

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 07/12/2017.



VITÓRIA  
2017

GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO

Certificado pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida de Vitória - 07/12/2017.

A ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER

PPGCR  
Faculdade Unida de Vitória

Trabalho final de Mestrado Profissional  
para obtenção do grau de Mestre em  
Ciências das Religiões  
Faculdade Unida de Vitória  
Programa de Pós-Graduação  
Linha de Pesquisa: Religião e Esfera  
Pública.

Orientador: Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos

VITÓRIA  
2017

Castro, Geane Freitas Pires de

A espiritualidade no tratamento de pacientes com câncer / Geane Freitas Pires de Castro. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2017.

vi, 89 f. ; 31 cm.

Orientador: Francisco de Assis Souza dos Santos

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2017.

Referências bibliográficas: f. 82-89

1. Ciência da religião. 2. Religião e esfera pública. 3. Espiritualidade e câncer. 4. Coping religioso. 5. Religiosidade e fé. 6. Luto antecipatório. 7. Morte. 8. Saúde e doença. 9. Tratamento e cura. - Tese. I. Geane Freitas Pires de Castro. II. Faculdade Unida de Vitória, 2017. III. Título.

GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO

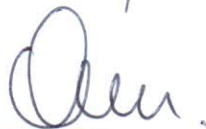
O PAPEL DA ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM  
CÂNCER

PPGCR  
Faculdade Unida de Vitória

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências das Religiões no Programa de Mestrado Profissional em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória.



Doutor Francisco de Assis Souza dos Santos – UNIDA (presidente)



Doutor Osvaldo Luiz Ribeiro – UNIDA



Doutora Léia Damasceno de Aguiar Brotto – UFES





Dedico à minha família (Paulo Roberto e meus filhos) que, além de suportar minha ausência pacientemente, foi um estímulo para a minha escalada profissional.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas bênçãos em todo o trajeto de minha vida.

À Faculdade Unida de Vitória, pela oportunidade de crescimento intelectual a alunos de todo o território nacional.

Ao Dr. Francisco de Assis Souza dos Santos, meu prezado orientador, pela dedicação e orientação incansáveis, do início ao final deste trabalho.

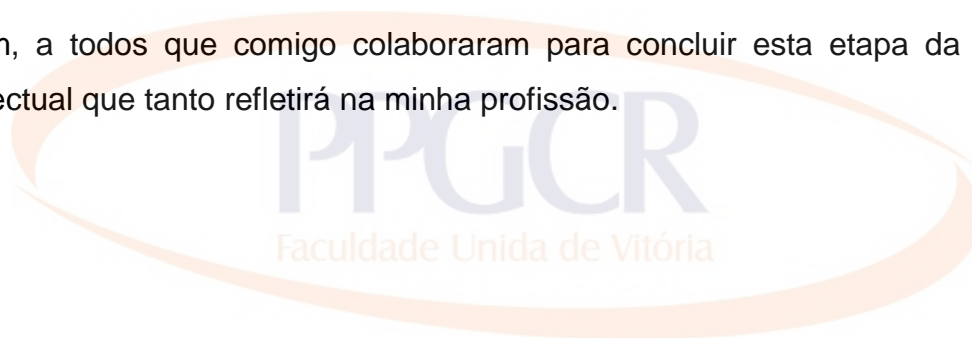
Aos professores da banca, pelas sugestões enriquecedoras.

Aos professores do Curso, pelos ensinamentos valiosos.

Aos funcionários de secretaria e biblioteca, pelo ótimo atendimento.

Aos colegas de estudo, pela valiosa troca de conhecimentos.

Enfim, a todos que comigo colaboraram para concluir esta etapa da minha vida intelectual que tanto refletirá na minha profissão.





*Situações dolorosas podem ser inevitáveis, mas sofrer é opcional.*

(Lee L. Jampolsky)

## RESUMO

Esta pesquisa efetuou a interpretação de algumas possibilidades de interferência da religião/religiosidade/espiritualidade/fé no tratamento/cura de pacientes oncológicos, isto é, transcendendo, o domínio das ciências médicas para tangenciar outros domínios que envolvem crença, cultura e historicidade da pessoa humana. Traçou-se o objetivo de destacar factíveis alterações em pacientes oncológicos dotados de religiosidade/fé, abrangendo tanto o contexto da recepção do diagnóstico quanto o processo de tratamento. Partiu-se de uma pesquisa bibliográfica, tendo como pilares teóricos como Moacyr Scliar, Alexsandro Silva, Harold Koenig, Fornazari e Ferreira, Dagalarrondo. Primeiramente, abordou-se a multiface patológica do câncer. Para tanto, foi necessário discorrer sobre as concepções de saúde/doença para só então tocar no cerne oncológico, em especial, na consciência real de seu diagnóstico. Avançando, discorreu-se sobre o luto antecipatório (decorrente da consciência da doença) e o processo de tratamento. Numa outra parte do trabalho o foco se circunscreve às indagações do paciente: aceitação da doença (perspectiva clínica e religiosa); vida e morte (perspectiva biológica e religiosa: *coping* religioso (processo de cura)). A partir dessa fundamentação, realizou-se uma pesquisa empírica em que se adotou o estudo de caso de natureza qualitativa envolvendo quatro pesquisados. O teórico metodológico que sobressaiu foi Robert Yin. Concluiu-se desta investigação que os informantes (pacientes oncológicos) reagem de modo diferente diante do diagnóstico e da aceitação da doença; apegam-se à religiosidade/oração (*coping* religioso) para enfrentar a doença, mas esse expediente não substitui tratamento nem é sinônimo de cura, apenas conforta e fortalece as perspectivas de vida; sentem mais tranquilos com a prática da oração e da religiosidade comedida, isto é, longe da efervescência religiosa.

Palavras-chave: Câncer. *Coping* religioso. Fé/religiosidade. Luto antecipatório. Morte. Saúde/doença. Tratamento/cura.

## ABSTRACT

This research has interpreted some possibilities of interference of religion/religiosity/spirituality/faith in the treatment/cure of cancer patients, that is, transcending the domain of the medical sciences to touch other domains that involve the belief, culture and historicity of the human person. The aim was to highlight possible changes in cancer patients with religiosity/faith, covering both the context of receiving the diagnosis and the treatment process. It was based on a bibliographical research, having as theoretical pillars such as Moacyr Scliar, Alexsandro Silva, Harold Koenig, Fornazari and Ferreira, Dalgarrondo. First, the pathological multifaceted cancer was addressed. In order to do so, it was necessary to discuss health / disease conceptions only to touch oncological heart, especially in the real awareness of its diagnosis. Moving forward, we discussed the anticipatory mourning (arising from the awareness of the disease) and the treatment process. In another part of the work the focus is limited to the patient's inquiries: acceptance of the disease (clinical and religious perspective); life and death (biological and religious perspective: religious coping (healing process). This empirical research was carried out in which a case study of a qualitative nature involving four respondents was adopted. The methodological theorist that stood out was Robert Yin. Concluded that informants (cancer patients) react differently to the diagnosis and acceptance of the disease; they cling to religion/prayer (religious coping) to deal with the disease, but this it replaces treatment and is not synonymous with healing, it only comforts and strengthens the prospects of life; they feel more comfortable with the practice of prayer and sensible religiosity, that is, far from religious effervescence.

**Keywords:** Cancer. Religious coping. Faith/religiosity. Anticipatory struggle. Death. Health/illness. Treatment/cure.

## LISTA DE SIGLAS

BBC	British Broadcasting Corporation
CRE	<i>Coping</i> religioso/spiritual
DNA	Ácido desoxirribonucléico
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 MULTIFACE PATOLÓGICA.....	14
1.1 Concepção de saúde/doença.....	14
1.2 Câncer: consciência real do diagnóstico da doença.....	21
1.3 Luto antecipatório e processo de tratamento.....	27
2 INDAGAÇÕES DO PACIENTE.....	35
2.1 Aceitação da doença: perspectiva clínica e religiosa.....	38
2.2 Vida e morte: perspectiva biológica e religiosa.....	43
2.3 <i>Coping</i> religioso: processo de cura.....	49
3 ANÁLISE DA RELIGIOSIDADE NO TRATAMENTO DO CÂNCER.....	56
3.1 Metodologia.....	56
3.1.1 Natureza.....	56
3.1.2 Sujeitos e local.....	59
3.1.3 Coleta de dados: recursos, procedimento e tratamento.....	62
3.2 Pesquisa empírica.....	65
3.2.1 Itinerário da pesquisa.....	65
3.2.2 Análise, interpretação e resultados.....	67
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE – QUESTIONÁRIO.....	89
ANEXO – TERMO ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	100

## INTRODUÇÃO

Desde tempos imemoriais a sociedade humana se envolve com os estados de saúde e doença. Esta se configura como desvio da normalidade, é algo que desequilibra o corpo e a mente, uma patologia compreendida pelas interferências tanto fisiopatológicas quanto subjetivas, de sofrimento e dor. Nesta situação, surge a busca pela cura, pela restauração do equilíbrio bio-físico-psicológico para assegurar a qualidade de vida humana, isto é, uma situação que transcende os limites da medicina e tangencia outras esferas como a da ética e a da religião/religiosidade/espiritualidade/fé, por exemplo. Em contracorrente, a saúde é um estado discreto, silencioso, quase que imperceptível e costuma ser valorizado quando já se experimentaram alguns aspectos da doença.

Dentre as inumeráveis patologias que amedrontam, angustiam, trazem incertezas do futuro está o câncer, cujo simbolismo negativo se enraizou tão profundamente no imaginário coletivo da civilização humana que muitos sequer têm coragem de pronunciar esse nome. É um problema cuja complexidade causa impacto social e econômico no mundo como um todo. Inclusive, quando acometidos desse mal, muitos pacientes costumam recorrer à fé, à religiosidade como enfrentamento da situação, o que se pode chamar de *coping* religioso.

Nesse sentido, esta dissertação se empenhou para responder a esta *questão-problema*: até que ponto se pode afirmar que a religiosidade ou a fé interferem no tratamento e até mesmo na cura de pacientes oncológicos? Igualmente nesse caso, apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico passou a ser o *objetivo geral* do trabalho, que demandou a constituição dos objetivos específicos, a saber: a) desenvolver um paralelo entre as concepções de saúde e doença; b) discorrer sobre o câncer em sua multiface patológica: do diagnóstico ao tratamento e a coexistência do luto antecipatório; c) estabelecer considerações sobre as indagações do paciente oncológico referentes à aceitação da doença sob os vieses clínico/biológico/religioso no liame entre a vida e a morte; d) interpretar benefícios/malefícios do *coping* religioso administrado no processo de tratamento e cura.

Este estudo teve início tomando como referencial estas *hipóteses*: a) o tratamento do câncer quando assessorado pelo *coping* religioso ou espiritual tem



melhor resultado, interferindo também na aceleração da cura do paciente; b) a religiosidade, quando madura e saudável, facilita ao paciente oncológico aceitar a doença e enfrentar o tratamento em busca da cura.

Esta pesquisa tem sua justificativa na relevância social e científica do tema. Publicações da British Broadcasting Corporation (BBC) notificam que, no mundo, há aproximadamente 8,8 milhões de mortes em decorrência do câncer, sendo, portanto, uma das doenças que mais leva a óbito. Apesar de estudos e investimentos em torno desse mal, o número de novos casos tende a aumentar em 70%, nas décadas vindouras, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). “São 21,4 milhões de novos pacientes até 2032. Em 2012, havia 14,1 milhões”<sup>1</sup>. Isto posto, verifica-se o quão preocupante é a questão no mundo.

Pesquisar um problema com tal envergadura confere justificativa a este trabalho, o qual, por certo, pode contribuir com o acervo de dados de pesquisa que há sobre o tema em que se associa câncer (diagnóstico, tratamento) à espiritualidade. É de consenso que, em situações de doenças, principalmente graves e com ameaça de morte, os indivíduos se abraçam à fé ou espiritualidade em busca de alívio para o sofrimento, de aceitação a tratamentos dolorosos e à própria morte. Por conseguinte, tentar entender a questão e aumentar o arcabouço informativo e referencial sobre a investigação certamente imprime relevância a este estudo.

Assim sendo, as duas primeiras seções de desenvolvimento desta dissertação são de natureza estritamente bibliográfica e versam sobre a multifacetada patologia do câncer e as indagações do paciente oncológico. Na primeira delas, conceitua-se saúde e doença para, em seguida, conceituar câncer acrescentando-se aí o procedimento da informação do diagnóstico ao paciente pelo corpo médico, todo o envolvimento de luto antecipatório provocado pelo impacto da tomada de consciência desse estado de saúde, que demanda um doloroso processo de tratamento pela frente.

A segunda seção, centrada nos questionamentos do doente, aborda a aceitação da enfermidade sob os aspectos clínico, religioso e biológico mediante o sofrimento em vida do paciente oncológico com a perspectiva de morte. Comenta sobre o tratamento sistemático, rigoroso e, muitas vezes, doloroso; discute, ainda,

---

<sup>1</sup> BRASIL. *Dez gráficos que explicam o impacto do câncer no mundo*. 4 fev. 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/xV51Wm>>. Acesso em: 16 ago. 2017, p. 1.

como conseguir lidar com a situação fazendo uso do *coping* religioso, que tem sido uma estratégia bastante utilizada para esse fim.

Termina-se o desenvolvimento do trabalho com uma pesquisa empírica com pacientes oncológicos. Esta seção se inicia apresentando a natureza da metodologia utilizada (estudo de caso, pesquisa de natureza qualitativa), a descrição dos sujeitos participantes e do local onde foram pesquisados e a descrição da coleta de dados (recursos, procedimentos e tratamento). A segunda subseção é a pesquisa empírica com a descrição do itinerário, seguido de análise/interpretação/resultado dos dados coletados.

Como de praxe, o trabalho se encerra com a conclusão depreendida de toda a pesquisa e o repertório das referências bibliográficas utilizadas. Por fim, um apêndice.



## 1 A MULTIFACE PATOLÓGICA

Esta parte se atém à discussão conceitual dos termos saúde e doença e, mais especificamente, num segundo momento, parte para a abordagem do câncer sob a percepção do enfermo. Conforme a OMS, o índice de mortalidade devido ao câncer<sup>2</sup> tem crescido demasiadamente. Além disso, “Hoje o termo generalizou-se e é usado para indicar qualquer neoplasia maligna”<sup>3</sup>.

Esta parte também discorre sobre o impacto da consciência real do diagnóstico da doença para, mais adiante, explorar o luto antecipatório e deslindar o processo de tratamento da doença.

### 1.1 Concepção de saúde e doença

Francisco Alvarez, ao desenvolver a concepção de saúde, diz que ela é

[...] um conceito médico ou, ao menos, definido pela medicina. Sadio é alguém que não precisa de médico, ou, por outro lado, é o saber médico que decide quando o ser humano está sadio ou enfermo. Essa visão deu à ciência médica um grande poder de ‘conjunto de normas’, de ordenamento, de controle dos comportamentos no tocante ao corpo e, ao mesmo tempo, ajudou o exercício da medicina a avançar pelo caminho de uma atrativa ambiguidade entre o paternalismo e a ‘tirania’. Nas asas de um progresso que ofereceu à humanidade êxitos magníficos na luta contra doença, e estimulada por uma crescente demanda de saúde por uma sociedade, a medicina continua sendo, para a maioria das pessoas, o único ponto de referência para a saúde<sup>4</sup>.

Mas o conceito de saúde não deve ser restrito ao aspecto individual. A OMS estabelece o seguinte conceito: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> “O termo ‘câncer’ é a tradução latina da palavra grega ‘carcinoma’, de ‘karkinos’ (crustáceo, caranguejo). Foi usado pela primeira vez por Gáleno, para indicar um tumor maligno da mama, no qual as veias superficiais deste órgão eram túrgidas e ramificadas, lembrando as patas de um caranguejo. Hoje o termo generalizou-se e é usado para indicar qualquer neoplastia maligna”. SILVA, Alexsandro Coutinho da. *A capelania hospitalar: uma contribuição na recuperação de enfermo oncológico*. 122p. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Teologia. São Leopoldo, 2010, p. 65.

<sup>3</sup> SILVA, 2010, p. 65.

<sup>4</sup> ÁLVAREZ, Francisco. *Teologia da saúde* – São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2013, p. 60.

<sup>5</sup> CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006*. Disponível em: <<https://goo.gl/vpwQ>>. Acesso em: 23 out. 2017, p. 1. “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (Tradução própria).

Trata-se de uma concepção idealista porque inalcançável, genérica, abstrata, inoperável, portanto não satisfatória<sup>6</sup>. Concepção criticada por muitos estudiosos, para quem o estado de saúde é prioritariamente “constituído pela maior ou menor presença de estados mórbidos socialmente reconhecidos”<sup>7</sup>.

De fato, conceituar qualquer termo que seja nunca é exaustivo porque cercá-lo em todas as dimensões possíveis é tarefa interminável. O que ora se discorre neste tópico é a apresentação de alguns vieses mais determinantes de concepção saúde/doença. Para tanto, faz-se um itinerário através do tempo desde quando “A atribuição de causalidade de doença assim como a sua cura foi muitas vezes atribuída a factores religiosos”<sup>8</sup> – o que não faz parte desta pesquisa, em Ciência das Religiões, mas que aqui está tão somente apresentando a trajetória histórica do conceito.

Nas comunidades tradicionais de coletores e caçadores, a ocorrência de doenças era explicada de modo compatível com sua visão de mundo, pela influência de demônios e outras forças sobrenaturais, que conviviam com os homens e podiam ser por eles invocados ou controlados, desde que fossem utilizados os meios adequados<sup>9</sup>.

Era uma visão mágica, encantada, do decurso saúde-doença que ensejava um nível de domínio intenso e se entremeava por acuradas interpretações empíricas acerca da aplicação medicinal de provisões naturais, difundidas metodicamente de uma geração a outra<sup>10</sup>. Então, desde o período paleolítico, no que respeita à concepção mágico-religiosa,

[...] a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. [...] A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra<sup>11</sup>.

<sup>6</sup> MADEIRA, Lélia Maria; ALVES, Marília. Processo saúde doença trabalho. *Semina: Ciências Biológicas/Saúde*. Londrina-PR, v. 17, n. 2, p.164-169, 1996, p. 166.

<sup>7</sup> SINGER et al. apud MADEIRA; ALVES, 1996, p. 166.

<sup>8</sup> PINTO, Cândida. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007, p. 47.

<sup>9</sup> BATISTELLA, Carlos. O território e o processo saúde-doença. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde. Disponível em: <<https://goo.gl/vo1ZJX>>. Acesso em: 23 out. 2017, p. 18.

<sup>10</sup> Cf. BATISTELLA, 2017, p. 19.

<sup>11</sup> SCLAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 17(1), Rio de Janeiro, p. 29-41, 2007, p. 30.

A propósito, existe “ainda nos dias de hoje, em alguns contextos socioculturais, esta associação”<sup>12</sup>. Tempos depois do paleolítico, já na antiguidade grega, segundo informação de Moacyr Scliar, Hipócrates (460a.C.-370a.C.), considerado o *pai da medicina*,

[...] postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. A obra hipocrática caracteriza-se pela valorização da observação empírica, como o demonstram os casos clínicos nela registrados, reveladores de uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade. A apoplexia, dizem esses textos, é mais comum entre as idades de 40 e 60 anos; a tísica ocorre mais frequentemente entre os 18 e os 35 anos. Essas observações não se limitavam ao paciente em si, mas a seu ambiente. O texto conhecido como ‘Ares, águas, lugares’ discute os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde-enfermidade<sup>13</sup>.

Sob a ótica do cristianismo, na Idade Média, doença era um estado resultante do pecado cuja cura dependia da fé. Em sua maioria, os enfermos ficavam sob as atenções de ordens religiosas administradoras de hospitais –instituição desenvolvida pelo cristianismo para abrigar e confortar enfermos, não exatamente para curá-los. Atribuía-se ao doente a responsabilidade (individual ou coletiva) por seus sofrimentos<sup>14</sup>.

Já no século XVII, o avanço da mecânica influenciou as convicções de René Descartes, que postulou o dualismo mente/corpo (corpo = máquina). Simultaneamente, conseqüente da modernidade, o avanço da anatomia abduziu o conceito humoral de doença, a qual se deslocou para os órgãos de modo que saúde passou a ser, conforme François Xavier Bichat (1771-1802), o “silêncio dos órgãos”<sup>15</sup>.

Mas a relação saúde/doença na sociedade ocidental<sup>16</sup> sempre esteve inerentemente associada aos paradigmas biológicos e individuais. Fora do âmbito biológico, vêm surgindo estudos sobre problemas psicológicos e sociais de saúde oriundos do mundo capitalista<sup>17</sup> diferenciando-se da ótica positivista do século XIX,

<sup>12</sup> PINTO, 2007, p. 47.

<sup>13</sup> SCLiar, 2007, p. 32-33.

<sup>14</sup> SCLiar, 2007, p. 33.

<sup>15</sup> BICHAT apud SCLiar, 2007, p. 33-34.

<sup>16</sup> “No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia, e segue, um rumo diferente, mas de certa forma análogo ao da concepção hipocrática. Fala-se de forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga) têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia (‘chi’, na China; ‘prana’, na Índia) no corpo”. SCLiar, 2007, p. 33.

<sup>17</sup> MADEIRA; ALVES, 1996, p. 165.

que concebe como fatores determinantes da formação do homem meio, raça e momento histórico. Por sua vez, “a concepção marxista inclui o homem no interior das forças produtivas; há uma influência mútua entre ambos, o homem se modifica e é modificado pela sociedade”<sup>18</sup> (também no século XIX).

Apesar de o objeto de estudo saúde vir sempre mantendo laços estreitos com o aspecto biológico e individual, também o processo saúde/doença passou a ser interpretado considerando concepções inerentes a cada sociedade. E assim, o capitalismo da segunda metade do século XIX entreviu outro cenário: o das doenças infectocontagiosas. Foi, pois, com o desenvolvimento das ciências da vida que se chegou a concepções mais complexas de saúde, como a de Riger, centrada no ser humano *empowered* (com poder): “comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio”<sup>19</sup>.

Desse contexto, em que a sociedade é tida como um enorme organismo, surgiu a consciência da patologia social exigindo métodos específicos para o estudo/tratamento das enfermidades, iniciando-se a estatística vital e a epidemiologia. Eis que aflora um conceito positivo de saúde associado às condições dignas de vida, enquanto a doença se vincula às condições de pobreza, desigualdade social, injustiça. Os modelos metafísicos e místicos foram superados com os avanços da teoria microbiana das doenças que sinalizava para eventos de agentes externos específicos, consolidando-se o conceito de saúde como bem-estar e equilíbrio da pessoa com seu habitat<sup>20</sup>.

Nessa conjuntura, agentes políticos e econômicos, preocupados com transmissão de doenças, criavam meios de intervir vinculando ao Estado o profissional sanitário, promovendo campanhas, como as de vacinação, por exemplo, contra moléstias que ameaçavam a saúde da população, ocorrendo assim significativas transformações “no modo de vida e na estrutura social. Em pouco tempo, as grandes

---

<sup>18</sup> MADEIRA; ALVES, 1996, p. 165.

