa. Você ‘tá’ com as ‘menina’. Vá ‘ajeitar’ as ‘menina’.” Aí, saiu todo

mundo. Isso era meio dia, doutora. E eu lá, sentada. Fiquei lá no quarto, né? Daí a pouco chegou o rapaz na... com a cadeira de rodas. “- Quem é a paciente de doutor P. A. ?” Eu disse: “- Sou eu!” Ele disse: “- ‘Vamo’ ?” Eu disse: “- Agora!” Estava Sozinha, não! “Mais” Deus, né? Tirei, joguei a sandália “pra” lá. Aí, fechei a porta do quarto. Aí tinha uma senhora, assim do outro lado. Eu disse: “- Olhe, por gentileza...” Fechei o quarto, né? Eu digo: “- Entregue aqui ‘pra’ senhora.” Aí fui ligar “pra” meu marido. “Oxe”, nem o número eu acertei! Aí, nisso, entreguei “pra” menina, fechei o quarto, fui “m’embora”. Doutora, a senhora pode acreditar que... vocês, como existe Deus no céu, eu entrei naquela sala de cirurgia, na hora que eu cheguei, o rapaz que falou: “- Bote aqui e pode descer, pode ir.” Doutora, quando eu me deitei naquela, me prepararam naquela maca, “tudinho”, entendeu? Tinha, assim, um relógio e o coração de Jesus, de frente que fica, “né”? Aí, quando me deitei, doutor Paulo... doutor Paulo lá, porque doutor Paulo, você sabe que ele é evangélico, “né”? Ele quando vai fazer uma cirurgia, de um paciente dele, ele se prepara muito. Muito! Daí a pouco ele chegou perto de mim. “- F!” (disse o médico) Eu disse: “- Opa, doutor. Tudo bem?” Ele disse: “- Tudo bem.” Ele disse: “- Vamos ‘pra’ nossa jornada?” Eu disse: “- Doutor, primeiramente Jesus, segundo o senhor. ‘Tô’ nas mãos do senhor e de Deus.” Doutora, quando eu olhei assim, “pro” relógio, fazia um ano e pouco que a sogra, a vó da minha nora tinha morrido de câncer no pâncreas. Quando eu olhei no relógio, assim, que eu queria olhar a hora, né? Que eu olhei ‘pra’ hora, assim, eu não vi a hora, eu vi “como fosse” ela – a vó da minha nora – fazendo assim com a mão, entendeu? Aí, eu olhei “pra” imagem do Senhor e no relógio eu via ela, “que era” com a mão, assim. Aí, quando eu olhei “pra” imagem do Senhor, eu disse: “- Senhor, “to” em tuas mãos, Jesus.” Aí o anestesista veio, mexeu lá, conversando comigo, “tudinho” são... uma equipe! A de doutor P. A., “pense que equipe”. Conversando comigo, “né”? Aí doutor Paulo veio, disse, conversou comigo, “vamo s’embora”. Operou, sei que eu passei três dias com o divino espírito santo trabalhado na minha vida. Eu “to”... consciente como eu estou aqui conversando com vocês todos, mas não lembro de nada. Nada, nada, nada, doutora. Saí da sala, fui “pro” quarto, os meus “filho”, a minha família todinha, falaram que eu conversava, que eu ria, mas nada disso eu lembro. “Foi” três “dia” que eu fiquei no “ar”. Acho que o divino espírito santo trabalhou na minha vida “pra” me curar, doutora. “Pra” eu esquecer tudo... coisas matérias da Terra. Porque eu não lembro de nada. Nada, nada, nada. Quando foi no quarto dia, dizem, “né”? No quarto dia me deu uma diarreia forte, “pra mim” chegar “conversar” com você consciente. Daí passei nove dias na casa de saúde. Sem eu não saber quem fosse.

P - Como foi tua entrega do diagnóstico?

E4 - Com... a mim mesma, doutora. Quando eu vim "pra qui".

P - E como foi para você escutar esse diagnóstico? o quê te sustentou?

E4 - Na hora, quando eu cheguei aqui, "né"? Que aqui as meni... doutor P. passou, "pa" tomar cinco "sessão" da química. Eu tomei quando eu cheguei aqui, que "as menina" fizeram a ficha, aí a psicóloga olhou "pra" mim assim. Aí disse: "- Ainda bem, F, que você teve um câncer e não está mais com ele." (risos) Aí eu olhei "pa" minha filha, "né"? Meu filho... (confusão) os meus cinco "filho". "Tudinho", os meus cinco "filho homem" e minha filha mulher e meu marido e minha nora. Aí, eu olhei assim "pra" "tudinho". Aí, meu filho mais velho, ele é muito dedicado a mim, muito! Aí, eu sei que ele olhou assim "pra" mim, aí ficou assim: "- Nada não, 'mainha'. A senhora teve." Aí, doutora, entendeu? "Arruadiado" de tanta gente...

P - Nunca suspeitou?

E4 - Nunca!

(alguém retrucou) "Ó pra í". Que coisa boa, 'né' ? Dessa forma, 'né' ? "Nunca! E a título do que eu tomei, "né" ? A título do que eu tomei. E ainda, sabe quanto doutor Paulo tirou de dentro de mim? Um caroço encostado no meu intestino, um quilo e quarenta. Um quilo e quarenta.

P - É o tamanho, não é? porque quando tiram a parte do intestino que está comprometida.)

E4 - O tamanho, é.

Porque ficou estacionado, entendeu? Ele estacionou. Ele não enraizou nada, doutora. Ele estacionou aqui assim, que ele ia... Como o médico falou, que ia chegar um momento que nem água ia descer mais. Aí, quando eu cheguei aqui, que a assistente social falou assim, eu disse: "- Meu Deus!" Agora, que é um choque, viu? Parece que abriu um buraco aqui e eu "puf", entendeu? (risos) Foi, aí, ela trouxe uns "papel" lá "pra" mim assinar, quando aí... meus "menino" "tudinho" em cima, tomando a frente, "né" ? "Pra" eu não me chocar muito. Aí, minha menina começou a encher os olhos d'água, ela... "tudinho" sabia, "né"? Só não eu. Aí ela falou assim: "- Não, 'mainha', a senhora 'tá' bem! A senhora não tem mais não." Aí eu falei: "- Deus é quem sabe, F. Se Deus me curou, Ele me curou para sempre, 'que' ele não cura por pedaço, Ele cura por completo. Eu quero ouvir de doutor Paulo." Aí as "menina" aqui "tudinho", aí "vim" assinar "pra" no outro dia "vim" tomar, porque ele passou cinco "sessão", na... de segunda a sexta. Aí, no outro dia era "pra" mim começar. Aí eu voltei no consultório de doutor Paulo. Chegou a biópsia, "né"? Agora que eu estranhei, porque quando "fez" a biópsia, que eu fiz antes e fiz depois da cirurgia, aí doutor Paulo falou "pra" mim no consultório. Disse: "- Olhe, Fátima quando chegar o exame não precisa você vir. Tem tanto filho, tem o marido..." Eu disse:

"- Mas, doutor porque eu não? Porque eu não posso?" (risos)

Aí, tudo bem.