<sup>19</sup> RIGER, 1993, apud CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde, p. 1088-1095. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4), jul./ago., 2004, p. 1090-1091.

<sup>20</sup> SABROZA, Paulo Chagastelles. Concepções sobre Saúde e Doença. 30p. *Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em saúde*. Educação A Distância/Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<https://goo.gl/PRheQS>>. Acesso em: 26 jul. 2017, p. 13.



epidemias deixaram de fazer parte do perfil de saúde e doença das populações urbanas dos países centrais”<sup>21</sup>.

Já na segunda metade do século XX, com a crise capitalista gerando economias subordinadas na América Latina, África e Ásia, permeadas de pobreza, de desequilíbrios sociais, o mundo assiste a uma gama de doenças transmissíveis, crônico-degenerativas, ocupacionais, comportamentais. “Real ou imaginária, a doença, e sobretudo a doença transmissível, é um antigo acompanhante da espécie humana, como o revelam pesquisas paleontológicas”<sup>22</sup>. No Brasil, a política desenvolvimentista introduz modalidades assistenciais com concepções abertas ao social sobre saúde/doença, ampliando-se “o conceito etiológico das doenças, rompendo as amarras da unicausalidade, dando lugar à teoria da multicausalidade”<sup>23</sup>.

Nessa mesma época surgem com Leavell e Clarck os princípios da ecologia que explicam as causas das doenças considerando homem/agente/meio ambiente, possibilitando, assim, discernir as etapas de prevenção<sup>24</sup>. Nessa linha de pensamento, Silva comenta que, ao longo do tempo, a concepção saúde/doença foi se remodelando da forma curativa para a preventiva. Ser saudável passou a envolver diversos elementos, melhores condições de vida, como um dos fatores para se combater doenças, não bastando, pois, a simples eliminação de doenças, mas sim, a preservação integral da saúde em um contexto amplo, social e econômico<sup>25</sup>. Desse modo, há de se pensar em colocar em prática o preceito da integralidade que se constitui em “uma enorme vitalidade e capacidade de aglutinar em torno de si conjuntos diversos de ideias e sujeitos interessados na melhoria da qualidade, democratização e justiça das ações de atenção à saúde”<sup>26</sup>.

Na década de 70 (século XX), há uma ampliação conceitual de saúde, não mais restrita ao aspecto individual, porém abarcando o organismo social, com as adversidades que afetam o estado de saúde de uma coletividade – o que significa entender a mutualidade dialética dos estados biológico e social. Assim, entende-se saúde, não simplesmente como ausência de doenças, mas como fenômeno social

---

<sup>21</sup> SABROZA, 2017, p. 13.

<sup>22</sup> SCLIAR, 2007, p. 30.

<sup>23</sup> MADEIRA; ALVES, 1996, p. 166.

<sup>24</sup> MADEIRA; ALVES, 1996, p. 166.

<sup>25</sup> SILVA, 2010, p. 42

<sup>26</sup> AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas, p. 11-23. *Saúde e Sociedade*, v. 18, supl. 2, 2009, p. 14.

abrangendo qualidade de vida, depreendendo-se daí que um povo socioeconomicamente miserável é um povo doente. Vale dizer que

[...] doença não pode ser considerada apenas como fenômeno individual mas como a manifestação concreta dos processos sociais que determinam a saúde coletiva e se apresenta, justamente, porque esses processos desencadeiam e transformam as relações entre hospedeiro, agente e ambiente<sup>27</sup>.

As relações sociais abrangem, obviamente, as relações ocupacionais as quais são decisivas na vida biopsicossocial do homem – o que requer atenção também a esse contexto, pois “caso as consequências do trabalho sejam nefastas para a saúde mental dos trabalhadores, dir-se-á que ele é patogênico e, caso sejam favoráveis, que ele tem uma função estruturadora”<sup>28</sup>.

Enfim, a concepção de saúde/doença não é consensual; diverge social, econômica, política e culturalmente. “Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças”<sup>29</sup>.

De igual modo, conforme pesquisa de campo antropológica realizada por Minayo, não houve consenso no ponto de vista popular da etiologia das doenças. A autora diz: “O grupo social que pesquisamos possui, ao contrário, uma concepção pluralística da saúde-doença, integrando explicações de causação natural, emocional, sobrenatural e ecológica”<sup>30</sup>. Para muitos enfermos a espiritualidade funciona como suporte do tratamento, mas convém advertir que tal apoio jamais substitui os exames clínicos.

A concepção de saúde/doença mais plausível e que melhor responde as indagações contemporâneas considera o homem como ser social, com sua historicidade, contextualizado numa rede de relações, cujo bem-estar está dialeticamente atrelado às suas condições de vida. Portanto, saúde integral contempla vários elementos e princípios que envolvem a vida do indivíduo; está entrelaçada em todas as facetas do desenvolvimento humano, em todas as dimensões da vida, seja psíquica, social, mental, biofísica, transcendental, e todas alinhadas harmonicamente.

<sup>27</sup> MADEIRA; ALVES, 1996, p. 167.

<sup>28</sup> DEJOURS apud MADEIRA; ALVES, 1996, p. 168.

<sup>29</sup> SCLIAR, 2007, p. 30.

<sup>30</sup> MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Caderno Saúde Pública*, v. 4, n. 4, Rio de Janeiro, out./dez. 1988. Disponível em: <<https://goo.gl/RKCELR>>. Acesso em: 26 jul. 2017, p. 12.



A deficiência em qualquer uma dessas dimensões impedirá a presença da saúde em seu estado pleno<sup>31</sup>.

Segundo Minayo,

O modo de pensar saúde-doença que é, ao mesmo tempo, o modo de pensar a vida e a morte, remete às raízes tradicionais desses grupos mas também à sua inserção no mundo industrial; faz parte do imaginário social que ultrapassa os limites de tempo, do espaço e das classes, mas se projeta de forma específica, contribuindo tanto para definir como para questionar as políticas e os serviços oficiais de saúde<sup>32</sup>.

Cândida Pinto, em sua pesquisa sobre a interferência da espiritualidade/religiosidade em situação de doença, sublinhou duas dimensões encontradas nos pesquisados: 1) vertical – “associada a uma relação com o transcendente, e que numa sociedade judaico-cristã está muito relacionada com a prática da religião”<sup>33</sup> (associação a crenças); 2) horizontal, existencialista, – “na qual se enquadra o sentido da esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio”<sup>34</sup> (associação a dimensões da qualidade de vida).

Como se nota, é complexa a definição de saúde. Até mesmo a Constituição Brasileira de 1988, conhecida também por Constituição Cidadã, em seu art. 196, abstém-se da discussão acerca do conceito de saúde. Apenas alega:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação<sup>35</sup>.

Esse cânone orienta o Sistema Único de Saúde (SUS); é basilar para a conquista da dignidade humana e cidadania do povo brasileiro, pois são direitos fundamentais a todos os indivíduos para que desfrutem a contento sua saúde integral – o que não implica apenas a anulação da doença, mas a defesa da saúde em seu contexto social e econômico. Insiste-se em dizer que a saúde integral envolve peculiaridades do desenvolvimento humano. O homem é, pois, concebido como um

---

<sup>31</sup> Cf. SILVA, 2010, p. 48.

<sup>32</sup> MINAYO, 1988, p. 1.

<sup>33</sup> PINTO, 2007, p. 51.

<sup>34</sup> PINTO, 2007, p. 51.

<sup>35</sup> BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: <<https://goo.gl/C63tz4>>. Acesso em: 26 jul. 2017, p. 1.

ser integral em todas as proporções da vida; carece de estar harmonizado psíquica, social, mental e transcendentalmente; caso contrário, a saúde não se estabelece em seu estado global<sup>36</sup>.

Nessa integralidade, “a espiritualidade é uma dimensão importante do homem que, a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que determina a sua singularidade como pessoa”<sup>37</sup>. No enfrentamento de uma doença como o câncer, é comum o enfermo tomá-la como sustentáculo.

## 1.2 Câncer: consciência real do diagnóstico da doença

O câncer é um problema de saúde pública mundial, que mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo, gerando medo e atingindo todas as faixas etárias<sup>38</sup>. Se não for diagnosticado e tratado na fase inicial, pode levar o paciente à morte. Assim Silva explica essa patologia:

A neoplasia ou câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Esta célula anormal forma um clone que começa a proliferar-se de maneira desordenada, ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho à célula. As células adquirem características invasivas, com conseqüentes alterações nos tecidos adjacentes. Estas células se infiltram nestes tecidos e acessam os vasos sanguíneos e linfáticos, os quais as transportam até outras regiões do corpo. Este fenômeno é denominado metástase<sup>39</sup>.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (Inca) estimou para o biênio (2016-2017) a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer no país. Nesse sentido, por parte dos agentes da saúde, será necessário um combate árduo e consciente na perspectiva de atingir grande parte da população brasileira<sup>40</sup>.

Em 2011, o Inca apresentou a incidência da doença representada pelos seguintes dados:

<sup>36</sup> Cf. SILVA, 2010, p. 48-49.

<sup>37</sup> PINTO, 2007, p. 51.

<sup>38</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Inca. Instituto do Câncer. *ABC do câncer: abordagem básica para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2011, 128 p. Disponível em: <<https://goo.gl/H2d35N>>. Acesso em: 20 de mar. 2017.

<sup>39</sup> SILVA, 2010, p. 65-66.

<sup>40</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Inca. Instituto do Câncer. *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2015a. Disponível em: <<https://goo.gl/Xz4THC>>. Acesso em: 20 de mar. 2017, p. 1.

Cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo de útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais<sup>41</sup>.

De acordo com o Inca, os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram:

[...] pulmão (1,8 milhão), intestino, (1,4 milhão) próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres as maiores frequências encontradas foram mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%)<sup>42</sup>.

O câncer não é classificado como doença, mas sim uma miríade de doenças com diversas manifestações distintas quanto a tipos celulares ou tecidos no organismo humano<sup>43</sup>. É atribuído a ele um conjunto de mais de cem doenças que apresentam em comum o crescimento desordenado de células malignas que invadem órgãos e tecidos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo gerando, assim, a metástase<sup>44</sup>.

De acordo com Braz, as células cancerosas se diferenciam do comportamento das células normais das seguintes formas: 1) a *clonalidade*, que dá origem ao câncer decorrente de alterações genéticas numa única célula, cuja proliferação gera clones de células malignas; 2) a *autonomia*, cujo crescimento da célula cancerosa não é regulado pelas influências bioquímicas e físicas normais do ambiente; 3) a *anaplasia*, que resulta na ausência da diferenciação normal e coordenada das células normais do organismo; 4) a *metástase*, originada pelo crescimento descontínuo das células cancerosas disseminadas para outras áreas do corpo<sup>45</sup>.

O aparecimento do câncer se dá por causas variadas, podendo estar relacionado a fatores internos ou externos ao organismo, estando ambos inter-relacionados. Os fatores externos se dão aos hábitos e costumes culturais. Os internos referem-se à pré-disposição genética, havendo um descontrole celular

<sup>41</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a, p. 1.

<sup>42</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a, p. 1.

<sup>43</sup> REISNER, H. M. *Patologia: uma abordagem por estudos de caso*. Porto Alegre: AMGH, 2016, p. 15-16.

<sup>44</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a, p. 1.

<sup>45</sup> Cf. BRAZ, M. M. *Aprendendo com o câncer de mama: percepções e emoções de pacientes e profissionais e de fisioterapia*. 2001. 101p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção de Sistemas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001, p. 75.

referente à expressão de um determinado gene. A origem desse descontrole se deve às condições de uma exposição a fatores químicos, biológicos e físicos com capacidade mutagênica e/ou carcinogênica, originando a incidência dessa patologia<sup>46</sup>.

Todos esses fatores de risco atuam na alteração da estrutura do DNA<sup>47</sup> (genética) das células, dando início ao processo chamado de *carcinogênese* a partir de carcinógenos que estimulam o aparecimento do câncer em um organismo. Daí em diante, do processo de carcinogênese, o câncer passará por diversos estágios resultando a morte do paciente<sup>48</sup>.

Para muitos indivíduos, a palavra *câncer* tem conotação muito forte. É como se fosse uma sentença de morte, pois, quando são diagnosticados com a doença, tornam-se desconcertados e veem a situação como desfecho fatal. Na verdade, “O diagnóstico de doença oncológica, ainda muito associado a uma evolução fatal, e os tratamentos que a acompanham são fonte de intenso sofrimento psicológico para o doente e para a família”<sup>49</sup>.

De acordo com Volpini,

O estigma do câncer ainda marca de forma negativa seus portadores, embora, com o progresso da medicina, sejam maiores as chances de cura e as possibilidades de uma longa sobrevivência. E, apesar de se falar mais abertamente sobre a doença, o medo permanece, parecendo que a palavra câncer é sinônimo de morte<sup>50</sup>.

O imaginário social instituído (uma construção histórica) é que se trata de uma doença incurável<sup>51</sup>, portanto a recepção do diagnóstico se dá normalmente pela deflagração de uma gama de emoções e reações no paciente e nos familiares em seu entorno. Foi o que constatou Silva, em sua pesquisa de campo com pacientes oncológicos, impactados mediante o diagnóstico. A pesquisadora depreendeu dos

<sup>46</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a.

<sup>47</sup> DNA: ácido desoxirribonucléico, “composto orgânico cujas moléculas contêm as instruções genéticas que coordenam o desenvolvimento e funcionamento de todos os seres vivos e de alguns vírus”. SIGNIFICADO DE DNA. *O que é DNA*. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/dna/>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

<sup>48</sup> CARDOSO, Graça et al. Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico, p. 8-18. *Revista do Serviço de Psiquiatria* do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, [s/d]. Disponível em: <<https://goo.gl/Gv41lw>>. Acesso em: 31 jul. 2017, p. 8.

<sup>49</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 9.

<sup>50</sup> VOLPINI, Fernanda Siebert. *O adolescente frente ao câncer: hospitalização e processos psicológicos*. Monografia. Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto-Alegre-RS, 2007, p. 6.

<sup>51</sup> O rótulo “terminal” permanece, ainda que, segundo Kovács, 50% dos casos sejam comprovadamente passíveis de cura/controlar. KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, p. 3.

dados daí coletados que esse é o instante mais crucial da vida de alguém, exatamente pelo assombro gerado coletiva e negativamente sobre a doença, sempre associada à irreversibilidade da morte<sup>52</sup>.

Volpini, em sua pesquisa de campo, sobre o câncer na fase da adolescência,

[...] observou que o diagnóstico de câncer é um choque brutal, na medida em que o adolescente vê sua vida tomar um rumo diferente daquele imaginado. Há também uma ameaça de morte, desencadeando, no adolescente e na sua família, uma sucessão de reações e sentimentos que precisam ser trabalhados do ponto de vista psicológico<sup>53</sup>.

As atitudes que os pacientes manifestam ao receberem o diagnóstico vinculam-se ao fator educacional em sua trajetória de vida e às experiências vivenciadas no ambiente cultural onde se desenvolveram como pessoa. Assim, há pacientes que querem ser esclarecidos sobre todos os aspectos da doença e respectivo tratamento; outros, porém, se negam a acreditar estarem doentes e a falar sobre a doença<sup>54</sup>. Verifica-se

[...] até os dias de hoje, um dilema vivido com frequência pela equipe de saúde, seja com o intuito de poupar o paciente no aspecto emocional, seja para evitar uma depressão psicológica de consequência agravante para o estado geral ou ainda para não se envolver mais do que exigiria a objetividade clínica<sup>55</sup>.

Da perturbação inicial decorrem reações permeadas de ansiedade, apreensão, temor, ira, impotência, desesperança, inaceitação cuja consequência é a depressão. Inclusive, “Nalguns casos os doentes podem manter-se em negação até à morte ou iniciar uma peregrinação de médico em médico à procura de um diagnóstico diferente que confirme o suposto ‘erro’ do primeiro”<sup>56</sup>. Ocorre também que “O doente reconhece a existência de uma doença grave e mortal mas não a aceita, reagindo de forma típica com raiva e exprimindo revolta perante a sua má sorte”<sup>57</sup>. Por sua vez,

Alguns doentes aceitam, desde o início, a ideia de que são portadores de uma doença que os pode levar à morte. Decidem, no entanto, viver como se

<sup>52</sup> Cf. SILVA, Valéria Costa Evangelista da. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo, 2005, p. 14.

<sup>53</sup> VOLPINI, 2007, p. 16.

<sup>54</sup> Cf. SILVA, 2005, p. 28.

<sup>55</sup> SILVA, 2005, p. 28.

<sup>56</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 15.

<sup>57</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 15.



estivessem bem e passam a comportar-se como se os seus projectos para o futuro não fossem afectados pela doença. Estes doentes não mudam o seu estilo de vida e podem esconder a sua doença do resto das pessoas, mesmo das mais próximas<sup>58</sup>.

É muito comum nessa conjuntura a intensificação da espiritualidade, a qual é construída “nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e por vezes materializa-se na prática de um credo religioso específico”<sup>59</sup>. Seja como for, a prevenção e o diagnóstico precoce é o que, de fato, concorrem de forma favorável para a cura ou para o aumento da sobrevida do paciente<sup>60</sup>. Ainda assim, há o assombro da doença devastadora e irreversível que foi gerado socialmente. Obviamente, porque, no passado, quando os doentes eram diagnosticados com câncer, o mal já estava em fase avançada, sem chances de sobrevida, de controle.

Mas, contemporaneamente, com os avanços da medicina, a situação não é mais sinônimo de morte certa, como se constatou há anos. Hoje, prevenção e diagnóstico precoce atuam como “fatores importantes, pois contribuem para que cerca de um terço dos casos diagnosticados sejam potencialmente curáveis e são responsáveis por um aumento da taxa de sobrevida”<sup>61</sup>.

Não se está querendo minimizar aqui a gravidade de uma doença como esta, mas apenas refletir sobre o imaginário assombroso instituído acerca desse mal. Além disso, para confundir a situação, há enfermos já habituados em sua vida a exagerar o que sentem e, quando cientes do câncer, exageram ainda mais o desconforto a fim de receberem mais atenção. Instaura-se o “medo do abandono e da solidão, ao mesmo tempo em que tendem a negar a relação entre os aspectos psicológicos e seu sofrimento”<sup>62</sup>.

Tomando por base o crescimento da incidência de câncer no país, insiste-se, vê-se a necessidade de um diagnóstico precoce para o ataque imediato à devastação que a doença pode provocar em toda a população. Trata-se de um momento muito delicado o da recepção do diagnóstico em decorrência do fator emocional do paciente que geralmente é evocado por pensamentos de morte capazes de interferir no bem-

---

<sup>58</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 16.

<sup>59</sup> PINTO, 2007, p. 47.

<sup>60</sup> Cf. NUCCI. N. A. G. *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo*, 2003. 225p. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia. Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003, p. 56.

<sup>61</sup> SILVA, 2005, p. 7.

<sup>62</sup> SILVA, 2010, p. 73.

estar, desequilibrando-o. É relevante, nessa empreitada, a presença do psicólogo e também no percurso do tratamento, com o fim de atenuar reações negativas, sentimentos perturbadores por razões associadas a sintomas e tratamento requisitados<sup>63</sup>.

Caetano, Gradim e Santos pesquisaram sobre mulheres com câncer de mama e depreenderam a percepção das pacientes pesquisadas que informaram ser de grande relevância o avanço da medicina, e (segundo as informantes) associado à fé em algo sobrenatural e à espiritualidade que emerge para enfrentarem o tratamento e também para sustentar a confiança da cura. Esse expediente, portanto, resultou em “uma opção alternativa, culturalmente marcada nas vidas de pacientes oncológicos”<sup>64</sup>. As autoras continuam dizendo que os relatos das pesquisadas

[...] indicam que as mulheres tomam consciência da finitude da vida, porém a percepção de que deveriam enfrentar o problema se fez presente e a cura passou a ser sua principal meta e poderia ser alcançada de várias maneiras, seja por confiar no avanço da medicina ou pela religiosidade<sup>65</sup>.

Como se não bastasse ter de lidar com a consciência real do diagnóstico da doença, vem o enfrentamento do tratamento, geralmente longo – período em que o paciente experiencia privações, perdas, às vezes insucesso, sintomas vários de desconforto, incertezas, danos ao organismo. O tormento frequente, assim que são diagnosticados com câncer, pode levar alguns enfermos ao suicídio, pois há um contingente deles que não suporta o sofrimento em decorrência de tratamento desgastante física e emocionalmente, invasivo, às vezes mutilante, a que estão sendo submetidos. Além do mais, “o término do tratamento oncológico pode não ser suficiente para distanciá-los dessas questões”<sup>66</sup>.

Instaura-se uma perda de controle sobre o próprio ser que pode ativar transtornos psicológicos, reações comportamentais desastrosas, distorções cognitivas, as quais podem se manifestar de diversas e simultâneas maneiras, como: 1) pensar insistentemente que pode acontecer tudo de pior (catastrofização); 2) concentrar todas as energias no ângulo maléfico do problema (abstração seletiva); 3)

<sup>63</sup> Cf. SILVA, 2010, p. 76.

<sup>64</sup> CAETANO, Edilaine Assunção; GRADIM, Clícia Valim Côrtes; SANTOS, Lana Ermelinda da Silva dos Santos. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev. Enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, abr./jun. 2009, p. 258.

<sup>65</sup> CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009, p. 258.

<sup>66</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE.INCA, Instituto Nacional de Câncer. *Os tempos no hospital oncológico*. SILVA, José Alencar Gomes da. et al. (Orgs.). – Rio de Janeiro, 2015b, p. 29.

sofrer por antecedência sustentando-se em probabilidades negativas relacionadas à situação – o que às vezes nem sempre pode ocorrer (adivinhação); 4) culpar-se pela doença (personalização) e demais reações<sup>67</sup>.

Automaticamente à consciência real de estar acometido da doença vem o pensamento do sofrimento físico devastador, da incerteza de suportá-lo; associado a ele, pensa-se na perda da qualidade de vida, não poder voltar ao ritmo a que estava acostumado; por fim, a expectativa da morte a atormentar, o prenúncio da inevitabilidade de sua aproximação, o luto antecipatório – tema a ser discutido a seguir e o processo de tratamento pertinente.

### 1.3 Luto antecipatório e processo de tratamento

Aplicado pela primeira vez por Lindermann, os autores Morelli, Scorsolini-Comin e Santos informam que o termo *luto antecipatório* fora em situações de

[...] mulheres experienciavam sintomas e comportamentos inerentes a pessoas enlutadas antes mesmo da despedida dos maridos que iriam para a guerra. Posteriormente, o conceito foi usado para descrever o luto específico que ocorre com cuidadores/acompanhantes de pacientes com doenças graves e prolongadas. Nesses casos, frente a eventos extremamente estressantes e desgastantes, exige-se da família paciência e uma elaboração da perda do ente ainda em vida. Ao conviver com a debilidade progressiva, o sofrimento e a degradação do corpo, o cuidador acaba interpretando a morte como um alívio para o sofrimento do ente querido<sup>68</sup>.

Num estágio mais adiantado de uma enfermidade como o câncer, a realidade de que a vida está por um fio é, para muitos pacientes, uma situação de extrema dor. A certeza de que não há futuro e de que a despedida desta vida está iminente, estar consciente de que a qualquer momento haverá uma separação definitiva dos que aqui ficam – todo esse clima de consciência da inevitabilidade da morte que está à espreita torna o doente extremamente só, vivenciando antecipadamente o luto a ocorrer com a perda real de cada sopro de vida – em caso de pacientes em estágio terminal<sup>69</sup>.

<sup>67</sup> Cf. KNAPP, P. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 53.

<sup>68</sup> MORELLI, Ana Bárbara; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade dos pais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, p. 2711-2720, 2013, p. 2714.

<sup>69</sup> Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 167.



Seja como paciente, seja como familiar, seja como profissional, lidar com a morte é sempre uma questão difícil, pois há, na cultura brasileira, uma ideia arraigada de que morrer é sinônimo de dor e sofrimento. Para o médico, que tem sua formação totalmente voltada para salvar vidas, o óbito também pode se tornar sinônimo de fracasso. [...] o medo de que o paciente morra agita os profissionais, acionando os seus próprios medos, e aí se apresentam a dor, o sofrimento, a ameaça e a impotência diante da morte, que extrapolam a personalidade do paciente, contagiando toda a equipe de saúde<sup>70</sup>.

Há pacientes que perdem o controle com o agravamento da doença em decorrência da falta de resposta do organismo ao tratamento. Essa incapacidade funcional diminui sobremaneira a autoestima e aumenta os “sentimentos de auto desvalorização e ainda há alterações da imagem corporal”<sup>71</sup>. Transformações do funcionamento e da imagem corporais requerem do paciente oncológico um aprendizado à novidade instaurada, jamais desejada, sequer imaginada por um dia. Na seara dos afetos, essa alteração malfadada e desintegrada desdobra-se como luto. “Essa aceitação forçada gera uma gama de possibilidades emocionais como desespero, raiva, irritação e angústia, que, em grande parte, não são relatados a terceiros”<sup>72</sup>.

Como se não bastassem a dor real do doente e a desesperança, há os familiares que sofrem juntos diante da impotência de minimizar o sofrimento do ente querido. Descortina-se, assim, uma série de necessidades:

- a) estar com a pessoa doente;
- b) poder ajudar na evolução e
- c) receber apoio, confirmação e reforço do seu contributo para o conforto do doente;
- d) ser informado acerca da condição do doente e da sua morte iminente;
- e) poder exteriorizar emoções;
- f) receber conforto e apoio dos membros da família; e
- g) receber aceitação, apoio e conforto dos profissionais de saúde<sup>73</sup>.

Os estudos de Koenig demonstram que o engajamento de enfermos em práticas religiosas/espirituais costuma ser benéfico ao estado fisiológico do paciente os quais, em função desse empenho, pautam suas vidas com mais equilíbrio<sup>74</sup>.

Sendo apresentado como um problema grave, a revelação do diagnóstico do câncer suscita angústia, ansiedade, medo. Na consciência do paciente, esta patologia torna-se uma sentença de morte, cercada de inquietudes e agonia que perpassa o

<sup>70</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 167.

<sup>71</sup> Cf. CARDOSO et al., 2017, p. 11.

<sup>72</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 124.

<sup>73</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 12-13.

<sup>74</sup> KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, v. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/d3jg7z>>. Acesso em: 24 out. 2017, p. 5.

desenrolar do tratamento. O medo de morrer emerge de respostas psicológicas: a separação de quem ama, o medo da solidão e o medo do desconhecido, que afligem e atemorizam as pessoas, devido à incidência crescente e às altas taxas de mortalidade, levando o indivíduo a conotações extremamente negativas, e muitas vezes o diagnóstico, que é uma sentença de morte. A tristeza profunda faz o doente vivenciar o luto antecipatório, mais silencioso, talvez, que o luto que ocorre após a morte<sup>75</sup>. Assim explica Santos:

[...] nós somos geralmente não verbais. É um luto que mantemos em nós mesmos. Nós queremos pouca intervenção. Existem poucas, ou não há necessidade de palavras. É muito mais que um sentimento que pode ser confortado com o toque de uma mão ou de se sentar silenciosamente juntos. Na maioria das vezes, no luto, estamos centrados na perda do passado, mas, no luto antecipatório, nos ocupamos com a perda que está na nossa frente. Em alguns casos, o luto antecipatório pode acontecer meses ou mesmo anos antes da perda. Para muitos, este é apenas o prelúdio do doloroso processo que enfrentamos<sup>76</sup>.

Nessa conjuntura, cada um experimenta o próprio luto antecipado, segundo suas crenças e valores integrados ao sofrimento psicológico e físico. O luto é um afeto normal, período em que ocorre o processo doloroso de reação à perda de um objeto amado e que, após um tempo, será superado. Em sua pesquisa, Freitas, Cardoso e Santos consideram “crenças e valores religiosos como aspectos muito significativos no processo de luto antecipatório”<sup>77</sup>. Mas, uma advertência é oportuna nesse momento: “Orientações religiosas podem fazer o indivíduo abandonar o tratamento médico tradicional, havendo piora imediata do seu quadro clínico, embora a maioria das religiões não estimule a interrupção do tratamento médico”<sup>78</sup>. É o que corroboram Morelli, Scorsolini-Comin e Santos:

Estudos recentes têm apontado a importância da fé ou de experiências relacionadas à espiritualidade e religiosidade no percurso de tratamento de pacientes com diferentes doenças, entre elas o câncer. Isso é igualmente válido para os cuidadores. A religiosidade/espiritualidade pode ser considerada uma forma de enfrentamento positivo. Envolve estratégias de

<sup>75</sup> Cf. SANTOS, Franklin Santana. Para além da dor física: trabalhando com a dor total, p. 397-405. In: SANTOS, Franklin Santana. (Org.). *Arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação*. Bragança Paulista-SP: Comenius, 2010, p. 402.

<sup>76</sup> SANTOS, 2010, p. 402.

<sup>77</sup> FREITAS, Iara Silva; CARDOSO, Erika Arantes de Oliveira; SANTOS, Manoel Antônio. Espiritualidade e religiosidade em mães de crianças com câncer hematológico. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 22, n. 3, p. 433-447, jul./set. 2017, p. 442.

<sup>78</sup> KOENIG et al. (1991) apud PERES, Mário F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl 1, São Paulo, p. 82-87, 2007, p. 84.

enfrentamento ativo, como planejamento, reinterpretação positiva e busca de apoio social instrumental e emocional. Assim, a relação com o sagrado pode ser uma estratégia de enfrentamento eficaz diante de situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico do câncer e da morte de um ente próximo em decorrência da doença<sup>79</sup>.

Ainda assim, nessa travessia a qualquer momento se instauram imprecisão e insegurança, inerentes ao tratamento terapêutico, quase sempre revelando sentimentos de irritabilidade, solidão, isolamento<sup>80</sup>. Dependendo do tratamento, o paciente precisa de internação hospitalar, afastando-se de familiares, trabalho, círculo de amizade e de sua rotina até então saudável (ainda que nunca se tenha dado conta disso). Ocorre, então, uma reconfiguração no seu cotidiano e até mesmo no da família. “A despersonalização do indivíduo no ambiente hospitalar fere sua integridade física e moral. As condutas terapêuticas, que inicialmente são vistas como necessárias para o bem-estar, a qualidade de vida e a cura tornam-se ameaçadoras e invasivas”<sup>81</sup>.

Diante das aflições desencadeadas da doença, o sentimento da ameaça à vida e o temor do desconhecido desequilibram radicalmente o enfermo oncológico. Isso se explica pelo fato de o câncer possuir uma representação simbólica muito negativa para familiares, profissionais da saúde, paciente e para a população em geral (como já fora explicado acima), causando uma gama de malefícios para o doente, que já se encontra emocionalmente fragilizado<sup>82</sup>.

Vale citar esta série de crenças preconcebidas pela população em torno desta doença:

- a) O câncer é sinal de morte;
- b) O câncer é algo que ataca do exterior e não há nada como controlá-lo;
- c) O tratamento – quer seja radioterapia, quimioterapia ou cirurgias – é drástico e negativo e, quase sempre, tem efeitos colaterais desagradáveis<sup>83</sup>.

A representação simbólica mais lúgubre entre os pacientes oncológicos é o luto antecipatório diante do momento em que é apresentado o diagnóstico já que o câncer é visto como um processo irreversível, cujo significado é um desenlace fatal. Essa simbologia da morte certa faz o paciente vivenciar um suposto atestado de

<sup>79</sup> MORELLI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 2718.

<sup>80</sup> Cf. SILVA, 2010, p. 70.

<sup>81</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 52.

<sup>82</sup> Cf. DÓRO, M. P. et al. *O câncer e sua representação simbólica*. Psicologia Ciência e Profissão. Brasília, v. 24, n. 2, p. 120-134, jun. 2004, p. 120.

<sup>83</sup> DÓRO et al., 2004, p. 120.

óbito<sup>84</sup>. É um espectro de morte que se processa em meio a sofrimento. A vida que chega à demarcação final vem abastecida de um misto de “medo da dependência, da dor, da degeneração, da incerteza, da solidão e do isolamento, da separação das pessoas queridas e de serem abandonados pelos profissionais que deles cuidam”<sup>85</sup>; vivem-se processos de luto da irremediável perda de si e de pessoas queridas. “Nesse morrer, o paciente experimenta a dor de se sentir enterrado antes mesmo de ter morrido”<sup>86</sup>.

Há uma corrida contra o tempo que se exaure induzindo o doente a reflexões, a novas demandas urgentes. “E quanto mais se aproxima o momento da morte, algo de estranho acontece com o tempo. É o tempo do significado. É o tempo da intensidade. É o tempo do choro. É o tempo da espera”<sup>87</sup>.

Muitas vezes, nessas circunstâncias a religião emerge como “ferramenta encontrada para manejar o processo de luto”<sup>88</sup>, principalmente porque “O processo de perda já ocorre no momento do diagnóstico, pela associação direta à ideia da morte, lembrando que, aqui, ideia significa ver e enxergar além do visível”<sup>89</sup>. Daí, “Em vez de conseguir aceitar o processo e realizar o enfrentamento, sucede-se a maximização das dificuldades”<sup>90</sup>.

Na verdade,

O homem não tende a encarar abertamente seu fim de vida na Terra; só eventualmente e com certo temor é que lançará um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte. Uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença<sup>91</sup>.

No entanto, a ciência tem avançado bastante em prol da sobrevivência dos pacientes com câncer, na busca de tratamentos mais eficazes e perspectivas de cura de diversos tipos de câncer. Neste cenário, a prevenção e o diagnóstico precoce (insiste-se) têm sido fundamentais na sobrevivência e, muitas vezes, na cura da doença. Mas a terapêutica utilizada nos pacientes com câncer é vivenciada, muitas vezes, de

<sup>84</sup> Cf. MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital, p. 57-60. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). *Introdução à Psicologia*. Campinas: Livro Pleno, 2002, p. 57.

<sup>85</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 67-68.

<sup>86</sup> DÓRO et al., 2004, p. 121.

<sup>87</sup> Informação verbal de pesquisa de campo com pacientes oncológicos. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 169-170.

<sup>88</sup> MORELLI; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013, p. 2713.

<sup>89</sup> DÓRO et al., 2004, p. 121.

<sup>90</sup> DÓRO et al., 2004, p. 120.

<sup>91</sup> MORAES, 2002.

forma dramática, pois são manobras desconfortáveis e às vezes agressivas de forma física e psicológica, gerando desconforto ao paciente. Porém, a tendência, com o avançar da tecnologia desenvolvendo novos experimentos, tem sido o prolongamento da vida, embora a população mais carente socioeconomicamente nem sempre possa desfrutar desse progresso, tendo que conviver com o “encurtamento das condições de cidadania para uma vida digna e qualitativa”<sup>92</sup>.

Ocorre que, geralmente, o tratamento quimioterápico do câncer, além de ser vivenciado com sofrimento físico, que exige medidas terapêuticas agressivas, está associado à fragilidade do enfermo na difícil convivência com a doença. Por isso, quase sempre, os pacientes são

[...] acometidos por diversos efeitos colaterais, dentre eles, os mais comuns são: dor, náuseas e vômitos, queda de cabelo, alterações de peso, fadiga e ansiedade. Dessa forma, alguns sintomas exercem influência sobre a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, como a dor, por exemplo, que interfere no humor, mobilidade, sono, alimentação e atividades diárias de forma geral. Além disso, outros efeitos colaterais do tratamento oncológico como a anorexia, depressão, ansiedade, constipação, disfagia, dispneia e astenia afetam as relações sociais, familiares e de trabalho desses indivíduos.

Um dos possíveis resultados dos efeitos colaterais provocados pela quimioterapia conduz o paciente a decisões impactantes como, por exemplo, a desistência do tratamento<sup>93</sup>.

Os métodos mais utilizados para o tratamento são cirurgia, radioterapia e quimioterapia, sendo utilizados muitas vezes de forma isolada ou combinada de acordo com a características de cada tumor. Quando a cura não acontece a partir dos tratamentos oferecidos, a terapêutica precisa ser modificada para um tratamento paliativo na tentativa de aliviar a dor, fornecendo uma sobrevivida mais humana e menos sofrida<sup>94</sup>.

Um dos grandes contratempos dos profissionais da saúde é reconhecer e tratar o paciente que se encontra sem alternativas de tratamento, tendo a morte como certa e iminente. Até há pouco tempo se privilegiou a “qualidade técnica e científica,

<sup>92</sup> DÓRO et al., 2004, p. 122.

<sup>93</sup> BATISTA; Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. Revista *Enfermagem*. ;5(3) UFSM, p. 499-510, jul./set., 2015, p. 506.

<sup>94</sup> Cf. ESPÍNDULA, Joelma Ana. *O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde*. Tese de Doutorado. 233p. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009, p. 124.



subvalorizando os aspectos humanistas, transformando a área de saúde em ciência exata, condizente com o novo e reinante paradigma biotécnico-científico”<sup>95</sup>.

Agora, com o despontar da bioética e sua abrangência, preocupando-se com a qualidade do homem do nascer ao morrer e do processo de viver, sob uma perspectiva holística, o homem passa a ser considerado em várias dimensões: física, psicológica, social, espiritual – cuidados regulados nos direitos humanos. Nesse sentido, “é preciso respeitar o bem-estar e oferecer apoio ao indivíduo próximo à morte, ao invés de afastar-se dele e parar os cuidados porque ‘nada mais pode ser feito’”<sup>96</sup>. Dessa forma, “Os aspectos éticos vão permear todo o tratamento do paciente com uma doença que ameace a sua vida, começando no momento do diagnóstico até os cuidados no fim da vida”<sup>97</sup>.

É oportuno lembrar ainda que

A aproximação entre os pacientes e seus familiares em situações de adoecimento como no câncer exige, necessariamente, uma atenção especial dos profissionais da área de saúde, bem como uma assistência específica e adequada de apoio às necessidades desse grupo de pessoas. Para tanto, perceber como está constituída a organização familiar diante da patologia contribui para que os profissionais de saúde possam ofertar uma assistência de qualidade e individualizada de acordo com as necessidades de cada pessoa<sup>98</sup>.

Outra dificuldade a enfrentar é o impasse clínico em se tratando de criança ou adolescente acometidos, por exemplo, de osteossarcoma (tumor ósseo), cujo tratamento curativo requer amputação. A indicação da cirurgia causa grande impacto psíquico, sendo comum entre paciente e progenitores a recusa do procedimento, acarretando avanço da doença e a conseqüente morte do enfermo. A família, fragilizada e assustada, nem sempre consegue assimilar que o problema não é uma questão de escolha (amputar ou não), mas “uma indicação clínica precisa”<sup>99</sup>. Assim,

[...] a notícia da cirurgia de amputação surge para o paciente e sua família como um abismo, como algo que emudece, uma urgência que é a da equipe e que passa a ser a do paciente também. Um instante que inaugura um tempo marcado pela angústia e pela ausência do que dizer. A equipe pede ao paciente e seu entorno familiar que pense, mas o que comparece no lugar do pensamento é um vazio, os pacientes dizem não pensar em nada<sup>100</sup>.

<sup>95</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 138.

<sup>96</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 138.

<sup>97</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 138.

<sup>98</sup> BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015, p. 507.

<sup>99</sup> Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 17.

<sup>100</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 19.

Com efeito, a expectativa de tratamento de uma determinada patologia é vista de forma distinta nas diferentes culturas. As implicações do adoecer são entendidas conforme a compreensão de uma sociedade para outra ou de uma cultura a outra. A percepção e o discernimento de cada indivíduo são fundamentais para sua determinação e intrepidez a respeito do cuidado com a saúde<sup>101</sup>. No caso do câncer, torna-se, sempre, fundamental um apoio psicológico, junto ao clínico, para fortalecer, sustentar e fornecer informações essenciais a esta nova fase de vida, diante da necessidade de fase inicial do tratamento, pois

[...] os pacientes desconhecem a finalidade do procedimento terapêutico, as drogas utilizadas e seus efeitos. Ficam temerosos em relação aos procedimentos e ansiosos quanto ao resultado dos exames. Estar com uma doença crônica, por vezes fatal, é uma experiência singular para o paciente<sup>102</sup>.

Nem o fim do tratamento, como em casos de cura, é capaz de extinguir “as marcas de seu percurso único na história de vida de cada paciente”<sup>103</sup>.

Um fator positivo no tratamento com pacientes oncológicos é o fato de a equipe de profissionais da saúde “conciliar e integrar o conhecimento científico com a responsabilidade, a sensibilidade, a ética e a solidariedade”<sup>104</sup>. Também, para muitos desses pacientes, enfrentando momentos de ressignificação mediante a realidade que se impõe, a religiosidade é um expediente muito utilizado, no início e durante o tratamento “aprimorando sua qualidade de vida por lhes proporcionar esperança de vencer o mal”<sup>105</sup> – discussão a ser abordada na próxima parte.

---

<sup>101</sup> Cf. SILVA, 2005, p. 12.

<sup>102</sup> Cf. SILVA, 2010, p. 70

<sup>103</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 38.

<sup>104</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 166.

<sup>105</sup> GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde, p. 11-34. *Psicologia*, 24(1), USP, São Paulo, 2013, p. 13.

## 1 INDAGAÇÕES DO PACIENTE

Para se abordar a questão do câncer (morte e vida) em suas várias perspectivas (religiosa, clínica, biológica), convém que *a priori* se alongue o introito desta seção a fim de esclarecer em que acepção os termos – espiritualidade, religiosidade e fé – são utilizados nesta pesquisa.

Recorre-se a Giovanetti ao esclarecer que “o termo ‘espiritualidade’ designa toda vivência que pode produzir mudança profunda no interior do homem e o leva à integração pessoal e à integração com outros homens”<sup>106</sup>. Não tem, portanto, implicação alguma com religião (ainda que esta tenha implicação com aquela), mas sim com valores e significados, pois é uma peculiaridade inerente ao ser humano que o faculta a imergir-se em si próprio. Ela “depende de três componentes: necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; necessidade de esperança/vontade para viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus”<sup>107</sup>. A conjunção alternativa aqui empregada (*ou*) demonstra a inclusão ou não de se crer em um Deus.

Nessa linha de pensamento, está Solomon, que também não associa espiritualidade à crença numa superioridade divina, mas a uma postura natural do homem refletida no “‘amor bem pensado à vida’, significando busca de autonomia, respeito à singularidade individual, construção pessoal, recusa da rigidez, do autoritarismo e da alienação, o que é condizente com o aprimoramento humano”<sup>108</sup>. Em essência, “A espiritualidade coloca questões a respeito do significado da vida e da razão de viver, não se limitando a alguns tipos de crenças ou práticas”<sup>109</sup>. Ou, conforme Mircea Eliade, é quando o homem

[...] ‘experimenta’ a si próprio, conhece suas possibilidades, toma consciência de suas forças e acaba por tornar-se, ele próprio, espiritualmente adulto e criador (trata-se, é claro, da espiritualidade tal como é concebida no mundo moderno)<sup>110</sup>.

<sup>106</sup> GIOVANETTI, José Paulo. Psicologia e espiritualidade, p. 129-145. In: AMATUZZI, Mauro Martins (Org.). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005, p. 137.

<sup>107</sup> FLECK, Marcelo Pio da Almeida et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 2003; 37 (4); p. 446-455. Porto Alegre - RS, p. 449.

<sup>108</sup> SOLOMON (2003) apud AQUINO, Thiago Antônio Avellar de, et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia ciência e profissão*, 2009, 29 (2), p. 228-243. Universidade Estadual da Paraíba, p. 230.

<sup>109</sup> FLECK, 2003, p. 448.

<sup>110</sup> ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano*. Trad. Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 100.



Portanto, a vida do indivíduo dotado de espiritualidade não é pautada/organizada a partir de práticas vinculadas a símbolos sagrados a orientarem seu comportamento e sua forma de ver o mundo, mas a do religioso sim. “Pode-se, então, afirmar que a religião é uma espécie de ciência prática que produz os valores pelos quais todos devem se guiar”<sup>111</sup>. Inclusive, “A religião tem, portanto, a função de agregar os indivíduos à sociedade, servindo enquanto um instrumento de controle social, de manutenção da ordem”<sup>112</sup>. Em outras palavras: “A religião é definida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual [...]”<sup>113</sup>.

Japiassú e Marcondes, em seu Dicionário básico de filosofia definem com detalhes o conceito de religião:

Em seu sentido geral e sociocultural, a religião é um conjunto cultural suscetível de articular todo um sistema de crenças em Deus ou num sobrenatural e um código de gestos, de práticas e de celebrações rituais; admite uma dissociação entre a ‘ordem natural’ e a ‘ordem sacral’ ou sobrenatural. Toda religião acredita possuir a verdade sobre as questões fundamentais do homem, mas apoiando-se sempre numa fé ou crença<sup>114</sup>.

Desse modo, “o estudo da religião deve dar ênfase à análise das crenças e valores de um povo como conceitos destinados a trabalhar com o material simbólico”<sup>115</sup>, já que ela é uma poderosa influência agregadora da sociedade. Assim, “Com Durkheim a religião passa a ser interpretada como sendo um sistema de crenças e práticas que, muito embora envolvam o sagrado, desenvolve a possibilidade de analisar, sociologicamente, seus aspectos mais institucionais”<sup>116</sup>.

A religiosidade, por sua vez, se alicerça na sensação de que há poderes superiores a garantirem a esperança de uma vida intensa que se sobrepõe à morte, expressa por meio de ritos, mitos e símbolos os quais desenham uma imagem do mundo<sup>117</sup>; “[...] a religiosidade é vista como um comportamento pessoal e

<sup>111</sup> AQUINO et al., 2009, p. 231.