P - Você já tinha tido esse encontro com deus? Você já tinha uma vida religiosa, espiritual?)

E4 - Já (várias pessoas falam). Eu... sou católica . Foi muito bom "pra" mim, muito. Porque, eu converso muito com Deus dentro de casa. Meu marido tem hora que fala assim: "- Fátima, tu 'tá' conversando? Tu 'tá' enlouquecendo?" Eu digo: "- 'Tô'. Se todas as pessoas que 'conversar' com Deus, 'tiver' enlouquecendo, então 'tô' louca."

Entendeu? Aí, pronto. Chegou a biópsia. Ele disse:

"- Vai 'tá' tudo bem." Eu quero passar no consultório de Dr. P. "Daqui" a gente foi. Chegou no consultório de doutor Paulo, "tava" cheio, "né"? De gente. Aí falei "pra" esposa dele que trabalha "lá" também, "né"? Aí eu disse: "- Minha filha, só 'é' cinco 'minuto'." Aí, a pessoa que entra na minha vez, eu falei: "- 'É' cinco 'minuto'. Só 'pra' ele olhar esse exame aqui."

Aí, disse: "- Tudo bem." Aí, doutor veio e disse: "- O que é 'que' 'tá' acontecendo, F.? 'Tá' ciente?" Eu disse: "- 'Tô'. Doutor, porque eu quero tirar uma dúvida, uma coisa que eu quero dizer "pro" senhor.

O senhor é uma pessoa evangélica, crê muito em Deus. Não esconda nada 'pra' mim. Não esqueça, eu peço ao senhor que não... que não esconda de mim não. De maneira nenhuma." Ele disse: "- Sente."

Aí olhou "pra" minha menina, olhou "pra" todo mundo, "né"? "- Sente." Eu disse: "- Doutor, eu 'tô' com câncer?" Ele disse: "- F., você é louca?" Aí, ele apertou no meu braço. "- Você 'tá' louca, Fátima?"

(disse o médico). Eu disse: "- Não, eu quero ouvir do senhor." Aí ele "foi", explicou "tudinho". "Não sei o quê". Daí ele desenhou "tudinho". Como tinha tirado do intestino. O que é "que" tinha paralisado,

"num" "tava" enraizado. Eu disse: "- E porque o senhor passou aqueles 'negócio' todo? Eu nem sabia que isso aqui existia. Eu nem sabia que essas 'triste' existia.'" - Não, F. É por segurança, 'pra' você e 'pra' gente. A equipe 'todinha', ela vai explicar a você." (disse o médico) "- Eu não 'tô' doutor?" (disse F.) Ele disse: "- Não. Você não 'tá' não." Então, a partir daquele momento, doutora, até hoje, "tô" feliz,

feliz, mais feliz ainda. Mais feliz ainda. A senhora acredita? Eu foco muito "as coisa", muito as "pessoa", que "tão" passando pelo que eu passei. Eu digo em "todo canto", que tive câncer, não escondo "pra" ninguém. "Isso é" na fera, é no hospital, onde eu "tiver", eu conto "pra" todo mundo.

Meu marido não se sente bem. Mas eu me sinto bem "falar" que tive, entendeu? Eu me sinto bem "falar". Eu tive! Por que esconder? Eu não vou esconder de ninguém, porque se eu escondo desse alguém, eu "tô" enganando à Deus. Eu não quero enganar à Deus. Se Deus me curou, porque vou enganar "pra" Ele, "né"? E "tô" feliz. "Todo canto" que chego, graças à Deus, com o apoio da minha

família, “que” primeiramente Deus, segundo minha família e terceiro aqui, doutora. Terceiro, aqui. Porque aqui eu tive mais apoio, mais palavras “bonita”, de que na minha própria casa. Porque meus filhos “são tudo casado”, cada um nas suas “casa”. Eu e meu marido só. Meu marido sai de manhã, chega de noite. Imagine, “né”? E se eu não tivesse muita fé em Deus, e não tivesse “que tá” aqui. Eu tinha pego uma depressão muito grande. Tinha, “mulher”! Porque no primeiro dia que eu fui enfrentei aqui, “pra” tomar a quinta, “que” eu olhei, doutora, é outro mundo. É outro mundo “pra” gente, “num” é? É outro mundo. Porque eu entrei lá dentro, “que” eu olhei assim, eu digo, “Senhor! Eu ‘tô’ em tuas mãos Jesus. Ora por mim e por todos que ‘tão’ aqui.”

O médico passou cinco “sessão”, eu tomei uma, doutora. Tomei uma, mas foi uma! Que me botou na santa efigênia. (risos) Foi! De segunda a sábado, de segunda a sexta, cinco soros, “os pequenininho” e “os grande” (risos) Aí, quando foi no domingo, quatro horas da tarde, me levaram assim, “ói”...- Um por dia, é?” (alguém pergunta) (é, porque a sessão dela foi, a quimioterapia dela era um soro dividido em cinco) Aí, graças à Deus, Deus primeiramente, segundo minha família e o apoio que eu tive aqui dentro. Um apoio que ... eu “tava” doente. (várias pessoas falam)

E5 - Bom, meu nome é Cl. Eu descobri... é, que estava com câncer... Aliás, eu descobri, não. Assim, eu tinha, “tava” amamentando minha filha, tinha deixado de amamentar naquele período e descobri um carocinho. E naquele descobrir, eu fui ao médico, fiz a ultra-som e acusou como um nódulo benigno, na ultra-som. Aí disse que era do tamanho de um pedaço de feijão, deixei “pra” lá. Passou um ano. Também um ano. (risos) Aí, quando eu cheguei lá, mais uma vez fiz a ultra-som e mais uma vez foi acusado como um nódulo benigno. Mas, aí eu acreditando também, do jeito que eu sou, eu disse assim: “- Doutor, eu quero saber mais o seguinte, eu vou fazer uma cirurgia, logo disso. ‘Pra’ ficar livre da cabeça, esse negócio, tirar qualquer nuvenzinha.” Aí fui. E ele disse: “- ‘Tá’ certo, Cl. Você tem tudo ‘pra’ não ter. Amamentou, não tem casos, não tem hereditariedade. Tem seios pequenos. Só se for por questão psicológica.” Eu acho que foi essa que me pegou, “né”? E logo naquele tempo eu estava um pouquinho... eu sou muito... eu sou católica. De raiz, acho, é pode se dizer assim. De família bem tradicional. E, mas naquele tempo do tratamento eu estava muito afastada de Deus, “né”? E o que “é que” aconteceu? É... eu fiquei naquele... Fiz a cirurgia. Ele me mandou “pra” um cirurgião plástico. Só que quando eu cheguei na, na... no dia de fazer, eu antes me confessei. Fui me confessar. Todo um preparativo, “né”? “Pra” me entregar, realmente à coisa. Não