<sup>112</sup> OLIVEIRA, Fabiana Luci de. O campo da sociologia das religiões: secularização versus a “revanche de Deus”. 14p. *InterThesis*, n. 2, v. 2, Florianópolis-SC, jul./dez. 2005, p. 4.

<sup>113</sup> FLECK, 2003, p. 448.

<sup>114</sup> JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. *Dicionário básico de filosofia*. 3. ed. São Paulo: Jorge Zahar, 1996, p. 234.

<sup>115</sup> AQUINO et al., 2009, p. 231.

<sup>116</sup> CIÊNCIAS da Religião. *Durkheim – a religião é um faro social*. Disponível em: <<https://goo.gl/UeHix8>>. Acesso em: 10 nov. 2017, p. 3.

<sup>117</sup> Cf. MARCHI, Euclides. O sagrado e a religiosidade: vivências e mutualidades. *História: Questões & Debates*, Curitiba, UFPR, n. 43, p. 33-53, 2005, p. 47.

intransmissível, alheia ao debate, às igrejas, às instituições religiosas”<sup>118</sup>; ela exerce na pessoa humana uma performance e pode ser definida abrangendo toda uma “dimensão humana, histórica e culturalmente determinada, que se abre à transcendência, mobiliza energias e se materializa em formas cognitivas e emocionais na construção de sentido para a totalidade da existência”<sup>119</sup>.

Enquanto considerada uma instituição social (e, por isso mesmo, simbólica), a religiosidade encerra uma organização de experiências subjetivas, que torna possível “uma representação da visão de mundo de uma sociedade, conduzindo o pensamento dos indivíduos em direção a uma construção de sentido e significado para suas experiências”<sup>120</sup>.

Na verdade, há uma notória sobreposição entre os fundamentos religiosidade e espiritualidade. Uma diferença básica é que na acepção da primeira há uma “clara sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo”<sup>121</sup>.

Cândida Pinto, pesquisando a literatura acerca do conceito de espiritualidade, verificou a falta de consenso nesse domínio. Não raro, ela é associada diretamente “à prática de uma religião. No entanto, a religiosidade e a espiritualidade são conceitos diferentes. A religiosidade refere-se ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso”<sup>122</sup>. A autora esclarece que há autores que consideram “que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e afirmam que a tendência a polarizá-los não é frutífera para a pesquisa científica”<sup>123</sup>.

No tocante à fé, a acepção com a qual se trabalha este texto se apoia em Paulo Dalgarrondo para quem a fé excede “a capacidade humana de explicação e está fora das possibilidades de verificação empírica”<sup>124</sup>. Dalgarrondo – na interpretação que faz sobre a argumentação de Kiekegaard de fé religiosa – afirma que esta “só subsiste pela ‘incerteza objetiva’ do crer apesar de tal incerteza. Ele

---

<sup>118</sup> MARCHI, 2005, p. 47.

<sup>119</sup> DIAS, José Roberto de Lima. O sagrado diante do influxo da religiosidade: o caso do espiritismo. X Encontro Estadual de História. *O Brasil no Sul: cruzando fronteiras entre o regional e o nacional*. 26 a 30 jul. 2010. Santa Maria - RS. Centro Universitário Franciscano (UNIFRS). Disponível em: <<https://goo.gl/FwPJ3a>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

<sup>120</sup> BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade?* Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003, p. 43.

<sup>121</sup> FLECK, 2003, p. 448.

<sup>122</sup> PINTO, 2007, p. 47.

<sup>123</sup> PINTO, 2007, p. 49.

<sup>124</sup> DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Artmed, 2009, p. 25.

propõe ser central na fé o ‘martírio de crer contra a razão’; essa disposição de empreender um ‘salto no absurdo’ que é, para ele, a essência da fé”<sup>125</sup>.

Lembra-se aqui que é normal que o enfermo de doenças crônicas e de difícil cura, como o câncer, por exemplo, faça uma série de indagações tanto a si mesmo quanto aos que o rodeiam: parentes, amigos, cuidadores, médicos. É normal também recorrer ao sobrenatural, à fé, religiosidade, espiritualidade em busca de cura no processo de tratamento, passando por diversas fases, inclusive a da aceitação, que será abaixo discutida não só pelo viés da perspectiva clínica como também do contributo religioso. A subseção discorre, também, sob os aspectos biológico e religioso, o embate entre a vida e a morte que invade o cotidiano do enfermo. Encerra-se a discussão abordando sobre o amparo do  *coping*  religioso no processo de cura do doente oncológico.

## 2.1 Aceitação da doença: perspectiva clínica e religiosa

A primeira percepção quando se descobre que está com câncer é a da finitude do ciclo vital em razão de mitos enraizados na cultura ocidental acerca dessa patologia e de seu respectivo tratamento. Vem a quase certeza da dor e da submissão a tratamentos invasivos seguidos da provável morte. Dessa recorrência (associação da doença com a morte), surgiu o estigma social que contribui para o aumento do medo que as pessoas têm quando diagnosticadas com tal doença. Passa-se a conviver com a morte aparceirada da inquietação com a autoimagem e com a privação da vida sexual, da faculdade produtiva de uma vida regular<sup>126</sup>.

Muitos pacientes oncológicos pesquisados, como constata pesquisa realizada por Daniela Cardoso com seus partícipes, “Quando questionados sobre as expectativas de vida, [...] visualizam um futuro, e em curto prazo, buscam adaptar-se à realidade e a superar as adversidades vivenciadas”<sup>127</sup>. De fato, “Quando a morte

<sup>125</sup> DALGALARRONDO, 2009, p. 25.

<sup>126</sup> Cf. FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Leticia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. *Pensando famílias*. v. 17, n. 2, Porto Alegre - RS, p.111-129, dez. 2013, p. 112.

<sup>127</sup> CARDOSO, Daniela Habekost et al., Viver com câncer: a percepção do paciente oncológico. *Journal of Nursinf and Health*. Faculdade de Enfermagem UFPel, v. 2, n. 2, p. 461-474, 2012, p. 470.

demora a acontecer, tem-se que aprender a reinvestir na vida, cuidar de si, pensar e aceitar a morte, senão o familiar também morre ao cuidar do paciente”<sup>128</sup>.

A oscilação entre a aceitação e a negação não se deve exclusivamente aos recursos psicológicos do cliente e ao processo de morrer, mas é também o resultado do comportamento da família, dos amigos e da equipe de saúde com quem ele se comunica<sup>129</sup>.

O estágio da aceitação, segundo Kübler-Ross, aflora no momento em que a depressão e o medo vão diminuindo por parte do paciente e da família, os quais passam a se envolver ativamente no tratamento em busca de cura. Também ocorre a aceitação quando se esgotaram todas as possibilidades de cura e que se instaura a conscientização da iminência da morte, da inevitabilidade da perda por parte dos familiares, da emergência da boa utilização do tempo restante, que deve ser vivido com qualidade, “divertindo-se mais, quando possível, e concentrando-se mais no presente”<sup>130</sup>.

Por meio de pesquisa realizada com mulheres com câncer de mama, Salimena com seus pesquisadores perceberam que

[...] o conhecimento sobre o diagnóstico, a doença e os motivos para realizar o tratamento desvelaram ser essa uma experiência conflitante que pode colocar as mulheres diante da aceitação ou negação da situação vivenciada. Entretanto, apesar de todo o sofrimento decorrente desse agravo e dos efeitos adversos em consequência das modalidades terapêuticas, as mulheres sentem necessidade de se tratar para prolongar sua expectativa de vida<sup>131</sup>.

Em sua pesquisa com pacientes oncológicos, sobre a aceitação da doença, Kübler-Ross constatou que

[...] os doentes em fase terminal que receberam apoio apresentavam um percurso mais fácil até à aceitação. Verificou também que os doentes mais idosos, que tinham uma vida construída (filhos adultos e uma situação profissional já percorrida), necessitavam de menos ajuda para alcançar a fase de aceitação mais rapidamente<sup>132</sup>.

<sup>128</sup> MAIA, Sonia Alice Felde. *Câncer e morte: o impacto sobre o paciente e a família*. 24p. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiconcologia, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba - PR, 2005, p. 21.

<sup>129</sup> MIRANDA, Ana Cristina. *Do diagnóstico ao tratamento de câncer: o familiar, a acompanhante e seu processo de adaptação*. 71p., Monografia de Enfermagem. Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu-SC, 2009, p. 51.

<sup>130</sup> KÜBLER-ROSS apud MAIA, 2005, p.16-17.

<sup>131</sup> SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Mulheres enfrentando o câncer de mama. *Rev. Min. Enferm.* 16(3), jul./set., Universidade Federal de Juiz de Fora/Facet, p. 339-347, 2012, p. 339.

<sup>132</sup> KÜBLER-ROSS apud CARDOSO et al., 2017, p. 16.

Há um consenso de que hoje o paciente seja informado com detalhes sobre o estágio da doença. Mas não é fácil dosar “a quantidade e o *timing* da informação a ser transmitida ao doente e à família sobre a situação clínica e o seu prognóstico. A informação deve ser prestada de forma sensível e compreensiva”<sup>133</sup>, pois a aceitação dessa comunicação encontra bastante resistência seja por parte do doente, seja por parte da família. Mas, “À medida que o doente vai conseguindo elaborar informações sobre as possibilidades de tratamento, sentimentos de esperança e otimismo começam a surgir”<sup>134</sup>.

Sobre esse aspecto, Silva verificou por meio de estudos de campo que “fornecer informação sobre o tratamento, no momento da revelação, tem um impacto positivo na visão dos pacientes e encoraja atitudes socialmente positivas”<sup>135</sup>. Além disso, de extrema relevância é a contribuição dos profissionais da saúde levando “apoio, educação, cuidado individual e humanizado, a pacientes e familiares nos diversos estágios da doença, inclusive estimulando a retomada das atividades da vida, dentro das possibilidades de cada indivíduo”<sup>136</sup>.

Afinal,

Entende-se que ter projetos e objetivos de vida, a longo ou curto prazo, faz com que o paciente pense em um futuro e na forma de se adaptar à realidade condicional que se impõe, sobretudo, essas metas trazem-lhe esperança e motivação para continuarem vivendo. Dentre os planos para o futuro, o retorno às atividades profissionais, destaca-se nos depoimentos dos entrevistados, e possivelmente está vinculada diretamente à visão de independência e autonomia, favorecendo a retomada dos papéis sociais<sup>137</sup>.

Como o ser humano é um organismo complexo, “Não adianta só tratar o físico e esquecer o emocional, o intelectual e o espiritual”<sup>138</sup>. É comum os próprios pacientes afirmarem que a fé é um fator de grande significância. James W. Fowler explica que a fé também pode se dar sob uma perspectiva não religiosa. Ele diz: “A fé é o modo em que uma pessoa ou um grupo penetra no campo de força da vida”<sup>139</sup>. Ou ainda:

<sup>133</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 13.

<sup>134</sup> SILVA, Lucia Cecilia da. *O sentido do cuidado da vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica*. 187p. Tese de doutorado em Psicologia. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006, p. 24.

<sup>135</sup> SILVA, 2005, p. 35.

<sup>136</sup> CARDOSO et al., 2012, p. 470.

<sup>137</sup> CARDOSO et al., 2012, p. 471.

<sup>138</sup> SILVA, 2010, p. 63.

<sup>139</sup> FOWLER, James W. *Estágios da fé: a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido*. Trad. Júlio Paulo Tavares Zabatiero. São Leopoldo - RS: Sinodal, 1992, p. 21.



“A fé é o modo pelo qual uma pessoa vê a si mesmo em relação aos outros, sobre um pano de fundo de significados e propósitos partilhados”<sup>140</sup>.

Para Fromm, “a fé é a convicção sobre o que ainda não foi provado, o conhecimento da possibilidade real”<sup>141</sup>. Continuando, Fromm explica sobre a fundamentação da fé dizendo que ela emerge da “capacidade de conhecimento e compreensão, que penetra a superfície e vê o âmago. A fé, como a esperança, não é a previsão do futuro; é a visão do *presente* num estado de gravidez”<sup>142</sup> – sentido de fé também distinto de religião e mais próximo da espiritualidade.

Segundo Leonardo Boff, a espiritualidade também – por ser uma atitude que move o homem a ligar-se ao todo e a tudo – é uma experiência que “permite ao ser humano dar um nome a esse fio condutor, dialogar e entrar em comunhão com ele, pois o detecta em cada detalhe do real”<sup>143</sup>. A espiritualidade “busca pela compreensão no sentido da vida, da transcendência”<sup>144</sup>, transcendendo a dogmas religiosos.

Campos e Murakami explicam que a espiritualidade, sendo um sentimento pessoal, não se liga a um ser maior como a Deus, por exemplo, mas sim a um bem-estar estimulante do interesse por si e pelos outros, imprimindo um significado a um tipo de vida que suporta certos sentimentos extenuantes de ansiedade, furor, culpa; “está relacionada com o transcendente, com questões definitivas sobre o significado e propósito da vida, e com a concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido”<sup>145</sup>.

Por seu turno, lê-se em Dalgarrondo que, “na maioria das definições de espiritualidade, há noções de crença em um poder superior ou em uma realidade suprassensível e busca individual do sagrado”<sup>146</sup>.

A espiritualidade normalmente ganha espaço na maioria das pessoas acometidas por uma doença crônica, como é o caso do câncer. Este apoio durante a doença caracteriza-se como forma de ajudar o paciente a aceitar a doença, o tratamento ou a morte, a tentar corrigir possíveis erros que tenha cometido ou a buscar conforto para enfrentar o desconhecido<sup>147</sup>.

<sup>140</sup> FOWLER, 1992, p. 15.

<sup>141</sup> FROMM apud SATHLER-ROSA, Ronaldo. *Cuidado pastoral em perspectiva histórica e existencial: uma revisão crítica*. São Paulo: Aste, 2013, p. 119.

<sup>142</sup> FROMM apud SATHLER-ROSA, 2013, p. 120.

<sup>143</sup> BOFF, Leonardo. *Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2003, p. 185.

<sup>144</sup> SILVA, 2010, p. 80.

<sup>145</sup> CAMPOS, C.J. G; MURAKAMI, R. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. Enferm.* v. 65, n.2, Brasília, p. 361-367, 2012, p. 362. Disponível em: <<https://goo.gl/IXhFcB>>. Acesso em: 11 ago. 2017, p. 365.

<sup>146</sup> DALGARRONDO, 2009, p. 24.

<sup>147</sup> SILVA, 2010, p. 82.

É assim que “grande parte dos pacientes considera a fé e a espiritualidade como recursos para obtenção de esperança e apoio diante do adoecimento por câncer”<sup>148</sup>. Outrossim, é muito frequente a seguinte situação: pacientes dotados de intensa religiosidade, quando confrontados com diagnósticos positivos de câncer, tenderem a vivenciar a doença de forma diferente, alicerçando-se na confiança e esperança, com enfrentamento seguro ao tratamento<sup>149</sup>.

Campos e Murakami comentam sobre a inabilidade dos profissionais da Saúde em lidar com a questão representativa da religiosidade e da religião dos pacientes que estão sob seus cuidados – o que pode gerar lacunas e/ou desentendimentos no relacionamento entre as partes<sup>150</sup>.

Conforme Barreto e Amorim,

O tratamento do câncer, apesar de ser um processo em que tem lugar o sofrimento, devido às reações adversas, representa um motivo de esperança na cura ou no aumento da expectativa de vida. A religiosidade funciona, por vezes, como um facilitador da aceitação da doença e da morte<sup>151</sup>.

Camboim e Rique afirmam que, “apesar de religiosidade referir-se a uma relação pessoal com Deus, esta relação estaria fundamentada nos rituais de uma religião<sup>152</sup>”. Nesse sentido, esclarecem Campos e Murakami que, distinta da espiritualidade (ainda que esteja a ela relacionada), a religiosidade está envolta num conjunto de crenças, doutrinas (cultos, rituais) compartilhado por um círculo de pessoas que se caracteriza por comungarem de certos comportamentos e valores, “representando uma dimensão social e cultural da experiência humana”<sup>153</sup> e que normalmente envolve a fé.

Assim, pacientes de doenças graves como as oncológicas recorrem correntemente a orações e a outras práticas religiosas. Segundo Silva, “Um estudo

<sup>148</sup> PEREIRA et al. A vivência do paciente oncológico e suas estratégias de enfrentamento, p. 51-62. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015, p. 57.

<sup>149</sup> Cf. TETZNER, Neusa. Uma vivência espiritual cristã, p. 213-216. In: AMATUZZI, Mauro Martins (Org.). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005, p. 214.

<sup>150</sup> CAMPOS; MURAKAMI, 2012, p. 362.

<sup>151</sup> BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. *Revista Enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, jul./set., v. 18, n. 3, p. 462-467, 2010, p. 466.

<sup>152</sup> CAMBOIM, Aurora; RIQUE, Júlio. Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos. *Revista Brasileira de História das Religiões*. ANPUH, Ano III, n. 7, p. 251-263, maio, 2010, p. 252.

<sup>153</sup> CAMPOS; MURAKAMI, 2012, p. 362.



realizado pela American Pain Society mostrou que a oração era o segundo método mais usado no trato da dor, depois de medicações orais<sup>154</sup>. Inclusive, é comum grande parte desse elenco tornar-se mais religiosa a partir do diagnóstico do câncer<sup>155</sup>.

Na verdade, como diz Vasconcelos, sobre a formação da sociedade humana: “[...] o trabalho em saúde voltado para a cura e a prevenção das doenças tem se organizado estreitamente ligado às práticas religiosas”<sup>156</sup>. Ocorre que, na ciência médica, esse discurso precisa ter maior reconhecimento já que normalmente as práticas religiosas no âmbito da saúde ainda têm o seu espaço circunscrito “principalmente no meio popular, na vida privada dos profissionais de saúde e em alguns setores das ciências humanas, sendo desprezadas no debate médico, nos centros de formação profissional e de pesquisa”<sup>157</sup>. Portanto, para uma melhor integração entre pacientes envolvidos na religiosidade ou religião e profissionais da Saúde, o entendimento desse recurso torna mais fácil a aproximação das partes.

## 2.2 Vida e morte: perspectiva biológica e religiosa

A noção de que o câncer mata interfere muito na relação de como os indivíduos reagem com a doença; aumenta sentimentos de desesperança e medo, alicerçado na ideia de que o câncer é representado como uma sentença de morte. “A doença é uma ameaça à integridade de ser humano, um ataque narcísico que aponta para sua fragilidade e para a possibilidade de sua destruição”<sup>158</sup>. Nesse cenário, “Trata-se de ‘prover resposta’ quando não existem respostas e, em grande parte, de ‘simplesmente’ estar com a pessoa onde está e ser uma presença empática com ela na sua dor”<sup>159</sup>. Diante de indagações sem respostas, Aquino e Zago interpretam que

<sup>154</sup> SILVA, 2010, p. 81.

<sup>155</sup> SILVA, 2010, p. 81.

<sup>156</sup> VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde (RECIIS)*, v. 4, n. 3, Rio de Janeiro, p.12-18, set., 2010, p. 12. Disponível em: <<https://goo.gl/zKfg1u>>. Acesso em: 11 ago. 2017, p. 12.

<sup>157</sup> CAMPOS; MURAKAMI, 2012, p. 362.

<sup>158</sup> SOUZA; MELO (Amor)tecer o sofrimento: a escuta do paciente oncológico no cuidado paliativo, p. 43-50. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015, p. 43.

<sup>159</sup> PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O mundo da saúde*. São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4, p. 491-509, out./dez. 2005, p. 503.

[...] ao invés das explicações reducionistas da medicina, os sistemas religiosos oferecem uma explicação à doença que a insere no contexto sociocultural do paciente. Por isso, os profissionais de saúde estão cada vez mais atentos à necessidade de levar em conta a religiosidade dos sobreviventes de câncer quando planejam e executam a atenção à saúde, para manter uma relação de confiança e de respeito com esses pacientes<sup>160</sup>.

A equipe médica que cuida do paciente, como se vê, precisa oferecer-lhe explicações até mesmo como modo de acolhimento, pois calar-se é negligenciar alguém que sofre. “Calar é também extirpar, fechar as portas para os caminhos de sentido que o paciente pode alcançar para seu adoecimento e finitude. Pois não se trata apenas de uma dor orgânica, o corpo dói, a alma dói”<sup>161</sup>. Dói uma dor inaudita acompanhada de perdas, tristeza, às vezes, carente de afeto. É a subjetivação da dor. É o indivíduo se deparando no limiar vida e morte, como explicam Souza e Melo:

A tristeza aponta o limite, a condição de humano, demasiado humano, e a impossibilidade intrínseca a essa condição. Contudo, quando o sujeito está fora do registro do desejo, a vida perde seu principal combustível. Os dias se resumem à manutenção da existência e da sobrevivência; dessa forma, o interesse acerca do mundo é tragicamente reduzido. Sem o motor do desejo, a vida restringe-se ao puro existir [...]<sup>162</sup>.

Fornazari e Ferreira constataram, nos relatos coletados de sua investigação, que uma das características do câncer é fazer com que o enfermo reveja seus valores, repense sua existência, principalmente em face da proximidade irreversível da morte. “Nessa perspectiva, a religião e a espiritualidade empreendem o esforço de significar essa nova demanda apresentada para o paciente, buscando compreender a própria doença, o sofrimento, a morte e a existência”<sup>163</sup>. Aquino e Zago complementam dizendo que não se pode postergar o cuidado biológico com esses pacientes, que se dá pela “reabilitação, isto é, processo de cuidado contínuo e individualizado, buscando desenvolver e maximizar as capacidades dos indivíduos, dentro das limitações impostas pela doença e pelo tratamento”<sup>164</sup>.

<sup>160</sup> AQUINO, Verônica Urban; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 42-47, jan./fev. 2007, p. 6.

<sup>161</sup> SOUZA; MELO, 2015, p. 44.

<sup>162</sup> SOUZA; MELO, 2015, p. 44.

<sup>163</sup> FORNAZARI, Sílvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: teoria e pesquisa*. v. 26, n. 2, p. 265-272, abr./jun. 2010, p. 265.

<sup>164</sup> AQUINO; ZAGO, 2007, p. 2.

Dessa forma, a equipe profissional que cuida desse tipo de enfermidade deve estar ciente de que não se deve reduzir o enfermo a um simples corpo doente, em sofrimento, mas abrir-se à possibilidade de uma atmosfera expressiva na relação estabelecida entre paciente/profissional. O homem, pois, não é apenas um ser biológico; o câncer, por seu turno, também não é tão somente uma alteração biológica. Sua parte afetiva fica bastante comprometida quando acometido desse mal e contagia todos a seu redor, como explicam Pessini e Bertachini:

No centro de toda a questão do aumento da 'expectativa de vida' estão o paciente, o clínico e o imperativo de estabelecer uma relação comunicativa que permita uma parceria significativa num dos momentos mais profundos da vida. Cresce muito a responsabilidade do clínico em criar um relacionamento com pacientes e familiares no sentido de ajudar no enfrentamento desse complexo cenário, ouvir e acolher as expressões de sentimentos de sofrimento. Esse cuidador torna-se um fator-chave em ajudar as pessoas a encontrar um sentido no final da vida<sup>165</sup>.