sabia nem o que era. Mas fui, me confessei e era como se tivesse, assim, uma montanha bem alta e me jogaram no abismo. Mas eu tinha certeza que eu não ia me “estribuchar” no chão. Tinha certeza. Acredito também muito em Deus, meus anjos da guarda, Nossa Senhora “tava” ali comigo e “tava” me segurando. Já que tinha perdido minha mãe num acidente, também acreditava que “tava” ali comigo. Então era tudo uma, uma questão. E fui. Meu pai “tá” com um problema renal, também muito serio. E a pressão dele oscilava demais. Uma irmã minha disse assim: “- Olha, se você disser alguma coisa ‘pra’ papai, ele pode morrer! Então, não diga nada.” Aí, eu falei “pra” papai que eu ia só fazer uma cirurgia simples. No mesmo dia ia voltar. Que não tinha problema. E então tudo foi “pra” Recife com o meu pai. Aí eu fiz... entrei na sala de cirurgia sozinha, não tinha ninguém da minha família, não foi ninguém me acompanhar, mas tudo bem. Achei, como o médico falou, era uma queixa muito simples. Só é retirar um nódulo e pronto! Naquele mesmo dia eu “taria” de volta. Quando eu entrei na sala, assim que eu botei os pés na sala, é... eu senti aquela presença maior de Deus, como que... uma das enfermeiras chegou “pra” mim, “Ah! É tia Cl.” Eu sou professora. “É tia Cl. que ‘tá’ aqui. Ela foi professora dos meus filhos...” “Num sei o que, num sei o que lá.” Fez aquele “auê.” Eu não me senti nem um momento só. Não conhecendo tanto o cirurgião, mas a mãe, sim. Aí, já me senti acolhida, “né”? E fiz a cirurgia. O médico automaticamente pegou o nódulo e mandou logo “pra” biópsia. Não me entregou, não. E foi feita a biópsia. Dias depois eu recebi, também, muito curiosa, também. Abri, aí “pra” olhar “tava” lá no laudo: carcinoma. Não entendi a palavra. Aí, como ele já tinha dado o diagnóstico, que eu tinha tudo “pra” não ter. Eu fiz doutor : “- O que é “que” isso?” Ele “tava” assim, em pé, quando ele olhou, aí ele sentou de, de vez, assim e disse: “- Cl., você ‘tá’ com câncer.” Eu disse: “- E agora? O que é ‘que’ a gente faz?” (risos) “- E agora? O que é ‘que’ a gente faz?” Ele disse: “- Olhe, agora a gente vai ‘pra’ um processo.” Aí me mandou “pra” cá, “pra” falar com D. C., “pra” ver como “é que” seria o tratamento, e tudo mais. Como é que iria fazer a coisa. Mas meu ginecologista ficou muito preocupado comigo. Me mandou, também, “pra” o Recife, “pra” um cirurgião lá. E quando eu cheguei lá no cirurgião, com todo o diagnóstico que ele havia feito, ele me mandou e disse... aí, quando o médico olhou, fez : “- Você quer fazer a cirurgia amanhã? Eu fiz: “- Olhe, doutor, só não faça amanhã porque não trouxe ninguém, ninguém da minha família sabe! E não trouxe uma muda de roupa.” Mas na hora parei. Ele fez : “- Então ‘tá’ certo. Venha semana que... é na semana seguinte.” Na semana seguinte era justamente o dia de Nossa Senhora das Dores. Que eu “tava” toda... é em Caruaru, feriado. Meu pai já estava no Recife. Aí, fui. Fiz

minha cirur... minha cirurgia. É, no primeiro ele só tinha tirado o nódulo. Depois tirou um quadrante da mama e tirou onze nódulos axilares. Seis “tavam” doentes. (outras pessoas interferem) Seis estavam. Eram onze! Seis estavam doentes. Aí, com quinze dias depois, lá vai a outra radical. Fiz a radical, isso tudo no Recife, minha família toda no Recife e eu... Me deu aquela força que eu “tava”, porque, interessante parar “pra” ver. Porque é a família, realmente, sentindo o peso. Meu pai de um lado, eu do outro. A gente não “tava” em Caruaru. A gente “tava” no Recife. Eu “tava” saindo “dum” casamento desastroso, com a filha de dois anos e todos três numa casa. Frente a isso tudo, e o papai daquele jeito. E o meu, a minha preocupação era: se alguém contasse “pra” meu pai. E outra coisa também, quando a gente, eu pelo menos, na minha visão, é... quando as pessoas que estivessem ao meu lado, meus amigos soubessem, poderiam se afastar de mim, como se fosse uma doença contagiosa. Mas, ao contrário, eu nunca percebi que era tão querida e tão amada quanto eu era. Porque se aproximou gente que eu nunca imaginava, recebi mensagem de gente que nunca imaginava, é... gente “de tudo que era” religião me procurava, conversava e tudo mais. Mas, dizendo assim: “- Você parece que... a gente vem aqui, prega uma coisa ‘pra’ você, mas você dá outra ‘pra’ gente, que é uma resposta positiva daquilo. Você dá muita coisa.” Quando eu vim, comecei a fazer a quimioterapia, eu cheguei aqui com mais dois amigos e quatro irmãs. Só podia entrar uma pessoa, mas entraram seis. Entraram seis. Aí, quando entraram os seis, aí fiz, olhei aqueles “soro”, “né”? Tudo colorido. Eu fiz: “- É! De verdade, eu estou com um arco-íris dentro de mim.” “Né”? Tirei na brincadeira. Aí, uma colega minha e um amigo meu, brincavam muito comigo: “- Tem jeito não, você sempre “tira uma gracinha” daquilo que você ‘tá’ fazendo.” Mas é aquela história, que a gente descobrir a coisa, o positivo do negativo, “né”? Mais a diante, aí como eu “tava”... é, trabalhando também, tive que tirar as licenças. “Pra” variar, fiquei muito fraca nas quimioterapias. “Pra” mim eram as sessões horrorosas, péssimas “pra” mim. Eu sofri muito. Até o cheiro de esparadrapo era triste! (risos) Era triste “pra” mim! Aqui, ao contrário, como as meninas falaram, é... um lugar assim muito receptivo. E olha que não era assim! Era... Quem chegar aqui “tá” bom! E a gente ainda pegou na... eu ainda peguei a reforma, tudo!