Continuando, os autores esclarecem que “Um nível elevado de cuidado físico é certamente de vital importância, mas não suficiente em si mesmo. A pessoa humana não deve ser reduzida a uma mera entidade biológica”<sup>166</sup>. Nessa mesma ótica, afirmam Fornazari e Ferreira: “O paciente não deve ser considerado apenas como um corpo doente, mas como um indivíduo que carrega consigo uma história constituída pela interação entre fatores biológicos e ambientais”<sup>167</sup>. O sofrimento motivado por incertezas, inseguranças, e o medo decorrente da inquietude conduzem à busca pelo sagrado quando não há explicações sobre acontecimentos desagradáveis gerados por uma determinada patologia como o câncer. Na difícil convivência com a ausência de significados, recorre-se a algo numa outra dimensão, como diz Wilges:

A religião não impede a guerra, a guerrilha, o massacre, mas fornece forças para controlar o sofrimento que elas causam; dá condições ao que crê de suportar a doença, o luto; torna possível sofrer.  
[...] a religião não termina com o sofrimento, mas o torna suportável, dá-lhe um significado<sup>168</sup>.

O paciente precisa expressar suas indagações, precisa deixar de ser paciente para ser alguém que tem voz. Não voz a ponto de direcionar o seu tratamento apagando a responsabilidade dos profissionais da saúde, e escolhendo por livre-

<sup>165</sup> PESSINI; BERTACHINI, 2005, p. 495.

<sup>166</sup> PESSINI; BERTACHINI, 2005, p. 496.

<sup>167</sup> FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 270.

<sup>168</sup> WILGES, Irineu. *Cultura Religiosa: as religiões no mundo*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 14-15.

arbítrio os procedimentos a que vai ou não se submeter, como, por exemplo, recusar-se a procedimentos cirúrgicos como única alternativa curativa para conter a evolução da doença e até mesmo evitar o óbito<sup>169</sup>.

Bernat e Costa presumem que

É importante circunscrever aqui um trabalho de luto que se faz fundamental para que a equipe assistente, o sujeito infanto-juvenil e sua família possam consentir em uma indicação clínica precisa e não escolher, como se fosse possível escolher tirar uma perna, por exemplo. Interessa sublinhar que não se trata de uma escolha qualquer, mas do que é nomeado aqui como escolha forçada<sup>170</sup>.

Nesse sentido, Almeida e Prizskulnik advertem sobre a escuta da equipe responsável por cada caso. Tal escuta não deve primar por “ações ou pensamentos universais, como requeridos pelas áreas científicas”<sup>171</sup>; pelo contrário, precisa “estar atenta à assistência de alguns casos que parecem merecedores de cuidados intensivos e singularizados”<sup>172</sup>, pois

[...] a doença leva o ser humano a deparar-se com seus valores e com questões como a existência e a proximidade da morte. Nessa perspectiva, a religião e a espiritualidade empreendem o esforço de significar essa nova demanda apresentada para o paciente, buscando compreender a própria doença, o sofrimento, a morte e a existência<sup>173</sup>.

A morte ronda o paciente oncológico. Daí surge o desafio ético em consideração à dignidade do contexto de adeus à vida, que transcende a “dimensão físico-biológica e para além da perspectiva médico-hospitalar, ampliando o horizonte e integrando a dimensão sociorrelacional”<sup>174</sup>. De fato, há muito que deve ser feito para que a sociedade compreenda que a dignidade do morrer decorre do viver com dignidade, e não simplesmente ter uma sobrevivência sofrida. Sem uma vida digna não há um fim digno. “Chamaríamos a isso direito à saúde. É chocante e até irônico

<sup>169</sup> Cf. WILGES, 1999, p. 15.

<sup>170</sup> BERNAT, Ana Beatriz Rocha; COSTA. O tempo de uma escolha forçada: o sujeito infanto-juvenil, seus pais e a equipe assistente diante da indicação de amputação, p. 17-24. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015, p. 17.

<sup>171</sup> ALMEIDA; PRISZKULNIK, Quando o tratamento do câncer da criança termina: a psicanálise e o tempo singular de cada sujeito, p. 25-36. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, p. 30.

<sup>172</sup> BERNAT; COSTA, 2015, p. 18.

<sup>173</sup> FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 270.

<sup>174</sup> PESSINI; BERTACHINI, 2005, p. 507.

constatar situações em que a mesma sociedade que negou o pão para o ser humano viver oferece-lhe a mais alta tecnologia para ‘bem morrer’<sup>175</sup>. O paciente deve ser tratado em todo o processo de sua doença com humanidade e com os recursos de que necessita seu organismo mesmo antes de adoecer.

O indivíduo tem o direito de ter qualidade de vida até seu último momento de existência. Até mesmo no momento da morte, os profissionais devem atentar-se a maneiras de reduzir a ansiedade e o sofrimento, e a espiritualidade/religiosidade pode contribuir como uma importante aliada nesse momento<sup>176</sup>.

Em caso de processo de terminalidade, conforme entendem Bernat e Costa, “cada pessoa, a partir de sua biografia, construirá explicações singulares para o adoecimento e poderá buscar novas significações para a vida, dando voz ao seu desejo”<sup>177</sup>, ao que pensa, sente, teme, deseja. É a voz da subjetividade, já que o paciente é um sujeito. Uma voz nem sempre ouvida pela equipe médica que dele trata<sup>178</sup>. O contexto do prenúncio da morte, é o momento de o paciente se confinar à dor de existir, que antecipa a finitude, a falência da vida, a conclusão dos seus dias, “envolvendo-o num tempo de quietude e calma, ou ainda sofrendo de uma dor intolerável”<sup>179</sup>.

Há situações de pacientes terminais que causam profundo desconforto nos profissionais que cuidam deles e nos familiares que estão em seu entorno. É quando, para aliviar o sofrimento, pedem para morrer.

O que está em jogo, segundo Kovács (2004), não é a necessidade de uma atitude imediata, mas a possibilidade de escutá-lo em sua dor e legitimar seu desejo, a fim de desvendar as razões para tal pedido, que pode envolver sofrimento das mais diversas esferas – física, emocional, espiritual ou social. A autora destaca a importância de dar voz ao paciente, e não tentar acalmá-lo por meio de medicamentos, impossibilitando um cuidado mais adequado<sup>180</sup>.

Conforme Pessini e Bertachini, a dor acomete 70% dos pacientes, e somente nos anos 50 do século XX surgiram drogas que passaram a introduzir os chamados

<sup>175</sup> PESSINI; BERTACHINI, 2005, p. 508.

<sup>176</sup> FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 270.

<sup>177</sup> BERNAT; COSTA, 2015, p. 17.

<sup>178</sup> SOUZA; MELO, 2015, p. 43.

<sup>179</sup> SOUZA; MELO, 2015, p. 45.

<sup>180</sup> DANTAS; RIBEIRO. A comunicação e a humanização como aspectos fundamentais para o manejo da urgência subjetiva nos cuidados de fim de vida, p. 165-174. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015, p. 168.



“psicotrópicos, fenoliasinas, antidepressivos, antiinflamatórios [...], uma compreensão mais aprofundada da natureza da dor e do papel dos opioides no controle da dor oncológica. [...] criou a possibilidade do cuidado e da administração da dor”<sup>181</sup>. Os autores citam a “dor total”, um conceito cunhado por Cicely Saundersb, que é

[...] uma combinação de elementos das dimensões física, psíquica, social e espiritual da pessoa humana. Assim relata como chegou a esse conceito: ‘Logo ficou claro que cada morte era tão única como a vida que a precedeu e que toda experiência daquela vida estava refletida no momento do morrer. Isso levou-nos ao conceito de ‘dor total’, que foi apresentado como um complexo de elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Toda essa experiência para o paciente inclui ansiedade, depressão e medo; preocupações com a família que passará pelo luto e frequentemente a necessidade de encontrar algum sentido na situação, uma realidade mais profunda em que confiar. Isso tornou-se a tônica de ensino e escritos sobre assuntos tais como a natureza, o cuidado da dor terminal e a família como uma unidade de cuidados’<sup>182</sup>.

Com efeito, “O discurso do sofrimento pelo câncer acaba dando uma identidade social aos pacientes oncológicos, que ao mesmo tempo evoca significados de força e fraqueza, vulnerabilidade e determinação, resignação e coragem”<sup>183</sup>. Na vivência da iminência com a morte o doente contempla “perdas narcísicas que a doença oncológica atualiza de forma particularmente dolorosa, demandando um trabalho de luto frente às limitações que o paciente vivencia”<sup>184</sup>. Tais perdas requerem “um trabalho de substituição simbólica, amparado em um processo de temporalização, no qual as possibilidades futuras decorrem de uma rearticulação existencial e desejanse do sujeito”<sup>185</sup>.

O estigma desse mal porta a imagem de sofrimento, de morte, o que requer atenção do profissional que com os pacientes trabalha, envoltos em suas próprias fragilidades<sup>186</sup>. Nesse contexto, Fornazari e Ferreira consideram de grande influência as agências religiosas, em razão de

[...] serem ‘possuidoras’ do saber no longo prazo, ou seja, do saber ‘após a morte’, e por buscarem uma significação que explique os mistérios e os eventos que nos deparamos em vida. Esse controle pode gerar dois efeitos

<sup>181</sup> PESSINI; BERTACHINI, 2005, p. 493.

<sup>182</sup> SAUNDERSB apud PESSINI; BERTACHINI, 2005, p. 497.

<sup>183</sup> AQUINO; ZAGO, 2007, p. 3.

<sup>184</sup> CHAHON. Reflexões sobre a vivência do tempo no paciente em controle, p. 37-42. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015, p. 37.

<sup>185</sup> CHAHON, 2015, p. 37.

<sup>186</sup> FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 270.

conflitantes: culpa pelos erros e ‘pecados’ e medo de um amanhã infeliz; e busca de significação para a vida e a morte, podendo levar ao conforto de um amanhã feliz<sup>187</sup>.

Carente de tudo e percebendo-se como um nada, o paciente se encontra frente a frente com a subjetividade. Nesse momento, o que pode fazer o diferencial é o acolhimento para amenizar o olhar extensivo de terminalidade angustiante, dos momentos derradeiros<sup>188</sup>. Não se descarta aí o poder da religiosidade diante do acontecimento de vida mais pungente: a morte. Esse poder é capaz de fazer com que o moribundo se sinta em paz (e talvez até feliz) perante sua finitude. A vida biológica chega ao fim, mas a religiosidade, segundo Carine Silva, faz o humano vislumbrar além mundo. Portanto, para melhor assistência do paciente terminal é de grande importância se “Analisar a relação existente entre religiosidade e aceitação da morte é de extrema importância para a prestação de uma melhor assistência de enfermagem para o paciente considerado termina”<sup>189</sup>. Desse modo, “É preciso valorizar a cultura e crença do outro, para assim melhor cuidar e entender de todos os seus aspectos humanos, físicos, mentais, sociais e espirituais”<sup>190</sup>, especialmente no momento derradeiro de sua vida.

Pesquisas acima mencionadas sustentam a tese de que a busca pela religiosidade tem se mostrado benéfica, em todo o processo da doença, não como meio de fuga da realidade, mas de enfrentamento desta, mediante um conjunto estratégico de adaptação a conjunturas adversas, ou seja, o *coping* religioso acerca do qual se discute neste decurso.

### 2.3 *Coping* religioso: processo de cura

Derivada do verbo inglês *to cope*, a palavra *coping* (= enfrentamento) “significa ‘lidar com’, ‘enfrentar’, ‘contender’, ‘lutar’”<sup>191</sup> – um processo de enfrentamento que o indivíduo desenvolve para o combate de eventos estressantes, uma espécie de

<sup>187</sup> FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 269.

<sup>188</sup> SOUZA; MELO, 2015, p. 45.

<sup>189</sup> SILVA, Carine dos Reis et al. Religião e morte: qual a relação existente? p. 130-141. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 1(1). Salvador, dez. 2012, p. 130.

<sup>190</sup> SILVA et al., 2012, p. 132.

<sup>191</sup> FERNANDES; Gilberto; INOCENTE, Nancy Julieta. Estratégias para enfrentamento (*coping*): um levantamento bibliográfico. 5p. *XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*. Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: <<https://goo.gl/2NXRnu>>. Acesso em: 13 ago. 2017, p. 1.



orientação sob a ótica social e psicológica de combate ao estresse, e não sob seu aspecto fisiológico. O *coping* tem sido usado para enfrentar uma doença como o câncer, por exemplo, “que traz o rótulo de morte antecipada, sendo vista como de difícil recuperação. [...] Conhecer essas estratégias pode ser um caminho para proporcionar melhor qualidade de vida a esses pacientes”<sup>192</sup>.

Geralmente, os eventos *per se* não são estressantes, o que gera o estresse é o modo de eles serem percebidos e administrados pelo indivíduo. A esse processo dá-se o nome de *coping*: “um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas internas ou externas que surgem em situações de estresse”<sup>193</sup> – numa perspectiva interacionista.

Infere-se de pesquisa com adolescentes acometidos de câncer que “o *coping* é uma resposta com o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal”<sup>194</sup>. Para tanto, suas estratégias podem ser assim identificadas:

[...] o *coping* focalizado na emoção, quando os investimentos pessoais dirigem a administração das repercussões emocionais a um nível somático ou de sentimentos decorrentes da situação estressante; e o *coping* focalizado no problema, no qual as estratégias são direcionadas para a própria situação estressante, objetivando a alteração da origem do problema<sup>195</sup>.

Sem conseguir atingir plenamente o bem-estar, o indivíduo pode chegar ao estresse desenvolvendo alguma disfunção comportamental com sofrimento psíquico. “É para amenizar esse sofrimento que o indivíduo utiliza estratégias de *coping*, nas diferentes vivências que surgem no percurso de sua vida”<sup>196</sup>.

Deparando-se com doenças – sejam físicas, sejam mentais –, é comum a busca de estratégias, incluindo nessa trajetória de cura, uma inumerável série de “recursos religiosos como oração, promessas, peregrinação, rituais para poder enfrentar tais situações. O enfrentamento religioso torna-se então um meio de encontrar sentido, estabilidade e conforto diante da doença”<sup>197</sup>.

<sup>192</sup> IAMIN, Solange Regina Signori; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Estratégias de enfrentamento (*coping*) do adolescente com câncer. *Psicol. Argum.*, v. 29, n. 67, Curitiba, p. 427-435, out./dez. 2011, p. 427.

<sup>193</sup> BRITO, Hérica Landi de; SEIDL, Eliane Maria Fleury; COSTA-NETO, Sebastião Benício. *Coping* religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar. *Contextos Clínicos*, v. 9, n. 2, p. 202-215, jul./dez. 2016, p. 203.

<sup>194</sup> IAMIN; ZAGONEL, 2011, p. 427.

<sup>195</sup> CORRÊA, Cairu Vieira; BATISTA, Jeniffer Soley; HOLANDA, Adriano Furtado Holanda. *Coping* religioso/espiritual em processos de saúde e doença: revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013). *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental* 5.5, p. 61-78, 2017, p. 63.

<sup>196</sup> IAMIN; ZAGONEL, 2011, p. 430-431.

<sup>197</sup> IAMIN; ZAGONEL, 2011, p. 433.

Segundo Brito, Seidl e Costa-Neto, “O processo pelo qual as pessoas, por meio de sua religião, tentam entender e/ou lidar com importantes exigências pessoais ou situacionais em suas vidas é denominado de *coping* religioso”<sup>198</sup>. E concluem: “*Coping* religioso, portanto, descreve o uso da fé e de crenças religiosas para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida que são estressantes”<sup>199</sup>.

Conforme Koenig, a religião fornece recursos para lidar com o estresse, pode aumentar a frequência de emoções e reduzir a probabilidade de que o estresse resulte em distúrbios emocionais como depressão, transtorno de ansiedade, suicídio e abuso de drogas<sup>200</sup>. O que leva Fornazi e Ferreira a afirmarem que “a relação entre a doença e a possibilidade de morte fazem do enfrentamento religioso uma estratégia de redução do estresse e melhoria da qualidade de vida”<sup>201</sup>.

Koenig (como ele próprio diz) analisou 454 estudos publicados, que relatavam como a religiosidade e a espiritualidade ajudaram os pacientes a lidar com uma gama de doenças e uma variedade de situações estressantes. Na esmagadora maioria dos estudos, as pessoas narraram que foi útil lançar mão da religiosidade e da espiritualidade<sup>202</sup>, conforme concluiu Koenig. Em contrapartida, porém, alertam Panzini e Bandeira que “A religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais”<sup>203</sup>.

Para Panzini e Bandeira, o *coping* religioso, também conhecido como *coping* espiritual, relacionado à saúde e à qualidade de vida, utiliza-se da fé, da espiritualidade e/ou da religiosidade para lidar com o estresse<sup>204</sup>, inclusive as autoras os designam como *coping* religioso/espiritual, utilizando esta abreviatura: CRE. Nas palavras de Corrêa, Batista e Holanda o *coping* religioso/espiritual é um “conceito desenvolvido por Kenneth Pargament, e definido como a utilização da religião, espiritualidade ou fé para o manejo do estresse”<sup>205</sup>.

---

<sup>198</sup> BRITO; SEIDL; COSTA-NETO, 2016, p. 203.

<sup>199</sup> BRITO; SEIDL; COSTA-NETO, 2016, p. 204.

<sup>200</sup> KOENIG, 2012, p.7.

<sup>201</sup> FORNAZARI; FERREIRA, 2010, p. 265.

<sup>202</sup> KOENIG, 2012, p. 5.

<sup>203</sup> PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl. 1, p. 126-135, 2007, p. 127.

<sup>204</sup> PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 126.

<sup>205</sup> CORRÊA; BATISTA; HOLANDA, 2017, p. 63.

Veit e Castro realizaram um estudo com 83 mulheres com câncer de mama e sua relação com o CRE.

Esses achados sugerem que o CRE positivo ajuda as pacientes a lidar com o estresse da doença, podendo servir como um recurso potencial durante o tratamento. Entretanto, percebe-se que as estratégias de CRE negativo também estiveram presentes, merecendo ser observadas e trabalhadas para promover uma melhor adaptação<sup>206</sup>.

Analisando sob essa ótica, Koenig diz que, muitas vezes, as pessoas se dirigem para a religião como forma de lidar com a ansiedade e com o medo, os quais podem ser aumentados, pela religiosidade e espiritualidade sob ameaças de castigo por maldades e condenações na próxima vida. Há, inclusive, um velho ditado (diz o próprio Koenig) que enfatiza esse duplo papel: “a religião conforta os aflitos e aflige os consolados”<sup>207</sup>. Mas, o que muito se constata é que

A vasta maioria das pesquisas indica que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental. De 225 estudos investigando a relação com saúde física, a maioria verificou resultados benéficos do envolvimento religioso em relação à dor, debilidade física, doenças do coração, pressão sanguínea, infarto, funções imune e neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade<sup>208</sup>.

Embora se utilizem indiscriminadamente os termos *coping* religioso e *coping* espiritual, Panzini e Bandeira reconhecem que alguns autores os distinguem. E assim elas se expressam:

A diferença tem sido explicada com base em a religião ter o cunho de ser institucionalmente socializada, vinculada a uma doutrina coletivamente compartilhada e/ou praticada, e a espiritualidade referir-se também a buscas e práticas subjetivas, individuais e não-institucionais (George et al., 2000). Por isso, textos mais antigos, e ainda alguns atuais, referem-se somente a *coping* religioso, embora muitas vezes estejam se referindo também a *coping* espiritual (ambos complementares e frequentemente usados em conjunto)<sup>209</sup>.

Já se reconhece que a saúde do ser humano não está restrita à sua condição biológica, mas abarca esta condição numa interação física, mental, social e espiritual. Por isso, no tratamento de qualquer doença, os profissionais da saúde já constataram

<sup>206</sup> VEIT, Carina Maria Veit; CASTRO, Elisa Kern de. *Coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, 65 (3), p. 421-435. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v65n3/08.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017, p. 432.

<sup>207</sup> KOENIG, 2012, p. 5.

<sup>208</sup> PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 127.

<sup>209</sup> PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 129.

o poder do *coping*, o que leva Saad, Masiero e Battistella a citar Koenig quando afirma sobre esse poder: “Curar algumas vezes, aliviar frequentemente, confortar sempre”<sup>210</sup>.

Há estudo que sugere que os efeitos positivos no tratamento do câncer se baseiam no nível de autoeficácia do paciente para lidar com o câncer; é um estado de expectativa, uma competência que a pessoa tem de lidar com tais estressores (*coping*). Os autores sugerem que os pacientes com esse poder de autoeficácia devam ser melhor adaptados no processo da doença para minimizar probabilidades de resultados psicológicos negativos. Também advertem Brito, Seidl e Costa-Neto sobre a possibilidade de o *coping* “se manifestar por fuga ou negação dos problemas, indo de encontro ao termo ‘enfrentar’ que significa atacar, defrontar ou encarar”<sup>211</sup>.

Numa amostra de pesquisa sobre o diagnóstico de câncer, pesquisadores verificaram que a autoeficácia de certos pacientes para lidar com esse mal pode desempenhar um papel importante na atenuação/alívio da condição estressante da situação em que se encontram<sup>212</sup>. A análise do relato dos dados da pesquisa desses autores revelou que pacientes com maior autoeficácia para o trato com o câncer tiveram maior impacto com a intervenção do Reiki<sup>213</sup> no processo do tratamento do que os de menor autoeficácia. O Reiki atuou como um amortecedor/atenuador da ansiedade.

Assim, no enfrentamento da enfermidade, um paciente oncológico altamente eficaz, que procura ativamente por determinados resultados desejados, é capaz de gerenciar o estresse decorrente do diagnóstico; e consegue, pois, tirar o máximo possível do tratamento de Reiki<sup>214</sup>. Convém sublinhar que os efeitos do tratamento levam em conta as diferenças individuais, o *coping* de cada um.

<sup>210</sup> SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2016, p. 111.

<sup>211</sup> BRITO; SEIDL; COSTA-NETO, 2016, p. 203.

<sup>212</sup> CHIRICO, A. et al. *Self-Efficacy for Coping with Cancer Enhances the Effect of Reiki Treatments During the Pre-Surgery Phase of Breast Cancer Patients*. Disponível em: <<http://ar.iarjournals.org/content/37/7/3657.full>>. Acesso em: 15 ago. 2017, p. 15

<sup>213</sup> “O significado de Reiki pode ser tido como Energia Universal, algo que está em todo o lado, que é parte da força que anima a própria vida. É uma energia ‘sem polaridade’ e tem uma frequência que se pode equiparar à do Amor Incondicional, aquela felicidade, serenidade, alegria interior que sentimos quando amamos sem condições a nós próprios e aos outros. A melhor forma de percebermos o que é Reiki é experimentar, através de um tratamento ou aprendendo, é um processo interior, algo que comunica conosco no mais profundo que há em nós”. ASSOCIAÇÃO Portuguesa do Reiki. *Reiki é simples: a filosofia devida do Reiki*. 15p. Monte Kurama, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/qQEix9>>. Acesso em: 6 set. 2017, p. 4.