P - Uma situação bem difícil, não é? Precária.

E5 - De começar mesmo! Era tudo começo! (uma mulher pergunta) Quer dizer que você “ta” contando vitória a quantos anos já?

E5 - Dez anos.”- ‘Eita’ que coisa boa!” (retrucou a mesma mulher) (risos). Dez anos. (várias pessoas falam)

P - Cl., você falou que é uma pessoa religiosa. Você se vê uma pessoa espiritualizada também?)

E5 - Muito, muito!

P - Qual a diferença para você da religiosidade, espiritualidade?

E5 - Doutora, quando a gente é espiritualizada, a gente passa isso, transmite isso aí, sem querer, até. Até mesmo pelo jeito de olhar, do jeito de sorrir, do jeito de falar e do jeito que as coisas vêm “pra” gente. A gente não se sente tão agredido, quanto poderia ser. Porque na minha família, eu vim descobrir que minha avó teve! Mas só eu que vim ter. Aí, até uma tia minha veio me perguntar: “- Por que você? E não eu?” Eu fiz: “- Porque alguém tinha que pegar uma herança da família.” (risos). Levando sempre na brincadeira, eu acho que isso é um espiritual. Deus dá uma força diferente “pra” cada um da gente, e a gente sabe lidar com cada problema de uma forma diferente.

P - você falou que estava afastada da religião no momento que estava doente, então você retorna, ou antes de adoecer?

E5 - “Tava”. Antes, porque no período que eu fiquei casada, foram cinco anos, praticamente afastada da religião. É... meu marido me fez ficar, como se fosse uma trouxa. Eu me permiti, ficar fechada naquele ambiente. Só quis viver “pra” ele. E com isso, foi isso que me aconteceu.

P - Qual a importância hoje, ou então durante esse processo de doença, dessa religiosidade ou espiritualidade na sua vida?

E5 - Total. Porque a minha religião, minha é... essa vivência que eu tenho, me faz ficar mais forte. E assim, da mesma forma que hoje, é... eu não faço: “Eu sou um peito pirata mesmo!” Não faço, não faço a reconstrução! Mesmo porque não quero uma coisa, é... artificial. Se tiver que ser, seria minha! A gordura própria da barriga. (RISOS) Mas nem isso eu consegui, “né”? E Deus faz a gente fazer essa coisa, “pra” justamente passar isso “pras” pessoas. Eu me acho instrumento dessa obra. De que as pessoas possam vir, ver e até perguntar: “- Por que você não tem?”

P - Você se vê diferente de algumas pessoas? O seu enfrentamento é diferente de algumas pessoas que adoeceram em sua época?

E5 - Sim!

P - Você acha que isso faz, é um diferencial para estar bem hoje?

E5 - Não assim, me sentir superior. Porque eu acho que, é... me vejo, como ela falou que era uma, é... bomba de Hiroshima, eu me sentia na guerra! Na guerra. Um dia estou, sou uma guerreira junto com meus amigos, mas via, é... em cada sessão, um cair a cada lado. E você “ta” ali! Em frente, firme, forte. Sem também contar o outro, também. Mesmo quando você “tá” meio assim, “pra” baixo.

P - Você via pessoas religiosas, espiritualizadas indo embora, também?

E5 - Vi, também. Vi, mas eram menos. Sabe? É, sentia que as pessoas que tinham mais um

pouquinho, exato. Tinham mais força, assim, e até ajudavam a gente a segurar, vamos dizer, ficar de pé. Sabe? E gritar e dizer... E com isso eu acho, que assim o câncer ia descobrir tantas coisas boas também. Porque por meio do câncer eu consegui duas aposentadorias. (risos) O marido ficou longe em descobrir o quanto eu era amada, que eu não... até então, como eu só vivia para o meu marido e então, no meu caso, “pra” minha filha que só tinha um ano, dois aninhos... Então eu não sabia, não tinha a percepção de como eu era amada. E hoje eu sinto um amor extremo aonde eu estou. Na minha comunidade, na minha, na minha casa, na minha família, na minha paróquia, no meu estudo, até do resto.

E6 - Sou T. A., tenho 63 anos. Sou casada. Mãe de três filhos. Quatro netos. Uma família que me dá apoio, sempre deu, principalmente no momento, “né”? Eu descobri o meu nódulo no auto-exame. Já fazia mais de cinco anos que eu não fazia uma mamografia. Porque eu não tinha tempo “pra” me cuidar. Era comerciante e não tinha tempo. E no auto-exame, creio eu nessa força maior que é Deus, que é nossa Mãe, nós católicos cremos, que me mostrou, porque nem o auto-exame eu fazia. Mostrou que eu deveria fazer o auto-exame. E comecei a fazer na hora no banho e tal, e comecei a sentir que “tava” com um nódulo. E nem “pra” meu marido eu disse. Eu trabalho com cinco, seis mulheres, “né”? A gente ficava “junto”, na cozinha. Eu dizia a elas, eu me sentia, não como patroa, mas como ajudante:

“- Meninas, ‘tô’ me sentindo com um carço na mama.”

“- E por que ‘que’ a senhora não vai na médica?” (disseram as meninas)

Eu parava, assim e dizia: “- Porque não. Eu ‘tô’ sem tempo. E não ‘tô’ com tempo de ir ‘pro’ médico. Por enquanto eu estou na mão de Deus. Quando Ele permitir, eu vou.” E isso eu não tinha nem noção, nem perspectiva de quando eu iria. Mas como Deus é poderoso, eu acho que não foram dois meses... acho que não chegou a dois meses, quando eu percebi que estava com o nódulo... Ele permitiu. A gente nunca sabe como e nem porquê. Mas Ele permitiu. Ou uma discussão entre “mim” e uma funcionária, discussão forte mesmo, sem quê nem “pra” quê, besteiras que a gente, se agrediu verbalmente, “né”? E, claro meu marido deve ter estado da cozinha, deve ter entrado no salão, ele deve ter ouvido alguma coisa, mas não deve ter percebido o quê “tava” acontecendo. Quando eu fui embora “pra” casa mais cedo e eu acho que ela foi à ele, “né”? Ela tinha agredido verbalmente. Aí chegou em casa e... É que ele é um marido maravilhoso, mas é um pouco grosseiro “né”? Daqueles “matuto”.

“- Pode me dizer o que está acontecendo?” (disse

o marido)

Eu falei: “- Sem ‘comentário’. Eu não quero comentar nada.” (disse T.)

“- Pois...” Mesmo assim: “- Pois, a partir de amanhã você ‘num’ vai mais ‘pra’ lá.” (disse o marido)

Aí “desesperei”, “né”? Porque eu sempre me julguei e me achei o braço forte dele, como ele é meu braço forte. “Que” ele aos vinte e nove anos, ele sofreu um acidente, perdeu um terço, “né”? Da perna, “né”? Esquerda. Até então eu só cuidava de casa e dos filhos, mas a partir daí eu já passei a ser um braço direito dele, trabalhar junto com ele “pra” criar os nossos filhos. Aí, ele ficou... se ele não tem condições de lutar com aquilo sozinho. Cuidar de uma cozinha e cuidar do salão. Nós temos seis funcionários. Aí “desesperei”. Chorei.

“-Não vai. Não vai mais.” (disse o marido)

Tudo bem. Aí, passei a noite quase que chorando, “né”? Aí no outro dia bem cedo, ele me levantou, ele me chamou. “Pra” mim ele me chamou. Tudo bem, “foi’simbora” embora. Aí “quando foi” sete horas, a minha filha, a caçula, ela ia com a gente, “né”? Ela trabalhava.

P - Foi quando você foi para o médico? foi quando você foi ver a mama? a sua mama?

E6 - Não. Antes, “né”? (várias pessoas falam) Aí eu, não! Quando eu me levantei, aí eu tinha combinado com ela que ela não fosse com ele. Ele ia chamar, mas ela não fosse com ele. “Que” eu iria com ela, porque eu não ia deixar ele sozinho. Ele não quer, mas eu vou. Não vou “pra” cozinha, mas se eu chegar lá e ele perguntar o que é “que” fui fazer, eu: “Tive que tomar café. Em casa não tinha café.” (risos) Mas ele... Cheguei lá, entrei, falei com quem devia falar, com quem não devia não falei. Peguei meu café, tomei meu café e fiquei por ali. E, claro, naquele dia, diferentemente do que eu ia, que eu ia sempre de carro com ele, eu num ia... “num” tinha necessidade de eu ir bem arrumada, “né”? Então naquele dia eu fui com a minha roupinha melhor, “né”?

Aí os clientes, os fregueses, os amiguinhos da gente: “- Mas a senhora ‘tá’ bonita hoje.”

Eu digo: “- Brigada.”

Enfim, aí fique indo somente dá apoio “pra” ele no salão. Na cozinha não entrei mais. E cortei amizade com a criatura que a gente discutiu. Sei lá, me achei até despreocupada com o meu carocinho. Aí eu acordei “pra” vida com um amigo que a esposa dele “tava” em tratamento.

Aí fui perguntar a ele: “- Como é que foi o processo de sua esposa?”

Aí ele contou o processo dela, aí eu... uma luz bateu, “né”? “Que é que” eu “tô” fazendo? Agora eu tenho tempo. Aí, quando ele saiu já peguei o telefone, já procurei numa agenda telefônica um mastologista, e marquei, e fui. Aí lá, citei o fato dessa amiga que tinha feito uma mamografia, seis meses lá “num” tinha dado nada, seis meses após... “num” sei se

ela sentiu, o que é eu foi, que fez outra mamografia e o processo dela “tava” bem... “tava” mal. Aí eu já cheguei já e contei meu problema, “né”? “Pra” ele e já fui logo intimando.

Eu digo: “- Não quero essa mamografia, porque eu não vou fazer.”

Aí contei, “assim, assim, assim”. Eu não vou fazer. Disse: “- Não, a gente... a gente vai fazer uma ultrassom e aí vai ver.”

Aí quando ele passou “na” ultra-som, acusou um “nódulo” de dois centímetros e meio, por 1.4.

Ele disse: “- Realmente tem.”

“- E aí? Qual é o processo?” (disse T.)

Ele disse: “- A gente vai fazer, tem que fazer uma biópsia ‘pra’ ter certeza se é maligno ou benigno.”

Aí eu falei: “- E como é isso?”

Disse: “- A gente vai fazer por punção.”

Aí fez, marcou “pra” mim. Aí fez a punção e botou o material lá no vidrinho e tal. Tirou um líquido “pra” por na lâmina. Aí eu “tava” assim, numa situação um pouco crítica financeiramente, e comentando com a prima do meu marido, ela tinha muito conhecimento com pessoas que trabalham na área de saúde, aí uma pessoa se prontificou a levar o meu material “pra” um laboratório, que me custaria, por meio dele, me custaria a metade do preço de uma biópsia comum lá. Tudo bem, eu até aí, eu não “tava” imaginando, pensava, mas não imaginava, qual o risco que eu estava correndo. Aí ele levou essa biópsia “pra” Belo Horizonte, demorou doze dias. Aí, quando veio a biópsia, veio que a lâmina não tinha sido possível analisar porque estava ressecada e o laudo seria benigno, um nódulo benigno. Eu fiquei, fiquei contente por um lado, mas “num” fiquei...

P - Confiante?

E6 - Confiante! Porque o que “me tirou” na punção, foi como migalhas de gordura. Foi o que eu vi no vidrinho, duas “migalhinhas” de gordura. Aí fui, “né”? Cheguei lá, mostrei “pra” ele.

Ele disse: “- Demorou muito.”

Aí eu expliquei a situação, “né”? “Pra” ele.

“- Você, se pudesse levar até o doutor Romualdo, com cinco ‘dia’ já tem o resultado. E se houvesse alguma falha, ele ligaria e eu chamaria você de volta ‘pra’ gente fazer o processo novamente. Agora nós vamos ter que fazer o seguinte, eu vou ter que abrir e tirar esse nódulo. Tentar tirar esse nódulo totalmente.”

Eu disse: “- Não seja por isso não. E quando é isso?”

Marca no outro dia à tarde, eu fui no outro.

“- E quanto é que vai ficar isso?” (perguntou T.)

Que a minha preocupação era gastar, “né”? Que eu não tinha.

“- Vou te cobrar nada não.” (disse o médico)

“- ‘Tá’ bom.” (disse T.)

Aí fui, ele abriu com anestesia local, puxou, graças a Deus, tirou ele todinho.

“- Agora leve ‘pra’ D.R.” (disse o médico)

“- ‘Tá’ certo.” (disse T.)

Aí levei. Com seis “dia” veio o resultado. Eu abri. (risos) A curiosidade falou mais alto. Abri “pa, pa, pa, pa, pa, pa”. “Ta” bom. Aí, fui levar.

“- Entendeu o exame?” (disse o médico)

Tem aí. Eu falei: “- ‘Tá’ aí. ‘Num’ tem nada que preste! Tem uns ‘palavrão’ aí, que eu sei que ‘num’ tem nada que preste.”

Aí ele olhou e disse: “- É, realmente é maligno.”

Falei: “- Quero saber qual é o processo?”

Aí veio explicando, que a gente ou fazia o quadrante, ou ia fazer quimioterapia, ou retirava...

P - Mas falou que era câncer para você?

E6 - Falou. Aí eu já tinha visto: carcinoma. É um palavrão muito feio, “né”? (RISOS) Já sabia.