<sup>214</sup> Cf. CHIRICO et al., 2017, p. 17.

Para Koenig, recursos de *coping* religioso incluem cognições poderosas (crenças fortemente realizadas) que dão sentido às circunstâncias difíceis da vida e proporcionam um sentido de efeito. As religiões fornecem uma visão de mundo otimista que pode envolver a existência de uma força transcendental pessoal (Deus, Jeová, Obaluaê, etc.) que ama e se preocupa com os seres humanos e responde às suas necessidades. Essas cognições também dão um senso subjetivo de controle sobre eventos (ou seja, se a pessoa crê que a divindade na qual se apega estiver no controle, pode influenciar as circunstâncias e ser influenciado pela oração, então a oração do indivíduo pode influenciar positivamente a situação)<sup>215</sup>.

Corroborando essa linha de intelecção, Farinhas, Wendling e Dellazzana-Zanon revelam que

Os resultados de um estudo sobre as concepções de familiares ao receberem o diagnóstico de câncer de um membro de sua família indicaram que:  
 (a) a fé é uma estratégia importante para o enfrentamento tanto do diagnóstico como do tratamento do câncer e  
 (b) que a oração e a reflexão são formas de suportar os reveses da doença e funcionam como uma proteção para os familiares<sup>216</sup>.

Assim, segundo Koenig, as crenças religiosas têm o potencial de influenciar a avaliação cognitiva dos eventos negativos da vida de uma forma que os torna menos angustiantes. Essas crenças também ajudam a normalizar perdas e mudanças e a fornecer modelos de pessoas que sofrem com os mesmos problemas ou problemas semelhantes (muitas vezes ilustrados nas escrituras religiosas). Para pessoas que passam por rigoroso tratamento médico, essas crenças são particularmente úteis, segundo Koenig, porque a deficiência física não as impedem de orar, de crer – ao contrário de muitos outros recursos de *coping* que dependem da saúde física (passatempos, relacionamentos e empregos/finanças)<sup>217</sup>.

Com efeito,

A espiritualidade e o envolvimento em religiões organizadas podem proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que são associados à maior resiliência e resistência ao estresse relacionado às doenças<sup>218</sup>.

<sup>215</sup> KOENIG, 2012, p. 7.

<sup>216</sup> FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013, p. 116.

<sup>217</sup> KOENIG, 2012, p. 7.

<sup>218</sup> PANZINI; BANDEIRA, 2007, p. 127.

É exatamente isso que a terceira parte deste trabalho analisa por meio de uma pesquisa empírica procurando *apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico* – que é o objetivo geral traçado no início da investigação.





### 3 ANÁLISE DA RELIGIOSIDADE NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Para poder afirmar se a religiosidade e/ou a fé interferem no tratamento e/ou cura de pacientes oncológicos (problema levantado na introdução desta pesquisa), foi realizada uma pesquisa empírica sobre a qual esta parte discorre em detalhes. Nesse envolvimento, o teórico metodológico consultado foi basicamente Robert K. Yin<sup>219</sup>, autor que trata especificamente da metodologia escolhida para a abordagem empírica da pesquisa ora desenvolvida: estudo de caso.

#### 3.1 Metodologia

Esta seção discorre, em suas subseções, sobre a natureza da pesquisa e a metodologia utilizada, sobre os sujeitos e local da pesquisa e, ainda, sobre o modo como se realizou a coleta de dados, ou seja, os recursos utilizados, o procedimento adotado e o tratamento conferido aos dados. A opção pela pesquisa qualitativa encontra respaldo na citação abaixo de Antonio Carlos Gil:

Como o estudo de caso vale-se de procedimentos de coleta de dados os mais variados, o processo de análise e interpretação pode, naturalmente, envolver diferentes modelos de análise. Todavia, é natural admitir que a análise dos dados seja de natureza predominantemente qualitativa<sup>220</sup>.

##### 3.1.1 Natureza

Antes de adentrar nesta subseção, é de bom tom esclarecer que a pesquisa bibliográfica deste trabalho constituiu-se uma referência-guia na definição metodológica desta pesquisa empírica. De fato,

Determinar as questões mais significantes para um determinado tópico e obter alguma precisão na formulação dessas questões exige muita preparação. Uma maneira é revisar a literatura já escrita sobre aquele tópico. [...] a revisão de literatura é, portanto, um meio para se atingir uma finalidade, e não – como pensam muitos estudantes – uma finalidade em si<sup>221</sup>.

<sup>219</sup> YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Trad. Daniel Grassi. Porto Alegre-RS: Bookman, 2001, p. 19-188.

<sup>220</sup> GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 141.

<sup>221</sup> YIN, 2001, p. 28.



Assim procedendo, foi possível estabelecer o caso e a unidade de análise, isto é, um estudo de caso de método qualitativo. A escolha se deu por considerar sua contribuição magnânima para compreender fenômenos individuais e sociais, conforme explica Yin: “o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real [...]”<sup>222</sup>.

Porém, estudo de caso não é sinônimo de pesquisa de natureza qualitativa. “A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”<sup>223</sup>. Ela envolve uma gama variada de “materiais empíricos, que podem ser estudos de caso, experiências pessoais, histórias de vida, relatos de introspecções [...], enfim, materiais que descrevam a rotina e os significados da vida humana em grupos”<sup>224</sup>. Já estudo de caso é “uma *investigação empírica* que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”<sup>225</sup>.

Portanto, nesta dissertação, a natureza da pesquisa empírica é qualitativa e a estratégia utilizada para a coleta de dados é o estudo de caso. Ana Maria Cesar informa que o estudo de caso em uma abordagem qualitativa “é frequentemente utilizado para coleta de dados”<sup>226</sup>. O procedimento do pesquisador, nesse caso, é o de observar o processo de conhecimento, interpretar o fenômeno focalizado e a ele atribuir significados. Para tanto, estimula a oralidade e o pensamento do pesquisado, sem controlá-lo, sobre o tema em questão, fazendo daí emergirem dados os quais, *a posteriori*, são descritos, comparados e interpretados. Nesse empenho, o pesquisado, também, é um ser ativo, participativo, portador de um manancial de significados enredados no tecido de sua vida<sup>227</sup>.

---

<sup>222</sup> YIN, 2001, p. 21.

<sup>223</sup> CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998, p. 79.

<sup>224</sup> CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho. *Método do Estudo de Caso (Case Studies) ou Método do Caso (Teaching Cases)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e Pesquisa em Administração*. Disponível em: <<https://goo.gl/nZMxbj>>. Acesso em: 17 out. 2017, p. 2.

<sup>225</sup> YIN, 2001, p. 32.

<sup>226</sup> CESAR, 2017, p. 3.

<sup>227</sup> CHIZZOTTI, 1998, p. 78-79.

A escolha dessa natureza de pesquisa se deu também pelas vantagens do estudo de caso como estratégia, que são muitas em razão de sua abrangência. Assim, é possível:

[...] explicar os vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas demais para as estratégias experimentais ou aquelas utilizadas em levantamentos; [...] descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre [...]; explorar aquelas situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados<sup>228</sup>.

Nesta pesquisa, realiza-se um estudo de caso descritivo uma vez que delinea diálogos interpessoais na tentativa de descobrir fenômenos-chave sobre a atuação da fé/religiosidade dos pesquisados e chegar à generalização de problemas similares. Ocorre que o estudo de caso,

[...]da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. Nesse sentido, o estudo de caso, como o experimento, não representa uma 'amostragem', e o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística<sup>229</sup>). [...] o objetivo é fazer uma análise 'generalizante' e não 'particularizante'<sup>230</sup>.

Para que a pesquisa empírica avance, é imprescindível que ela se faça acompanhar do pensamento lógico e, preferencialmente, encabeçada por perguntas “do tipo ‘como’ e por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”<sup>231</sup>. No caso em pauta, as informações coletadas irão testar as *hipóteses*, transformadas aqui em questões: a) *como* o tratamento do câncer, quando assessorado pelo *coping* religioso ou espiritual, pode ter melhor resultado e interferir também na aceleração da cura do paciente? b) *por que* a religiosidade, quando madura e saudável, facilita ao paciente oncológico aceitar a doença e enfrentar o tratamento em busca da cura?

<sup>228</sup> YIN, 2001, p. 34.

<sup>229</sup> Por isso a natureza da pesquisa é qualitativa.

<sup>230</sup> YIN, 2001, p. 29.

<sup>231</sup> YIN, 2001, p. 19.

### 3.1.2 Sujeitos e local

Os sujeitos desta pesquisa empírica são quatro pacientes clínicos oncológicos que fornecem informações relevantes. Trata-se de um estudo de caso único, cuja base é de natureza *reveladora*, isto é, “quando o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica”<sup>232</sup> e que “não pode ser encarado como um estudo completo em si mesmo”<sup>233</sup>, por isso ele estimula “novas pesquisas na área e o eventual desenvolvimento de políticas de ação”<sup>234</sup>. No caso de

Uma amostra intencional, em que os indivíduos são selecionados com base em certas **características tidas como relevantes**<sup>235</sup> pelos pesquisadores e participantes, mostra-se mais adequada para a obtenção de dados de natureza qualitativa<sup>236</sup>.

Os pesquisados são frequentadores de uma casa de apoio a pacientes oncológicos, localizada no município de Itaperuna (noroeste fluminense), a *ComVida*, unidade de uma organização filantrópica, sem fins lucrativos, sem ligações religiosas e/ou políticas, formada por voluntários cujo objetivo é a promoção de atividades diversas que visem apoiar e assistir aos doentes oncológicos proporcionando-lhes melhores condições de vida e saúde entre outros, além de cuidar para que o paciente tenha acesso aos seus direitos perante o município.

Pesquisas evidenciam que o estar juntos faz com que os pacientes se sintam mais bem compreendidos, pois compartilham suas experiências com outras pessoas que estão passando por problemas similares aos seus e com os quais passam a formar vínculos de amizade. “Desta forma, a troca de informações e vivências, principalmente se essas forem positivas, nesta situação, poderia contribuir para a aceitação de ter uma condição crônica”<sup>237</sup>.

A *ComVida* recebe pacientes da região noroeste do estado do Rio de Janeiro, encaminhados pelo Hospital São José do Avaí<sup>238</sup>, que apoia a unidade. Eles chegam

<sup>232</sup> YIN, 2001, p. 63.

<sup>233</sup> YIN, 2001, p. 63.

<sup>234</sup> YIN, 2001, p. 64.

<sup>235</sup> Grifos nossos. O que caracteriza esses pesquisados é o fato de serem portadores da mesma doença: câncer.

<sup>236</sup> GIL, 2002, p.145.

<sup>237</sup> CARDOSO et al., 2012, p. 13.

<sup>238</sup> Entidade fundada há mais de 90 anos, reconhecidos nos âmbitos estadual e nacional.

com a receita do médico e alguns com a orientação do nutricionista. A unidade procura resolver essas questões e outras tantas.

A seguir a Figura 1: uma foto da *ComVida* em Itaperuna-RJ.

Figura 1: *ComVida*. Itaperuna-RJ



Entidade auxilia pacientes oncológicos.<sup>239</sup>

Para traçar o perfil dos informantes, foi utilizada a letra / maiúscula, um hífen e o número de ordem em que foram abordados. Assim: I-1; I-2; I-3; I-4.

Foram elaborados quadros para favorecer informações rápidas e definidoras, seguidos de representação escrita, que “consiste em apresentar os dados coletados em forma de texto”<sup>240</sup>, e não a partir de idealizações e/ou imaginações.

Os quadros são definidos como arranjo predominante de palavras dispostas em linhas e colunas, com ou sem indicação de dados numéricos. Diferenciam-se das tabelas por apresentarem um teor esquemático e descritivo, e não estatístico<sup>241</sup>.

<sup>239</sup> GOOGLE MAPS. [ComVida – *Entidade auxilia pacientes oncológicos*]. Disponível em: <<https://goo.gl/UFysxT>>. Acesso em: 17 out. 2017.

<sup>240</sup> OLIVEIRA, Silvio Luiz de. *Metodologia científica aplicada ao Direito*. São Paulo: Pioneira, 2002, p. 151.

<sup>241</sup> CUENCA, Angela Maria Belloni et al. *Guia de apresentação de teses*. 2. ed. São Paulo: A Biblioteca, 2008, p. 44.

Para a apresentação dos dados coletados (apresentados sob a forma de um quadro e de representação escrita), lança-se mão das orientações de duas fontes: Silvio Luiz de Oliveira<sup>242</sup> e de Angela Maria Belloni Cuenca et al<sup>243</sup>.

Quadro 1 – Dados pessoais

Informante	Idade	Sexo	Tipo de Câncer	Profissão	Grau de escolaridade	Estado civil	Religião
I-1	74	M	Próstata	Comerciante	Fundamental	Casado	Evangélica
I-2	59	F	Tumor glômico carotídeo	Do lar	Fundamental	Casada	Evangélica
I-3	07	F	Linfoma não Hodgkin	Estudante	Fundamental	Solteira	Evangélica
I-4	64	F	Mama	Do lar	Fundamental	Casada	Católica

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Exceto a criança de 7 anos, os informantes são pessoas já com idade a partir de 59 anos e casados. Só um deles, o mais idoso, é do sexo masculino. O tipo de câncer é diversificado: próstata, tumor glômico carotídeo, linfoma não Hodgkin e mama. A respeito da profissão, as duas senhoras são do lar, o senhor é comerciante e a criança é estudante. O nível de escolaridade deles é o fundamental e a religião é evangélica, salvo o da I-4, é católica.

Quadro 2 – Sobre doença e tratamento

Informante	Tempo para descobrir a doença	Tratamento	Efeitos colaterais	Antecedentes familiares coma doença	Desconforto emocional Durante o tratamento
I-1	4 anos	Radioterápico Cirúrgico	Nenhum	Sim	Nenhum
I-2	2 anos	Radioterápico Cirúrgico	Tonteira Dor de cabeça	Não	Choque, negação aceitação
I-3	3 dias	Quimioterápico	Ansiedade	Sim	Tensão com pessoas orando e falando em cura
I-4	2 anos	Radioterápico Quimioterápico Cirúrgico	Enjoo	Não	Estabilidade

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

<sup>242</sup> OLIVEIRA, 2002.

<sup>243</sup> Cuenca et al., 2008.

Os informantes demoraram muito (mais de ano) para descobrir o câncer, apenas a criança descobriu rápido (3 dias). A esse propósito, advertem Batista, Matto e Silva:

[...] a demora no diagnóstico acarreta em um atraso na iniciação terapêutica e pode ser associada ao crescimento tumoral, com conseqüente redução das chances de cura. Com efeito, o início do tratamento, que deve ser feito mais precocemente possível, consiste em um dos fatores mais importantes no prognóstico do paciente<sup>244</sup>.

Como se verificou no quadro acima os 4 informantes, no momento, estão em processo de tratamento: 3 fazem radioterapia, 2 quimioterapia e 3 passaram por procedimentos cirúrgico, inclusive extração de órgão (I-4 extraiu a mama). Isso significa que a pesquisa opera no momento em que a tendência é de um alto nível de estresse e expectativa. Não se chegou à cura. Luta-se por ela no dia a dia do tratamento, passando-se por radio-/quimioterapia e extração de órgão.

Defrontar-se com tal situação desarmoniza a vida da pessoa – razão pela qual somente o I-1 declarou não apresentar qualquer desconforto emocional durante o tratamento; pois os demais manifestaram choque, negação, aceitação (I-2), tensão com pessoas orando e falando em cura (I-3) e estabilidade (I-4).

Quanto a antecedentes familiares com a doença, 2 afirmaram ter e 2 não. De fato, o câncer é uma alteração genética, mas não necessariamente hereditária. Também, “nem todo indivíduo que herda uma predisposição genética irá desenvolver um câncer”<sup>245</sup>.

### **3.1.3 Coleta de dados: recursos, procedimento e tratamento**

Como modo distintivo de investigação empírica, a inquirição dos estudos de caso “*não* depende exclusivamente dos dados etnográficos ou de observadores participantes”<sup>246</sup>. Também o processo de coleta de dados não precisa demorar muito tempo, mas “as habilidades exigidas para coletar os dados para um estudo de caso são muito mais exigentes do que aquelas necessárias para realizar um experimento

<sup>244</sup> BATISTA; MATTOS, SILVA, 2015, p. 504.

<sup>245</sup> EQUIPE ONCOGUIA. *Risco Genético e Câncer*. 12 abr. 2016. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/risco-genetico-e-cancer/99/6>>. Acesso em: 7 nov. 2017, p. 1.

<sup>246</sup> YIN, 2001, p. 30.



ou um levantamento”<sup>247</sup>. Na verdade, há um rol de habilidades necessárias ao pesquisador no momento da pesquisa empírica:

Uma pessoa deve ser capaz de *fazer boas perguntas* – e interpretar as respostas.

Uma pessoa deve *ser uma boa ouvinte* e não ser enganada por suas próprias ideologias e preconceitos.

Uma pessoa deve *ser capaz de ser adaptável e flexível*, de forma que as situações recentemente encontradas possam ser vistas como oportunidades, não ameaças.

Uma pessoa deve *ter uma noção clara das questões que estão sendo estudadas*, mesmo que seja uma orientação teórica ou política, ou que seja de um modo exploratório. Essa noção tem como foco os eventos e as informações relevantes que devem ser buscadas a proporções administráveis.

Uma pessoa deve *ser imparcial em relação a noções preconcebidas*, incluindo aquelas que se originam de uma teoria. Assim, uma pessoa deve ser sensível e estar atenta a provas contraditórias<sup>248</sup>.

Os estudos de caso “baseiam-se em generalizações analíticas. Na generalização analítica, o pesquisador está tentando generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente”<sup>249</sup>. Nesta pesquisa, as unidades de análise se concentram na fé/religiosidade e na cura/tratamento, isto é, na relação entre essas unidades, num grupo de quatro indivíduos. É uma estratégia na qual o pesquisador não controla eventos comportamentais, apenas os observa e os registra para posterior análise; volta, portanto, seu olhar para o foco dos acontecimentos contemporâneos no momento da pesquisa.

Para a coleta de dados o pesquisador necessita de certos procedimentos, tais como:

Obter acesso a organizações ou a entrevistados-chave.

Possuir materiais suficientes enquanto estiver no campo – incluindo um computador pessoal, material para escrever, papel, clipes e um local calmo e preestabelecido para tomar notas em particular.

Desenvolver um procedimento para pedir ajuda e orientação, se necessário for, de pesquisadores ou colegas de outros estudos de caso.

Estabelecer uma agenda clara das atividades de coleta de dados que se espera que sejam concluídas em períodos especificados de tempo.

Preparar-se para acontecimentos inesperados, incluindo mudanças na disponibilidade dos entrevistados, assim como alterações no humor e na motivação do pesquisador do estudo de caso<sup>250</sup>.

<sup>247</sup> YIN, 2001, p. 84.

<sup>248</sup> YIN, 2001, p. 81.

<sup>249</sup> YIN, 2001, p. 58.

<sup>250</sup> YIN, 2001, p. 94-95.



Yin apresenta três princípios indispensáveis à coleta de dados: “a) a utilização de várias fontes de evidências, e não apenas uma; b) a criação de um banco de dados para o estudo de caso; e c) a manutenção de um em encadeamento de evidências”<sup>251</sup>. O estudo de caso – “estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos”<sup>252</sup> – conta com observação direta e entrevista; portanto, requer mais de uma fonte de evidência. As entrevistas constituem-se como uma das mais relevantes fontes de informação, em suas variadas formas, desde as espontâneas até as direcionadas; elas permitem ao pesquisador que “tanto indague respondentes-chave sobre os fatos de uma maneira quanto peça a opinião deles sobre determinados eventos”<sup>253</sup>. No caso desta pesquisa, utilizou-se a observação direta, a entrevista estruturada e um questionário para coleta de dados pessoais com questões fechadas e pontuais acerca da doença e do tratamento.

No questionário, suas questões “proporcionam informações de baixo nível argumentativo, dificultando, conseqüentemente, o trabalho interpretativo”<sup>254</sup>. Mas tais informações são suficientes para se delinear certos aspectos dos informantes como relativos à sua identidade e ao tratamento a que foram submetidos e respectivas reações daí derivadas.

Sobre a observação direta convém que o pesquisador esteja atento a “alguns comportamentos ou condições ambientais relevantes [...] As provas observacionais são, em geral, úteis para fornecer informações adicionais sobre o tópico que está sendo estudado”<sup>255</sup>.

Yin adverte:

Uma mente indagadora é um importante pré-requisito *durante* a coleta de dados, não apenas antes ou após a atividade. A coleta de dados segue um plano formal, mas as informações específicas que podem se tornar relevantes a um estudo de caso não são previsíveis imediatamente<sup>256</sup>.

Nesse sentido, o pesquisador “pode até mesmo pedir que o respondente apresente suas próprias interpretações de certos acontecimentos e pode usar essas proposições como base para uma nova pesquisa”<sup>257</sup>. Quanto mais informação

---

<sup>251</sup> YIN, 2001, p. 96.

<sup>252</sup> YIN, 2001, p. 27.

<sup>253</sup> YIN, 2001, p. 112.

<sup>254</sup> GIL, 2002, p. 146.

<sup>255</sup> YIN, 2001, p. 112.

<sup>256</sup> YIN, 2001, p. 82.

<sup>257</sup> YIN, 2001, p. 112.

pertinente este der melhor será para o sucesso da pesquisa. E quanto ao pesquisador/entrevistador, o substancial da questão é a interpretação das informações; para isso, é preciso saber discernir o que, de fato, convém registrar.

Para Yin,

Ser um bom ouvinte significa ser capaz de assimilar um número enorme de novas informações sem pontos de vista tendenciosos. À medida que um entrevistado relata um incidente, o bom ouvinte escuta as palavras exatas utilizadas (algumas vezes, a terminologia reflete uma importante orientação), captura o humor e os componentes afetivos e compreende o contexto a partir do qual o entrevistado está percebendo o mundo<sup>258</sup>.

Por fim, “A análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabela ou, do contrário<sup>259</sup>, recombina as evidências tendo em vista proposições iniciais de um estudo”<sup>260</sup>. É exatamente nesse sentido que esta investigação caminhou enquanto pesquisa empírica.

### 3.2 Pesquisa empírica

Nesta seção, elabora-se o itinerário da pesquisa em detalhes e, por fim, apresenta-se a análise e a interpretação dos dados para, na sequência, indicar os resultados.