P - Quando você recebeu esse diagnóstico, T., qual a emoção que veio?)

E6 - Nenhuma.

P - Por quê? você estava segura?

E6 - “tava” segura.

P - Por quê?

E6 - na mão de Deus! porque a partir do momento que eu disse as minhas amigas: “- por enquanto eu estou na mão de deus. quando ele permitir eu vou ‘pra’ mão dos homens.”então eu estava segura que eu estava na mão de Deus.

P - Você tinha uma prática religiosa?

E6 - Tinha!Tinha!

P - Você se vê como espiritualizada ou religiosa?

E6 - Aí, eu, eu... tinha essa confiança total em Deus, e sabia que se tivesse chegado meu momento, eu estava na mão Dele, “pra” ser feita a vontade Dele e não a minha! E todos os dias eu dizia: “- Senhor, seja feita a Tua vontade e não a minha.”Todos os dias eu falava com Ele assim. E aprendi a... lendo a bíblia, ler o salmo 26, algumas bíblias 27, é jubilosa, confiante... é confiança em Deus, “coisa assim”. Então me sentia fortalecida naquelas palavras que eu lia todos os dias, naquele salmo.

P - Independente do que fosse acontecer?)

E6 - Independente! Minhas duas, que são duas filhas e um filho. Um disse “num sei o quê, num sei o quê”. Estou na mão de Deus. Se for chegada a minha hora... “Num” era uma cirurgia urgente, “num” era nada que vai “me evitar de me levar”, de me levar “pra” outra vida. Eu só espero estar preparada, “né”? “Pra” enfrentar outra vida. E vamos. Vocês ficam. Era, minha resposta era essa, serenamente sem, sem... sem assim, sem preocupação, sem medo, entendeu? Em momento nenhum eu tive medo de morrer, nenhum. E serenamente, como eu disse ao doutor, eu digo: “- ‘Tá’ aí, ‘num’ tem nada que preste.”Como eu “to” falando aqui, não tem nada que preste! E sem... só quis saber qual era o processo, ele “teve” explicando o processo dele, qual era. Porque tinha uma inspeção de enxerto “pra” fazer. Perguntei se poderia ser feito as duas, “né”? Eu digo, “pra” aproveitar, “né”? (risos)

Já que eu “tava” deitada na cama. Tinha que aproveitar, “né”? (risos). Ele disse: “- Pode.”- E qual é o processo? É o senhor que faz tudo?” (pergunta T.) Ele disse: “- Não. A minha parte é a mama, ‘né’? Sou mastologista e aí você vai ‘pra’ o seu médico, lá, aí eu falo com ele. Se ele quiser fazer, faz.” E a proposta dele era essa, “que” eu fizesse a mastectomia, não ia fazer quimioterapia. Claro que eu optaria, independente de precisar ou não, fazer a mastectomia “pra” não fazer quimioterapia. Aí fui “pra” o outro médico, e sempre a mão de Deus no meu caminho, na minha vida, ele pediu uma, uma colposcopia. Aí marquei com a D. S., fui fazer a colposcopia e assim, “tava” lá, “tava” só eu e uma outra paciente que ia fazer também. E aí, “começou” a conversar, “né”? Que geralmente a gente começa a conversar, “né”? E comecei a falar do meu problema. Ela perguntou qual era meu médico, aí eu citei. Disse: “- Não faça sua cirurgia com ele. Não faça!” Eu não sei quem era essa mulher, não conheço, não conheci, não conheço. Se fosse ver agora, não sei quem é. “- Não faça.” (disse a mulher)”- ‘Mulher’, não sei, ‘né’? Ele ‘num’ me cobrou ‘pra’ fazer essa colposcopia e vou falar com o outro médico, ‘né’? Que eu já estive com ele uma vez. Ele disse que eu precisava fazer essa suspensão. E vou ver o que ele vai me dizer.” Diz ela: “- Pelo amor de Deus! Você trabalha aonde?” Aí eu falei: “- No Santa, ‘assim, assim’...” Aí ela disse: “- Eu trabalho na empresa Bahia. Eu sou cobradora. E eu vou no seu bairro saber se você fez essa cirurgia com ele. Não faça!” E aí tudo bem. “Tô” na mão de Deus. O que Deus me indicar eu vou fazer. Aí, quando entrei, “né”? “Pra” fazer a colposcopia, a doutora perguntou “né”? Por que “ta” fazendo, “né”? Aí eu falei. Aí ela perguntou se eu estava com o resultado da biópsia. Falei: “- Estou, ‘tá’ aqui na bolsa.” Ela falou: “- Depois eu quero ver.” Aí, quando mostrei “pra” ela, ela disse: “- T., por que você não vai ‘pra’ Recife?” Aí eu dei minhas desculpas, “né”? Que eu “num” conheço ninguém em Recife, “num” tenho ninguém em Recife, eu “num” sei nem andar em Recife! E eu acho difícil “pra mim” ir “pra” Recife. “- Vou falar com doutor ‘fulano’ e vou ver o que ‘que’ ele vai me dizer.” (disse T.) Ela disse: “- É, mas o melhor... você esqueça essa parte de suspensão de bexiga e vá tratar da mama. Que é o essencial agora.” Falei: “- Tudo bem. Vou falar com doutor ‘fulano’ e vou ver o que ele vai dizer.” Aí, quando... tinha marcado, fui “pra” lá, peguei o resultado da colposcopia e fui “pra” lá. Ele é muito conversador, “né”? Tinha nada daqueles “problema”. É isso aqui ó... E joguei o resultado da biópsia na mesa dele. E eu vim aqui “por isso, por isso, por isso e por isso” e o médico falou que podia fazer “assim, assim e assim”. Ele olhou “pra” mim, deu risada, disse: “- De jeito nenhum.” Aí citei que ele tinha dito que se eu fizesse a mastectomia, que não precisava fazer quimioterapia. Aí ele falou: “- Eu não tenho nada

contra esse médico, mas não mais indicado ‘pra’ fazer sua cirurgia. Porque você... vai ter que ser uma mastectomia, porque já foi mexido. Então, tem que ser uma mastectomia e você tem que fazer a quimioterapia.” “- Mas eu não vou fazer.” (disse T.) Ele disse: “- Por quê?” Falei: “- Porque papai do céu não vai deixar.” Ele riu outra vez e disse: “- Mas é preciso.” “- É. Se for preciso, claro que eu vou fazer, ‘né’? ‘Tô’ na mão de Deus e não abro mão disso.”

P - T., deixe eu te interromper, deixe eu te perguntar uma coisa, qual é a influência da tua fé, tuas crenças na tua vida?)