#### 3.2.1 Itinerário da pesquisa

O primeiro momento da pesquisa empírica foi decidir sobre a seleção dos informantes e o local comum onde se poderia encontrá-los em disponibilidade para colaborar com a pesquisa. Pensou-se na *ComVida* e no Hospital São José do Avaí. Mas a primeira opção pareceu mais acessível e menos burocrática para nela se adentrar e conversar com a presidência da instituição, o que dispensou até mesmo o agendamento para esse primeiro contato, no qual se diz quem é, a que veio, por que exatamente ali, como agir, com que finalidade e outros tantos esclarecimentos que antecedem a investigação empírica.

---

<sup>258</sup> YIN, 2001, p. 82.

<sup>259</sup> Como é o caso desta pesquisa.

<sup>260</sup> YIN, 2001, p. 131.

A presidente se colocou à disposição para ajudar no que fosse necessário e facilitou a aproximação da pesquisadora aos informantes. Para tanto, assinou o Termo de Autorização para que a pesquisa fosse realizada. Assim, teve início as apresentações e o agendamento para a aplicação do questionário e da entrevista, o que ocorreu mediante o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) de cada informante, exceto o da menor, que fora assinado pela mãe (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para Menores de Idade).

A recepção se deu de modo harmonioso; todos colaboraram com boa vontade ainda que alguns demonstrassem certa timidez para se expressarem. Foram 4 encontros de investigação, um para cada informante. Durante a aplicação do questionário e da entrevista, em cada um desses encontros, a pesquisadora se manteve atenta, observando cada gesto, olhar, fala e silêncio – tudo isso registrado no diário de bordo. O momento de maior desconcerto foi o da entrevista, que não fora gravada, mas escrita na presença do informante. Ao perceberem que suas falas estavam sendo registradas, às vezes gaguejavam ou consertavam o que haviam falado. Exceto esse pequeno constrangimento, nenhum embaraço mais fora observado/registrado. O fato de não gravar a entrevista está sustentado na lição de Yin, quando diz:

Uma questão comum ao registrar entrevistas tem a ver com o uso de gravadores. Utilizar ou não os aparelhos de gravação é, em parte, uma escolha pessoal. As fitas certamente fornecem uma expressão mais acurada de qualquer entrevista do que qualquer outro método. Um gravador, no entanto, não deve ser utilizado quando:

- a) o entrevistado não permite o seu uso ou sente-se desconfortável em sua presença;
- b) não há um planejamento claro para transcrever ou se escutar sistematicamente o conteúdo das fitas;
- c) O pesquisador é bastante desajeitado com a aparelhagem mecânica, de modo que o gravador pode causar distração durante a entrevista; ou
- d) o pesquisador acha que o gravador é uma maneira de substituir o ato de 'ouvir' atentamente o entrevistado durante o curso da entrevista<sup>261</sup>.

Conforme os grifos acima (grifos nossos), decidiu-se que o uso do gravador seria inconveniente por ser constrangedor.

Terminada a etapa de investigação e de posse dos dados brutos, o passo seguinte foi analisar os dados, interpretá-los e apresentar os resultados – conteúdo do tópico a seguir.

<sup>261</sup> YIN, 2001, p. 114-115. (Grifos nossos).

### 3.2.2 Análise, interpretação e resultados

Neste segmento, a base das informações se atém aos dados extraídos da estrutura estruturada, que se pauta em questões relacionadas à fé/religiosidade e a tratamento/cura da doença câncer.

Sublinha-se que “nenhuma das fontes possui uma vantagem indiscutível sobre as outras. Na verdade, as várias fontes são altamente complementares, e um bom estudo de caso utilizará o maior número possível de fontes”<sup>262</sup>; portanto, a entrevista foi acompanhada da observação direta e precedida de um questionário (acima já comentado).

Foram estas as perguntas da entrevista:

- 1 Relate sua reação diante do diagnóstico.
- 2 Como foi sua aceitação à doença?
- 3 Explique seu apego (ou não) à religiosidade/religião ou outro meio de conforto, durante o tratamento.
- 4 Comente sobre resultado(s) obtido(s), durante o tratamento, com o auxílio da religiosidade/religião ou outro meio de conforto.
- 5 Fale sobre suas perspectivas para a vida que segue.
- 6 Explique sobre a influência da religiosidade/religião ou outro tipo de crença no tratamento e na cura.

O I-1 disse que ficou confiante desde o diagnóstico, apesar de aceitar apenas em parte a doença porque, para ele, nada é melhor que a saúde. Não se apegou à religião, mas sim à fé em Deus (em quem muito acredita) para vencer tudo na vida, por isso saiu de sua cidade (Seropédica) em direção a Itaperuna para fazer o tratamento, tendo fé de que tudo daria certo.

Nessa perspectiva, a fé costuma ser um complemento valioso no processo de tratamento e até mesmo de cura (conforme atestam pesquisas mencionadas no corpo deste trabalho). Para Smith, citado por Fowler, a fé vai além da religiosidade, pois ela é

[...] mais profunda, mais rica, mais pessoal. Ela é engendrada por uma tradição religiosa [...] é uma qualidade da pessoa e não do sistema. É uma orientação da personalidade em relação a si mesmo, ao próximo, ao universo; é uma resposta total; uma forma de ver as coisas que se veem e de lidar com as coisas com que se lida, quaisquer que sejam; uma capacidade de viver

<sup>262</sup> YIN, 2001, p. 107.

além de um nível mundano; de ver, sentir e agir em termos de uma dimensão transcendente<sup>263</sup>.

Para Dalgalarondo, da fé resulta a esperança para o enfrentamento do medo, gerando uma força intrínseca pela vontade de lutar e um real significado à própria vida; “ter fé é sempre invocar concretamente o poder do mundo espiritual para os eventos e as experiências da vida diária”<sup>264</sup>. Segundo Tetzner, há casos de pacientes oncológicos que, embora imbuídos da “preocupação com a doença no início da descoberta, a fé os levou a uma reação positiva, de modo que aderissem ao tratamento com mais confiança em Deus e na medicina”<sup>265</sup>.

Em certo momento, o I-1 mostrou-se falhar um pouco nessa fé, dizendo que acredita, até certo ponto no fato de ficar bom e ter saúde – ou seja: não crê plenamente como dissera antes. Ficou meio abalado durante a entrevista. Segundo Silva,

[...] o modo como os sentimentos são expressos depende da personalidade básica do indivíduo, da percepção da situação e do grau de apoio por parte de outras pessoas.

[...] a história de vida emocional, muitas vezes, desempenha um importante papel na determinação da resistência do indivíduo em contrair o câncer e na evolução da doença após seu surgimento<sup>266</sup>.

Depreendeu-se de seu comportamento e modo de expressar que, qualquer que seja a escolha, ela é sempre cruel. Ou se opta pela vida com dores insuportáveis cujo fim certo é a morte; ou se opta pela cura física, mas diante de uma nova identidade, de um novo corpo, quase sempre doente psicicamente, necessitando de um aprendizado para lidar com ele – situação similar encontrada nas pesquisas de Almeida e Prizkulnik<sup>267</sup>.

Assim, outras indagações do paciente vêm à tona, outras necessidades de reestruturações permeadas de angústia e medo. Há uma dissimetria entre as curas física e psicológica. Esta pode demorar mais a ocorrer, e só ocorre no (re) encontro do “sentimento da sua identidade e, dependendo dos sujeitos envolvidos (pais, crianças, irmãos), cada um terá seu tempo singular para esse (re) encontro”<sup>268</sup>. Vai depender do modo de ser de cada um.

<sup>263</sup> SMITH apud FOWLER, 1992, p. 21.

<sup>264</sup> DALGALARRONDO, 2009, p. 26.

<sup>265</sup> TETZNER, 2005, p. 215.

<sup>266</sup> SILVA, 2010, p. 73.

<sup>267</sup> ALMEIDA; PRISZKULNIK, 2015.

<sup>268</sup> ALMEIDA; PRISZKULNIK, 2015, p. 30.

Quando o I-1 relata sua vida anterior à descoberta da doença o faz com ânimo, mas o semblante e o tom de voz se tornam tristonho ao falar do período posterior a esse; mostra-se melancólico, calado, pensativo, mas sem revolta. Não gosta de falar da doença. Com efeito, “O paciente oncológico vivencia uma triste realidade, a possibilidade de ter uma parte do seu corpo mutilado devido à doença”<sup>269</sup>. Quando adulto,

[...] diante do diagnóstico e do tratamento clínico (e/ou cirúrgico) a que geralmente deve se submeter, vivencia uma radical transformação em sua rotina pessoal. Pois, ainda que conservando tanto quanto possível sua autonomia e suas relações cotidianas, seria mesmo de se estranhar se o adoecimento não trouxesse mudanças qualitativas importantes na apreciação do ‘tempo que resta’<sup>270</sup>.

Antes de contrair a doença, o I-1 era católico, mas depois tornou-se evangélico. Não fala da religião com muito ardor, mas, no tocante à fé, fala com mais entusiasmo, mas não a ponto de se curar pela fé, apenas para ajudar no enfrentamento da doença e do tratamento. Sua narrativa encontra eco no estudo de Vasconcelos, que menciona pesquisa realizada por Ellison et al., atestando que os efeitos da devoção e da oração são mais eficazes para o bem-estar subjetivo do que os da afiliação religiosa ou “frequência de participação religiosa institucionalizada”<sup>271</sup>.

Efetivamente, no processo de cura, o *coping* religioso positivo – cujo padrão “é expressão de um relacionamento seguro com Deus, de uma crença de que existe um sentido maior a ser encontrado na vida e de um senso de conectividade espiritual com os outros”<sup>272</sup> – pode amenizar o estresse e potencializar os benefícios do tratamento. Reforçando essa apreciação, diz Cândida Pinto:

O *coping* religioso-espiritual reporta-se ao modo como as pessoas utilizam a fé, as crenças, a relação com a transcendência, a ligação aos outros, de modo a adaptarem-se e a gerir situações de crise como as decorrentes de uma doença oncológica<sup>273</sup>.

A I-2 se diz confiante em Deus, já que Ele lhe deu oportunidade de tratamento, por isso aceita plenamente a doença, mas diz não se apegar à religião/religiosidade, e sim à Bíblia e à oração, que lhe têm trazido força e paz. Assim se expressa: *A Bíblia*

<sup>269</sup> SILVA, 2010, p. 74.

<sup>270</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 37.

<sup>271</sup> Ellison et al. apud VASCONCELOS, 2010, p. 15.

<sup>272</sup> BRITO; SEIDL; COSTA-NETO, 2016, p. 203.

<sup>273</sup> PINTO, 2007, p. 48.



*diz que através da fé e da oração os remédios fazem mais efeito.* Na perspectiva de quem tem fé, explica Fromm, ela “é a certeza do incerto. A segurança da fé [...] advém da compreensão das potencialidades humanas”<sup>274</sup>. Também, Cândida Pinto, refletindo sobre a bibliografia, afirma que “as crenças espirituais/religiosas, isto é, a fé, mesmo que não associada a uma entidade divina ou a uma religião específica, fornecem mecanismos de adaptação a eventos estressantes como uma doença grave”<sup>275</sup>.

A I-2 confessa não ter medo da morte, crer na possibilidade de cura e ter boas perspectivas para a vida que segue, a despeito de ser diabética, ter pressão alta e triglicérideo alto. Disse que o câncer não é pior nem melhor do que as outras doenças que ela já tem; e ainda acrescentou aceitar totalmente a doença. De fato,

Alguns doentes aceitam, desde o início, a ideia de que são portadores de uma doença que os pode levar à morte. Decidem, no entanto, viver como se estivessem bem e passam a comportar-se como se os seus projectos para o futuro não fossem afectados pela doença<sup>276</sup>.

Embora de poucas palavras, a I-2 é animada e se manteve tranquila durante a entrevista. Disse ter uma força que vem de Deus, que lhe possibilita fazer todas as tarefas de casa; tem muito apoio de familiares e da igreja Batista, tem uma fé inabalável; sabe que Deus fará o melhor. Para Dalgarrondo, “ter fé é sempre invocar concretamente o poder do mundo espiritual para os eventos e as experiências da vida diária”<sup>277</sup>. E, para Cândida Pinto, isso traduz “a valorização das crenças espirituais/religiosas na atribuição de sentido à vida”<sup>278</sup>.

O modo convicto como a I-2 se referia à força que vem de algo transcendente faz lembrar o que se mencionara anteriormente neste trabalho sobre *coping* religioso, sob o ponto de vista de Koenig, das referidas *cognições poderosas* (2.3, p. 55) a darem sentido aos aspectos mais perturbadores da vida atribuindo-lhes uma nova configuração, por certo otimista. Os eventos complicados são mantidos sob o controle na crença do transcendente que ocorre mediante influências das orações<sup>279</sup>.

<sup>274</sup> Fromm *apud* SATHLER-ROSA, 2013, p. 120.

<sup>275</sup> PINTO, 2007, p. 49.

<sup>276</sup> CARDOSO et al., 2012, p. 16.

<sup>277</sup> DALGARRONDO, 2009, p. 26.

<sup>278</sup> PINTO, 2007, p. 50.

<sup>279</sup> KOENIG, 2012, p. 7.

É óbvio que há pacientes com reações distintas: enquanto há os que rejeitam a evidência, há os que se deprimem profundamente e há também os que conseguem aceitar o problema, isto é, os que “podem manter conversas profundas, conseguem aceitar os aspectos positivos e negativos da vida, demonstrando maior maturidade e uma vida interior e interpessoal mais fecunda”<sup>280</sup>. A I-2 se encaixa bem neste perfil. Com efeito, “A aceitação da doença é um processo gradual, que em geral evolui desde a negação da condição da doença até sua identificação e resignação”<sup>281</sup>.

A I-3 é a mãe de uma menina de 7 anos, a qual é paciente oncológica; portanto, é a mãe a informante que fala pela criança doente. A mãe ficou eufórica, nervosa, ao falar sobre a filha. Na descrição que faz, a mãe disse que a filha teve medo e revolta ao saber da doença, não a aceitando de forma alguma (Ressalta-se aqui que esta é a descrição que a mãe faz da reação da criança.). A mãe teme que a doença se espalhe para outros órgãos.

Verifica-se, pois, que

Cada doente lida com a doença oncológica de forma pessoal e individual, contudo, o facto de alguns doentes oncológicos tenderem a suprimir a expressão das suas emoções, pode contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade e depressão. Pelo contrário, os doentes que utilizam estratégias focadas no problema e que procuram apoio psicossocial, conseguem manter uma autoestima elevada, melhor qualidade de vida e melhor adaptação à doença oncológica<sup>282</sup>.

Foi difícil encarar o momento da revelação do diagnóstico; foi uma situação delicada para a equipe de saúde responsável por essa tarefa, comentou a mãe.

Realmente, é preciso levar em consideração a predisposição ou capacidade de tolerância individual do paciente. Apesar de toda a evolução tecnológica na área da saúde, continua não sendo fácil revelar o diagnóstico ao paciente oncológico. Nesse sentido, é preciso tentar entender “as condições de vida pessoal e seu nível cultural; o estágio do prognóstico da doença, bem como a possibilidade de colaboração familiar, além de determinar o quanto o paciente quer saber”<sup>283</sup>. Como se vê, trata-se de uma situação que envolve os profissionais que “também não estão

<sup>280</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 17.

<sup>281</sup> MIRANDA, 2009, p. 48.

<sup>282</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 9.

<sup>283</sup> SILVA, 2005, p. 34.

imunes a reações emocionais face ao sofrimento a que assistem e às difíceis decisões que têm de enfrentar na sua actividade clínica”<sup>284</sup>.

Mãe e filha creem em Deus, mas não concordam com a interferência de grupos religiosos no processo de tratamento e cura da doença. A mãe relatou que, ao iniciar o tratamento quimioterápico, muitos religiosos (adventistas, batistas e principalmente pentecostais) foram visitar a filha no hospital e faziam muitas orações de cura, em tom alto de voz. Os pentecostais (mais que os outros) frisavam: “você vai ser curada”; justificavam a doença dizendo que o câncer era devido à maldição, à pomba-gira e outras crendices – motivo que fez com que a criança se conscientizasse da morte (como a de seu pai que havia morrido de câncer há quatro anos).

Com efeito, no paciente, “A ideia da sua própria morte torna-se mais tangível e quaisquer sintomas físicos podem ser interpretados como um possível agravamento clínico, com repercussões sobre os níveis de ansiedade”<sup>285</sup>. Tal medo levou a criança a um surto, a uma ânsia pela perspectiva da morte e a ter muita falta de ar. Para a mãe, a religião atrapalhou muito no processo de tratamento e cura, trouxe desconforto e angústia. A mãe disse que viu muita gente morrer por crer que só pela oração se curaria e, por isso, abandonava o tratamento. Mas ela não acreditava nisso.

No princípio, a influência da religião foi prejudicial, no sentido de achar que ora Deus não existe, ora está castigando a criança. Depois, entendeu-se com Ele por força das orações, mas só após o afastamento da religião; portanto, ela crê nEle. E essa transformação ocorreu também por conta de um *milagre* ocorrido – é o que ela diz. Esse relato foi transcrito logo a pós a citação abaixo com a *única* intenção de demonstrar a intensidade da fé e da religiosidade da I-3, isenta da religião institucionalizada, e que encontra respaldo nos estudos de Vasconcelos quando diz:

Para alguns pesquisadores, a vivência religiosa, ao inspirar pensamentos de esperança e de otimismo, bem como expectativas positivas, pode funcionar como um placebo [...] o efeito placebo não acontece apenas por mecanismos psicológicos, mas também porque desencadeia efeitos fisiológicos no organismo. Crenças subjetivas profundas geram alterações imunológicas, hormonais e bioquímicas por mecanismos fisiológicos que apenas recentemente começaram a ser desvendados<sup>286</sup>.

---

<sup>284</sup> CARDOSO et al., 2017, p. 9.

<sup>285</sup> CARDOSO et al., 2012, p. 10.

<sup>286</sup> VASCONCELOS, 2010, p. 15.

Em certo momento, a própria criança intervém e narra<sup>287</sup> que, na segunda sessão de tratamento quimioterápico, estava com a mãe no quarto. As duas estavam acordadas, mas apenas a criança viu um homem vestido de branco, em pé, sob uma luz muito forte, e, nas mãos, havia uma taça cheia de sangue. O homem colocou todo o sangue que ali estava dentro do frasco de soro onde havia remédio e lhe disse que esse sangue a curaria. A partir desse dia, ela passou a reagir muito bem ao tratamento e não mais sentiu efeitos colaterais da quimioterapia. Depois, a mãe interveio dizendo que, durante essa visão, a criança começou a ficar eufórica, a sorrir muito, e lhe perguntou se ela vira o que o homem de branco fez. A mãe disse nada ter visto, mas que acreditava na filha. E, no relato da mãe, a criança concluiu: “mãe, Jesus esteve aqui e disse que eu vou ser curada”.

A narrativa da I-4 se inicia mediante um clima de muita tristeza. Ela conta que, no início do tratamento, deixava sua cidade (São Sebastião do Alto-RJ) para vir se tratar em Itaperuna onde ficava direto. Ficavam para trás seu neto, que morava com ela, e o marido, que era cego. Mas, mesmo triste e chorando muito, nunca achou que iria morrer em decorrência da doença. Em parte, aceitava a doença: sentia dor, às vezes queria desistir do tratamento; em contrapartida, não aceitava ser considerada a coitadinha nem aceitava usar lenço para encobrir a falta de cabelos na cabeça.

Conforme Silva,

[...] estar com uma doença crônica, por vezes fatal, é uma expressão singular para o paciente. Significa conviver com limitações que requerem do cliente uma aprendizagem para manejar as diferentes situações que se apresentam. A dor – física ou emocional – é única, indecifrável, intransferível e tremendamente solitária. O paciente vivencia momentos de reavaliação de valores, passa a querer organizar a vida, a cumprir o inacabado, a correr contra o tempo, talvez no afã de aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta<sup>288</sup>.

Com efeito, câncer é uma patologia que traz incertezas do futuro. Este momento de incertezas, em face das mudanças e descobertas inerentes aos procedimentos terapêuticos, revela como a vida é sentida de maneira diferenciada, pois cada paciente a conduz, em sua essência, reavaliando seus valores e sentimentos<sup>289</sup>. A I-4 pareceu mais preocupada com os compromissos que deixara

---

<sup>287</sup> Esta é a única vez que se ouve a criança. Reitera-se: todas as informações que se têm dela são através da fala da mãe.

<sup>288</sup> SILVA, 2010, p. 70.

<sup>289</sup> SILVA, 2010, p. 70

para trás do que com a provável iminente morte. Segundo Silva, paciente e família são abalados mediante o diagnóstico e o subsequente tratamento desafiador<sup>290</sup>.

De um lado, há uma série de demandas afetivas por parte do paciente, que requer carinho e atenção, ainda que, por vezes, sua reação imediata seja de isolamento; de outro lado, há um conjunto de fatores externos e internos, como as preocupações e incumbências trazidas pela doença, por exemplo, problemas econômicos, representação social negativa da doença, conflitos familiares já existentes, mudanças físicas e psíquicas, às quais os pacientes são submetidos, que podem contribuir para o sentimento inicial da solidão e, conseqüentemente, para o seu isolamento<sup>291</sup>.

A I-4 disse que tinha fé, certa espiritualidade e religião. Ir à missa a fortalecia, mas em nada interferia no tratamento e na cura, apenas lhe trazia conforto e carinho de outros fiéis da igreja. Na verdade, segundo Silva,

A religião e a espiritualidade servem não só para favorecer a vida dos doentes oncológicos, mas também para lhes dar esperança e coragem em situações e circunstâncias complicadas durante o tratamento da doença. Pode-se concluir que a influência da religião e da espiritualidade na vivência do câncer é de extrema importância, pois libertam os enfermos do desespero e do egocentrismo, resultantes do sofrimento<sup>292</sup>.

A I-4 luta para manter boas perspectivas para a vida, pois tem um marido cego para cuidar e precisa ajudar na criação do neto. Nesse sentido, ela se apega a Deus.

Com efeito, “A religiosidade e a espiritualidade prevalecem entre as estratégias de enfrentamento mais frequentemente utilizadas, desde o diagnóstico até o término do tratamento, sendo diretamente relacionadas à esperança de vencer o câncer”<sup>293</sup>. É o que explica Silva: “A espiritualidade está associada à menor depressão, menor risco de complicações somáticas e a menos uso de serviços hospitalares”<sup>294</sup>. Cândida Pinto também dá seu parecer afirmando que a espiritualidade associada à religião resulta na “sua validade (constructo) e que a subdimensão esperança/otimismo é relevante para o bem-estar e afecto positivo de ter uma doença crônica como o cancro”<sup>295</sup>.

Enfim, esses pacientes estão imersos na grande rede de crenças relacionadas à saúde/doença construída culturalmente no decorrer de suas vidas,

<sup>290</sup> SILVA, 2010, p. 69.

<sup>291</sup> SILVA, 2010, p. 69.

<sup>292</sup> SILVA, 2010, p. 98.

<sup>293</sup> PEREIRA et al., 2015, p. 55.

<sup>294</sup> SILVA, 2010, p. 97.