E6 - Qual é a influência? Total na minha vida! Eu acho que se não fosse Deus na minha vida, em todos os momentos da minha vida, desde que... desde de, de que nasci, eu não estaria mas aqui. Porque meus pais eram de, eram não, são não é? São de fé e de igreja. Eu me criei com fé em Deus. E me casei no civil, no religioso, na igreja. Aí, como par, depois do casamento a gente abandona um pouquinho a religião, “né”? Porque vai se dedicar a marido, a filhos, “isso, aquilo, aquilo outro”. Chegou um momento que eu precisei retornar. Quando meu filho se separou, que eu precisei retornar. Que eu me senti abalada, rejeitada, excluída. Eu digo, meu Deus! Eu tenho que procurar um caminho. Eu não posso ficar assim, “né”? Aí foi quando eu voltei “pra” igreja, voltei com fé e coragem mesmo.

P - Você acha que a tua religiosidade ou espiritualidade influenciou hoje na tua cura, na tua remissão na doença? Se você não tivesse essa fé, essa crença você acha que você não estaria boa?)

E6 - Eu acredito que não, não é? Porque eu me coloquei na mão dele, nos braços dele. me joguei nos braços dele. é... se for da tua vontade, sim! me cura. e se quiser...

P - As pessoas que não têm fé, que não tem uma vida espiritual, elas não ficam boas ou elas têm mais dificuldade?

E6 - Eu acredito que têm mais dificuldade de aceitar, “né”? Porque... eu não sei, cada cabeça é um mundo, “né”? Como se usa dizer. Eu, na minha cabeça, em momento nenhum eu me desesperei. “Num” “tô” dizendo isso “pra” ser bonitinha “pra” ninguém não! Em momento nenhum eu me desesperei! Minhas filhas, não, não iam ficar. “Tô” na mão de Deus. Sempre falando assim. Até que, como eu disse, eu não tinha condições nenhuma de, de, de, de se eu fosse fazer uma cirurgia particular... Eu “cheguei pra” Recife, doutor V. me mandou “pra” Recife, “pra” um oncologista lá. E eu fui pensando que eu teria assim, uma... um encaminhamento, “pra” fazer pelo SUS, porque eu já tinha ouvido falar que o SUS dava direito a essa cirurgia, sem protelar, sem espera, “né”? Aí, quando eu fui “pra” Recife... particular, tem que fazer, isso foi numa quarta-feira.

Ele disse: “- Vamos marcar ‘pra’ segunda-feira. Que isso já foi mexido e a gente não sabe como está.”

“- E quanto é?” (disse T.) Na época ele pediu um absurdo. Eu fui categórica. Falei: “- Não tenho! Não tenho e não tem como! Posso ter como arrumar emprestado, mas não gostaria. Aí eu não vou acertar nada com o senhor porque eu tenho que falar com a família, ‘né’? Marido, filho, genro. Tem que se reunir e ver o que ‘é que’ faz.” Que, a princípio meu marido disse: “- Não. A gente vende a casa.” Falei: “- Não. Vender a casa não. ‘Num’ vai haver necessidade disso.” Aí, eu sei que... isso foi na quarta-feira, na quinta-feira já fui conversando com outras pessoas. Minha filha tinha um amigo que fazia Medicina, ele... Ela falou com ele, ele já se prontificou a me levar aos professores, em Recife. Uma outra pessoa, também, amiga da minha filha, fazia Medicina também, se prontificou, que falaria com ele “pra” me levar “pra” Recife. E também eu tive a informação de D. L. E fui até D.L. Fui. Eu soube que ela atendia pelo Município. Eu fui, por meio de uma amiga. Que amigos são “pra” essas horas, não é? “Pra” sempre que precisar de alguma coisa, “T., me procure”. Ela “tava” lá na secretaria. Aí, chegou a hora, eu fui. Cheguei no dia que ela estava de plantão, doutora tão bela. Nome de Deus, “né”? Falei com ela, ela me apresentou, a minha amiga me apresentou a ela. Falei com ela, ela perguntou se eu já tinha feito biópsia, se tinha dado positivo. Eu disse que sim. Isso foi numa quinta, ela disse: “- Eu estou aqui novamente na segunda-feira. Traga seus exames ‘pra’ gente ver, que já vou fazer um encaminhamento.” Aí eu já deixei de lado a... o rapaz, “né”? Que fazia Medicina aqui. Nesse mesmo dia, ele chegou lá em casa, veio de Recife, foi lá em casa. Falou comigo, tinha falado com os professores e que disseram que me levasse. Eu já tinha falado com D. L., aí falei: “- Não. Eu prefiro ficar por aqui. Porque eu acho ‘pra’ mim ir ‘pra’ Recife difícil. Porque não tenho ninguém lá. Então eu vou ficar.” A minha preocupação naquele momento era ficar distante da família, entendeu? Eu falei: “- Eu vou... falei com doutora Libelina, ela disse que tem prioridade, que vai fazer e que tem prioridade, então vou ficar por aqui mesmo. Te agradeço bastante e tal...”

P - Foi a médica que te operou?

E6 - Foi. Aí, dentro de quinze dias eu “tava” cirurgiada. Foi uma cirurgia comum, “né”? Eu acho que deve ser. Nunca senti nada, nem antes nem depois. Me operou à tarde, de “manhãzinha” me mandou “pra” casa. Eu só tive da necrose, “né”? Que ela deixou tecido, “pra” depois reconstruir a mama. Mas aí necrosou. Ela teve que tirar. Mas nem nessa necrose eu nunca senti dor. Ela disse: “- Eu vou ter que tirar essa pele.” Eu falei: “- Pode tirar! Não tem problema.” E fiquei, acho que quase... foi em junho, julho, agosto... quase dois meses fazendo curativo, “tapando”, tirando aquela pele branca que se formou, “né”? Até cicatrizar, “pra” mim poder vir “pra” cá.

E7 - Meu nome é E. Tenho 54 anos. Sou casada, tenho três filhos, dois netos e uma que “ta” vindo. (risos) Minha vida foi, assim, há dezesseis anos que eu tive câncer. A primeira vez, quando aconteceu eu estava numa praia, sentada na cadeira de sol, quando eu “debrucei”, que coloquei as mãos na nuca, notei um nódulo que não era nem na mama, nem na axila. De repente. “Pra” mim foi uma surpresa. “Tava” na metade das férias, em Janeiro. Aí eu mostrei a minha cunhada. Minha cunhada disse: “- Isso não é nada não.” Eu disse: “- Eu acho que é alguma coisa. Que apareceu de repente.” Daí, terminou as férias. A gente voltou no final do mês de janeiro. Quando eu cheguei, falei “pra” minha vizinha. Ela disse: “- Vamos ao médico! Vamos no Pronto Trauma. Tem um médico amigo meu. Ele vai tirar isso ‘pra’ ver o que é.” E realmente, quando ele tirou ele disse: “- Isso não é nada não.” Mas minha vizinha disse: “- Não, doutor! Que é isso!” Aí, ele é amigo dela, muito amigo. Aí ele disse: “- Então vamos fazer a biópsia?” - Tu ‘tais’ doido, a gente jogar um negócio desse?” Ela disse. Que ela é enfermeira, entrou na sala comigo. E quando eu recebi, fui no consultório dele, “peguei”, sem nem saber, não abri. E quando ele abriu, eu fui a última paciente dele, na época. Quando ele abriu, ele, aí ele disse: “- Você ‘tá’ com câncer.” Chorei muito, porque na minha família eu fui a primeira, que eu tenho histórias de câncer depois de mim. Já morreu meu pai, uma irmã minha assim, de câncer. E teve uma irmã minha, também com o mesmo problema na mama, que após... “mim”, dois anos, ela teve. Graças a Deus “ta” bem, igual a mim. E no período eu fiz, tomei a medicação... Minha história é longa, porque nesse período de dezesseis anos eu tive câncer na mama direita, que foi onde aconteceu primeiro, voltou “pra” esquerda e da esquerda voltou “pra” direita. Quer dizer que...

P - Mesmo sem ter a mama?

E7 - É, sem ter a mama. Quer dizer que eu tive o câncer três vezes. Porque o primeiro foi o que fiz a quadrante. Fez a quadrante. Que o nódulo não “deu” na mama, mas ele, o médico, D. E., na época, já falecido, também meus médicos, os dois que me acompanharam na minha trajetória, todos dois faleceram e eu estou aqui. Agradeço todos os dias a Deus por estar aqui contando que a minha vida é muito preciosa, que Deus me ama demais e que eu devo muito à Maria, minha Mãe Santíssima, que sempre me dá forças e que ela, que sempre “tá” na frente das minhas dificuldades, porque eu costumo dizer que não é o câncer que nunca me abateu, eu acho que os problemas maiores da minha casa, o problema é meu dia-a-dia, foi que me fez voltar. Mas o câncer em si, “pra” mim ele não, não me abateu quase nada. Porque o processo, quimioterapia, a radioterapia é sofrido. Mas eu passei. Fiz três ciclos de quimioterapia. Porque fiz a medicação cinco anos e quando parou, eu tive uma metástase óssea

na coluna. Fiz quimioterapia. Aí, minha irmã, que já tinha passado pelo tratamento da quimioterapia, disse... aí me deu muita força na época, “né”? Há anos. Eu nem gosto de contar os anos, que eu sempre digo, como vocês falaram: “Eu completei dezesseis anos.” Não é? Aí eu nunca falo quando eu tive. Que já passou. Eu nunca penso, nunca deixei de sair, de ir “pra” festa, de ir “pra” nada, mesmo carequinha, boto o lenço. Na época que foi minha primeira quimioterapia, minha irmã me deu uma peruca. Eu usava peruca, mas dessa vez eu disse: “- Eu não quero nada. Eu vou ficar assim, porque eu quero ser assim. Eu sou assim. Deus me quis assim. Se Ele me curou mais uma vez é porque Ele ‘tá’ aí me dando essa chance e Ele ainda tem muitos propósitos na minha vida.”

Então, é... foi muito difícil a minha primeira quimioterapia, porque todo mundo “tava” em clima de carnaval e a gente tem uma casa em Pintimbu. Eu fiz a minha primeira quimioterapia e o namorado da minha menina trabalhava em Recife. Daqui de Recife a gente vai “pra” Pintimbu. Aí minha irmã disse: “- Olhe, você vai sentir isso...” Até o momento eu não senti nada. Daí eu fiz a minha primeira quimioterapia, viajei. Até o momento eu não “tava” sentindo nada. Quando a gente parou, que foi esperar a condução, aí foi quando veio as... Dessa eu “num” esqueço jamais, foi a minha primeira que eu não esqueço. Mas as outras, que eu tive três fases de quimioterapia, nem essa última, que eu terminei agora em janeiro desse ano, eu senti muitas reações. É porque, eu sempre costumo dizer, se a gente não tem Deus, a gente não é nada! Eu sempre coloco isso na minha mente. Eu sem Deus, eu não sou nada, na minha vida. Então, é isso que eu tenho a dizer.

P – E., então você acha que esses dezessete anos, não é?

E7 - Dezesseis, vou fazer dezessete.

P - Dezesseis, que você está se tratando, o que te deu suporte, o grande diferencial para a questão da religiosidade ou da sua espiritualidade?

E7 - Os dois!

P - Você tem alguma religião?

E7 - Católica, graças a Deus.

P - Você sempre teve essa religião, ou essa religião veio a acontecer depois da doença?

E7 - Eu sempre... eu, assim, quando a gente casa, tem filho, a gente vai uma vez, mas nunca... Agora não! Agora eu estou mais engajada. E sempre freqüentava a igreja, só que agora eu sei mesmo que é isto que Deus sempre trabalha “pra” gente. Que a gente tem que ter, é... a certeza que... do amor que Ele tem por nós. Se a gente não tiver aquela certeza, eu acho que a gente não vence nenhuma dificuldade, principalmente a dificuldade da doença.

P - Você acha que esse é o seu grande diferencial?

E7 - É. A família.

P - Há dezesseis anos você vem assim? Se cuidando. Esse é o ponto de partida, de sustentação?

E7 - Com certeza. Eu acho que sem Deus na minha vida, eu acho que eu não venceria. E assim, a família é muito importante, a família é sempre o suporte “pra” gente andar. É muito importante. Tem momentos que a gente se sente muito só, mas que a gente tem “que colocar que” Deus é a “pessoa” mais importante na gente. Eu acho.

P - Todas essas dificuldades, nas grandes dificuldades desses anos foi Deus que te sustentou, te deu a mão?

E7 - Com certeza. Eu acho que Deus e... eu tenho muita fé em nossa Mãe, Maria Santíssima, Mãe, ele é... intercede sempre à Jesus por nós. E eu acho que... é o meu pensar. E se a gente não tiver as duas... a gente tem nos dois, eu acho que a gente...

P - Você teve uma diferença aqui, da grande maioria das pessoas, não é? seu câncer recidivou duas vezes. o que te fortalecia para poder continuar o tratamento, continuar fazendo as cirurgias? em nenhum momento você se desesperou, e pensou assim: “não, agora não vai dar mais certo.”

E7 - Não! Eu, assim, quando eu chegava na médica eu dizia: “Vai começar tudo...” Eu levava, assim... não levava muito a sério, não é? Porque a gente... eu não sei nem dizer, eu acho que é uma força que tem dentro de mim, que me faz caminhar “pra” frente. Não ver as coisas que eu já passei. É isso. Eu acho.

P.Ok, E. obrigada.