<sup>295</sup> PINTO, 2007, p. 51.

fornecendo referências para a tomada de decisões das mais simples às mais complexas que o tratamento requer; estão diante de “uma situação indesejada e não esperada que não faz parte da programação da vida das pessoas”<sup>296</sup>.

Convém esclarecer que, para aumentar sobremaneira a qualidade do estudo de caso, procurou-se manter o encadeamento de evidências: “ligações explícitas entre as questões feitas, os dados coletados e as conclusões a que se chegou”<sup>297</sup>. Mantendo tal procedimento, inferiram-se, da análise de relatos desta pesquisa, algumas categorias acerca dos pacientes oncológicos, as quais foram emergindo com o avançar da interpretação dos dados.

Desse modo, tendo adentrado no contexto real dos pesquisados, a pesquisadora relacionou fatos e fenômenos que possibilitaram perceber nuances que jamais seriam detectadas numa pesquisa de natureza quantitativa. Por um lado, a pesquisa direcionada enfocou “diretamente o tópico do estudo de caso”<sup>298</sup>; por outro, a observação direta possibilitou tratar “de acontecimentos em tempo real do contexto do evento”<sup>299</sup>. E, assim, se chegou a sintetizar os resultados nas categorias abaixo arroladas.

1 Reagem de modo diferente diante do diagnóstico e da aceitação da doença.

2 Apegam-se à religiosidade/oração (*coping* religioso) para enfrentar a doença, mas esse expediente não substitui tratamento nem é sinônimo de cura, apenas conforta e fortalece as perspectivas de vida.

3 Sentem mais tranquilos com a prática da oração e da religiosidade comedida, isto é, longe da efervescência religiosa.

A título de exemplo, eis, no Quadro 3<sup>300</sup>, uma amostra de alguns fragmentos que levaram à elaboração das categorias:

Quadro 3 – Alguns fragmentos da fala dos informantes durante a entrevista

Categories	Informantes	Fragmentos
1	1	<i>Tive confiança. Eu me apeguei a Deus. Aceitei em parte. Ninguém aceita totalmente, pois ter saúde é melhor.</i>
	2	<i>Tenho confiança, tudo é permissão de Deus. Aceitei a doença totalmente.</i>
	3	<i>Muito medo, revolta, tristeza.</i>

<sup>296</sup> SILVA, 2005, p. 7.

<sup>297</sup> YIN, 2001, p. 105.

<sup>298</sup> YIN, 2001, p. 108.

<sup>299</sup> YIN, 2001, p. 108.

<sup>300</sup> Este quadro não se faz acompanhar de descrições do pesquisador por considerar redundante, já que ele resume o que já fora descrito, analisado e interpretado *a priori*.



		<i>De forma alguma não deu para aceitar a doença.</i>
	4	<i>Fiquei triste. Chorei. Mas tive que aceitar a doença. Aceitei em parte, no início.</i>
2	1	<i>Tendo fé em Deus, nós temos tudo, mas para ficar bom preciso do tratamento.</i>
	2	<i>A Bíblia diz que através da fé e da oração os remédios fazem mais efeito. Mas a gente não abandona o tratamento.</i>
	3	<i>Creio somente em Deus e, em parte, na religião. E não acho que a religião trata da doença.</i>
	4	<i>Me apeguei à religião. Minha fé não mudou. A religião é tudo: traz carinho e conforto.</i>
3	1	<i>Eu me apeguei a Deus e acredito muito nEle. Tive que ter muita fé para dar tudo certo.</i>
	2	<i>Meu conforto é na Bíblia e na oração que traz força e paz. Minha fé não se abala.</i>
	3	<i>Creio na oração, no poder sobrenatural de Deus, e não em religiosos que ficam orando muito exaltados.</i>
	4	<i>Rezava muito. Ia à missa. Isso me fortalecia. É só pedir a Deus que Ele cuida.</i>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora



## CONCLUSÃO

Qualquer desequilíbrio bio-físico-psicológico se configura como estado de doença, uma patologia, que mais frequentemente faz-se acompanhar do sintoma da dor e de conseqüente sofrimento – razão que vem impelindo o homem à busca de alívio e cura. Nesse sentido, o câncer tem sido um desafio para a medicina e, paralelamente, religião, religiosidade, fé, espiritualidade vêm sendo o esteio a que uma grande maioria de pacientes oncológicos se apoia como forma de enfrentamento dos inúmeros reveses dessa doença que aplaca suas vítimas.

Infere-se, pois, a necessidade de pesquisas vindouras sobre a função da religiosidade/espiritualidade e sua interferência tanto na qualidade de vida de pacientes oncológicos e demais doenças crônicas cujos enfermos são contraídos por dor intensa e permanente, quanto também no processo de luto antecipatório provocado pela enfermidade. A academia científica brasileira também carece de pesquisas voltadas para essa temática, mas no que toca os profissionais da saúde que lidam com pacientes oncológicos – não para se detectar deles se têm fé/religião/religiosidade/espiritualidade; porém, especificamente para respeitar seu paciente nesse quesito e melhor entendê-lo.

Penetrando-se nessa seara, concluiu-se desta pesquisa que, desde o diagnóstico da doença, o mais raro (e quase impossível) é aceitá-la pacificamente, mas há uma reação diferente de indivíduo para indivíduo. As pessoas, geralmente, são tomadas por um intenso estresse: umas não a aceitam, revoltam-se, choram, mas, com o tempo atenua-se o desespero inicial e, em contato, com outros que se encontram em situação similar, aceitam o tratamento e convivem de modo mais harmonioso com a doença.

Normalmente essa patologia (como outras tão graves quanto) impelem os enfermos ao apego do sobrenatural, o que se torna mais forte quando o tratamento exige do paciente a retirada de seu domicílio para se tratar em outra cidade longe de seus familiares e amigos, como ocorreu com os informantes desta pesquisa. Assim, com a prática de preces e orações – uma religiosidade/espiritualidade comedida, distinta da efervescência de louvores em voz alta e aclamações –, eles conseguiam tranquilizar-se, ainda que tivessem a consciência de que nada disso iria curá-los, porém era um lenitivo para o espírito.

É óbvio que, em se tratando de pessoas, indivíduos dotados de inumeráveis particularidades e idiosincrasias, tal verificação pode não encontrar eco em pesquisas com outros grupos de pacientes oncológicos. Inclusive, há casos até mesmo de suicídio entre eles, como se constatou na revisão bibliográfica.

Com isso posto, respondeu-se a *questão-problema* da investigação (*até que ponto se pode afirmar que a religiosidade ou a fé interferem no tratamento e até mesmo na cura de pacientes oncológicos?*) e, conseqüentemente, alcançou-se o objetivo geral proposto: *apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico.*

O caminho foi longo, mas profícuo, como, por exemplo, pelo fato de distinguir – a partir das lições de autores como Moacyr Scliar, Alexsandro Silva e outros mais – que saúde não é tão somente a ausência de doença, mas algo muito mais abrangente, global, conectado dialeticamente a uma rede de relações que envolve cultura, historicidade e sociedade. Apesar de, ainda hoje a saúde ser algo discreto, silencioso, um tanto imperceptível, só valorizado em proximidade com a doença, seu conceito sofreu uma elasticidade deixando de ser apenas curativo para ser também preventivo; de ser só individual para abranger a coletividade; de ser meramente biológico para envolver outros domínios, o social, psicológico, emotivo, o bem-estar geral e a qualidade de vida.

Em outra esfera não menos importante, o trabalho penetrou nas multifaces patológicas do câncer (infortúnio de saúde pública planetária), envolvendo diagnóstico, tratamento e luto antecipado. Pelos estudos de Braz, Volpini, Valéria Silva, Nucci, Doro et al., Reisner e muitos estudiosos do tema, verificou-se a necessidade premente de se diagnosticar bem no início a doença (ou melhor, profusão de doenças) e tratá-la em seguida, ao invés de negá-la e esperar a morte ou antecipá-la, sepultando-se antes do óbito.

A inserção na esfera da religião/religiosidade possibilitou interpretações profundas a partir das obras de Vasconcelos, Aquino e Zago, Souza e Melo, Pessini e Bertachini, Fornazari e Ferreira e Wilges, além de muitos outros. Desse exercício de leitura inferiu-se que, se de um lado, o câncer – doença avassaladora – fragiliza o ser humano por ser uma ameaça de destruição, fazendo doer corpo e alma, viver o luto antecipatório; de outro lado, está a força advinda da fé, religiosidade ou religião, dando respostas a questionamentos que a ciência muitas vezes não pode dar, dando

significado à vida afetada pelo sofrimento, não no sentido de eliminá-lo, mas de suportar o peso da existência.

Assim, Fornazari e Ferreira, Brito, Seidl e Costa-Neto, Koenig e outros foram de grande importância para o entendimento de que o *coping* religioso pode sim amenizar problemas, inclusive os de saúde, prevenindo e aliviando circunstâncias negativas causadoras de estresses, ou confortar. No tratamento do câncer dos pacientes pesquisados neste trabalho comprovaram-se as hipóteses de que *coping* religioso ou espiritual não curou os informantes, mas interferiu no equilíbrio emocional, na vontade de lutar pela vida e, com esse ânimo, acelerando a cura; e, ao interferir no estado de ânimo do paciente, facilitou-lhe a aceitação e o enfrentamento da doença objetivando a cura.

Pode-se, então, afirmar com a presente pesquisa a manifestação de indícios da contribuição do *coping* religioso na aceitação do câncer e a sua influência positiva no processo de tratamento. De fato, reduz estresse e ansiedade a partir de suportes que se criam para a superação da dor e do sofrimento e para o aumento do controle emocional capaz, inclusive, de refletir nos familiares/cuidadores que permanecem em seu entorno.

A pesquisa justificou-se, não só pelo arcabouço teórico, mas também pelo empirismo. Foi relevante indagar pacientes oncológicos, chegar-se a eles, escutá-los, não como um jornalista de gravador em punho, mas como pesquisadora de pesquisa qualitativa, de estudo de caso, que aguça os sentidos para ouvir deles os ditos e os não ditos, com paciência e compreensão. A propósito, os pacientes oncológicos precisam ser ouvidos, ser tratados como seres singulares que necessitam ser compreendidos em seu todo, envolvendo-se aí crenças e valores.

Estresse e ansiedade tentam acompanhá-los desde o diagnóstico e no processo de tratamento. Sendo atendidos por uma equipe profissional que saiba acolhê-los em períodos estressantes e perturbadores, que considere suas perspectivas espirituais/religiosas, provavelmente é possível que o enfrentamento da doença seja mais ameno e a otimização da qualidade de vida desse paciente. Afinal, ele não se reduz a um mero corpo doente. É uma pessoa humana, que, na sua completude, tem um passado, um presente e, por mais improvável que pareça, almeja um futuro.

Ademais, todo o entendimento com a pesquisa – não ficando restrito a arquivo bibliotecário, mas sendo divulgado via on-line, ao vivo por meio de palestras e rodas

de estudo, ou publicado por via impressa – pode servir de esclarecimento para quem deseja conhecer um ângulo do problema (acadêmicos de áreas afins, curiosos), uma vez que abarcá-lo em sua plenitude é tarefa inalcançável.

Fecha-se assim uma pesquisa, mas paradoxalmente abrindo possibilidades para a autora deste texto se embrenhar em outras tantas a partir desta.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA; PRISZKULNIK. Quando o tratamento do câncer da criança termina: a psicanálise e o tempo singular de cada sujeito, p. 25-36. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

ÁLVAREZ, Francisco. *Teologia da saúde*. São Paulo: Paulinas: Centro Universitário São Camilo, 2013.

AQUINO, Verônica Vrbán; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação, p. 42-47. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar de, et al. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. *Psicologia ciência e profissão*, 2009, 29 (2), p. 228-243. Universidade Estadual da Paraíba.

ASSOCIAÇÃO Portuguesa do Reiki. *Reiki é simples: a filosofia devida do Reiki*. 15p. Monte Kurama, 2012. Disponível em: <<http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reiki-em-portugal/wp-content/uploads/2012/09/Reiki-%C3%A9-simples-a-Filosofia-de-vida-do-Reiki.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas, p. 11-23. *Saúde e Sociedade*, v. 18, supl. 2, 2009.

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. *Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade?* Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer, p. 462-467. *Revista Enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, jul./set., v. 18, n. 3, 2010.

BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento, p. 499-510. *Revista Enfermagem*. 5(3) UFSM, jul./set. 2015.

BATISTELLA, Carlos. O território e o processo saúde-doença. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro\\_id=6&area\\_id=2%E2%88%A9itulo\\_id=14&autor\\_id=&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2%E2%88%A9itulo_id=14&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2)>. Acesso em: 23 out. 2017.

BERNAT, Ana Beatriz Rocha; COSTA. O tempo de uma escolha forçada: o sujeito infanto-juvenil, seus pais e a equipe assistente diante da indicação de amputação, p. 17-24. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA,



Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BOFF, Leonardo. *Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

BRASIL. *Dez gráficos que explicam o impacto do câncer no mundo*. 4 fev. 2016. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160204\\_gch\\_graficos\\_cancer\\_fn](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160204_gch_graficos_cancer_fn)> Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: <[https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/art\\_196\\_.asp](https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_196_.asp)>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BRAZ, M. M. *Aprendendo com o câncer de mama: percepções e emoções de pacientes e profissionais e de fisioterapia*. 2001. 101p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção de Sistemas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BRITO, Hérica Landi de; SEIDL, Eliane Maria Fleury; COSTA-NETO, Sebastião Benício. *Coping religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar*, p. 202-215. *Contextos Clínicos*, v. 9, n. 2, jul./dez. 2016.

CAETANO, Edilaine Assunção; GRADIM, Clícia Valim Côrtes; SANTOS, Lana Ermelinda da Silva dos Santos. *Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico*. *Rev. Enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, abr./jun. 2009.

CAMBOIM, Aurora; RIQUE, Júlio. *Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos*, p. 251-263. *Revista Brasileira de História das Religiões*. ANPUH, Ano III, n. 7, maio, 2010.

CAMPOS, C. J. G; MURAKAMI, R. *Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente*, p. 361-367. *Rev. bras. Enferm.* v. 65, n.2, Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200024)>. Acesso em: 11 ago. 2017.

CARDOSO, Graça et al. *Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico*, p. 8-18. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca [s/d], EPE*. Disponível em: <[http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9\\_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20-%20p8-19.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20-%20p8-19.pdf)>. Acesso em: 31 jul. 2017.

CARDOSO, Daniela Habekost et al., *Viver com câncer: a percepção do paciente oncológico*, p. 461-474. *Journal of Nursinf and Health*. Faculdade de Enfermagem UFPel, v. 2, n. 2, 2012.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde, p. 1088-1095. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4), jul./ago., 2004.

CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho. *Método do Estudo de Caso (Case Studies) ou Método do Caso (Teaching Cases)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e Pesquisa em Administração*. Disponível em: <[http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul\\_dez\\_05/06.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2017.

CHAHON. Reflexões sobre a vivência do tempo no paciente em controle, p. 37-42. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

CHIRICO, A. et al. *Self-Efficacy for Coping with Cancer Enhances the Effect of Reiki Treatments During the Pre-Surgery Phase of Breast Cancer Patients*. Disponível em: <<http://ar.iiarjournals.org/content/37/7/3657.full>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CIÊNCIAS da Religião. *Durkheim – a religião é um faro social*. Disponível em: <<http://professordiassis.blogspot.com.br/2014/09/durkheim-religiao-e-um-fato-social.html>>. Acesso em: 10 nov. 2017, p. 3.

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006*. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2017.

CORRÊA, Cairu Vieira; BATISTA, Jeniffer Soley; HOLANDA, Adriano Furtado Holanda. Coping religioso/espiritual em processos de saúde e doença: revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013), p. 61-78. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, v. 5, n. 5, 2017.

CUENCA, Angela Maria Belloni et al. *Guia de apresentação de teses*. 2. ed. São Paulo: A Biblioteca, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DANTAS; RIBEIRO. A comunicação e a humanização como aspectos fundamentais para o manejo da urgência subjetiva nos cuidados de fim de vida, p. 165-174. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

DIAS, José Roberto de Lima. O sagrado diante do influxo da religiosidade: o caso do espiritismo. X Encontro Estadual de História. *O Brasil no Sul: cruzando fronteiras entre*

o regional e o nacional. 26 a 30 jul. 2010. Santa Maria-RS. Centro Universitário Franciscano (UNIFRS). Disponível em: <[http://www.eeh2010.anpuh-rs.org.br/resources/anais/9/1278886216\\_ARQUIVO\\_TRABALHODAANPUH-COMUNICACAOEPUBLICACAO.pdf](http://www.eeh2010.anpuh-rs.org.br/resources/anais/9/1278886216_ARQUIVO_TRABALHODAANPUH-COMUNICACAOEPUBLICACAO.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2017.

DÓRO, M. P. et al. *O câncer e sua representação simbólica*. Psicologia Ciência e Profissão p. 120-134. Brasília, v. 24, n. 2, jun. 2004.

ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano*. Trad. Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

EQUIPE ONCOGUIA. *Risco Genético e Câncer*. 12 abr. 2016. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/risco-genetico-e-cancer/99/6>>. Acesso em 7 nov. 2017.

ESPÍNDULA, J. A. *O significado da religiosidade para pacientes com câncer e para profissionais de saúde*. Tese Doutorado. 233p. Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador, p.111-129. *Pensando famílias*. v. 17, n. 2, Porto Alegre-RS, dez. 2013.

FERNANDES; Gilberto; INOCENTE, Nancy Julieta. Estratégias para enfrentamento (*coping*): um levantamento bibliográfico. 5p. *XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*. Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/0570\\_0609\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/0570_0609_01.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2017.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 2003; 37 (4); p. 446-455. Porto Alegre-RS.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: teoria e pesquisa*. v. 26, n. 2, p. 265-272, abr./jun. 2010.

FOWLER, James W. *Estágios da fé: a psicologia do desenvolvimento humano e a busca de sentido*. Trad. Júlio Paulo Tavares Zabatiero. São Leopoldo-RS: Sinodal, 1992.

FREITAS, Iara Silva; CARDOSO, Erika Arantes de Oliveira; SANTOS, Manoel Antônio. Espiritualidade e religiosidade em mães de crianças com câncer hematológico. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 22, n. 3, p. 433-447, jul./set. 2017.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANETTI, José Paulo. Psicologia e espiritualidade, p. 129-145. In: AMATUZZI, Mauro Martins (Org.). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde, p. 11-34. *Psicologia*, 24(1), USP, São Paulo, 2013.

GOOGLE MAPS. [ComVida - *Entidade auxilia pacientes oncológicos*]. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Comvida/@-21.201233,-41.8899975,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x6069ad4a9f85:0x6e01344e226ec55f!8m2!3d-21.201233!4d-41.8878088?hl=pt-BR>>. Acesso em: 17 out. 2017.

IAMIN, Solange Regina Signori; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Estratégias de enfrentamento (*coping*) do adolescente com câncer, p. 427-435. *Psicol. Argum.*, v. 29, n. 67, Curitiba, out./dez. 2011.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. *Dicionário básico de filosofia*. 3. ed. São Paulo: Jorge Zahar, 1996.

KNAPP, P. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOENIG, Harold G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, v. 2012, 2012.

KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Inca. Instituto do Câncer. *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2015a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>> Acesso em: 20 de mar. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Inca. Instituto do Câncer. *ABC do câncer: abordagem básica para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2011, 128p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf)> Acesso em: 20 de mar. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Inca. Instituto Nacional de Câncer. *Os tempos no hospital oncológico*. SILVA, José Alencar Gomes da. et al. (Orgs.). – Rio de Janeiro, 2015b.

MADEIRA, Lélia Maria; ALVES, Marília. Processo saúde doença trabalho, p. 164-169. *Semina: Ciências biológicas/Saúde Londrina*, v.17, n. 2, 1996, p. 166.

MAIA, Sonia Alice Felde. *Câncer e morte: o impacto sobre o paciente e a família*. 24p. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiconcologia, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba-PR, 2005.



MARCHI, Euclides. O sagrado e a religiosidade: vivências e mutualidades, p. 33-53. *História: Questões & Debates*, Curitiba, UFPR, n. 43, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Caderno Saúde Pública*, v. 4, n. 4, Rio de Janeiro, oct./dez. 1988. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1988000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003)>. Acesso em: 26 jul. 2017.

MIRANDA, Ana Cristina. *Do diagnóstico ao tratamento de câncer: o familiar, a acompanhante e seu processo de adaptação*. 71p., Monografia de Enfermagem. Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu-SC, 2009.

MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital, p. 57-60. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). *Introdução à Psicologia*. Campinas: Livro Pleno, 2002.

MORELLI, Ana Bárbara; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade dos pais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, p. 2711-2720, 2013.

NUCCI, N. A. G. *Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo*, 2003. 225p. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia. Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

OLIVEIRA, Fabiana Luci de. O campo da sociologia das religiões: secularização versus a “revanche de Deus”. 14p. *InterThesis*, n. 2, v. 2, Florianópolis-SC, jul./dez. 2005.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. *Metodologia científica aplicada ao Direito*. São Paulo: Pioneira, 2002.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual, 126-135. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl. 1, 2007.

PEREIRA et al. A vivência do paciente oncológico e suas estratégias de enfrentamento, p. 51-62. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

PERES, Mário F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. Psiquiatria Clínica*, n. 34, supl 1, São Paulo, p. 82-87, 2007.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade, p. 491-509. *O mundo da saúde*. São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4 out./dez. 2005.

PINTO, Cândida. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

REISNER, H. M. *Patologia: uma abordagem por estudos de caso*. Porto Alegre: AMGH, 2016.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências, p. 107-112. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, 2016.

SABROZA, Paulo Chagastelles. Concepções sobre Saúde e Doença. 30p. *Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em saúde*. Educação A Distância/Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Mulheres enfrentando o câncer de mama, p. 339-347. *Rev. Min. Enferm.* 16(3), jul./set., Universidade Federal de Juiz de Fora/Facet, 2012.

SANTOS, Franklin Santana. Para além da dor física: trabalhando com a dor total, p. 397-405. In: SANTOS, Franklin Santana. (Org.). *Arte de cuidar: saúde, espiritualidade e educação*. Bragança Paulista-SP: Comenius, 2010.

SATHLER-ROSA, Ronaldo. *Cuidado pastoral em perspectiva histórica e existencial: uma revisão crítica*. São Paulo: Aste, 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde, 29-41. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 17(1), Rio de Janeiro, 2007.

SIGNIFICADO DE DNA. *O que é DNA*. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/dna/>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

SILVA, Carine dos Reis et al. Religião e morte: qual a relação existente? p. 130-141. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 1(1). Salvador, dez. 2012.

SILVA, Alexsandro Coutinho da. *A capelania hospitalar: uma contribuição na recuperação de enfermo oncológico*. 122p. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Teologia. São Leopoldo, 2010.

SILVA, Lucia Cecilia da. *O sentido do cuidado da vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica*. 187p. Tese de doutorado em Psicologia. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, Valéria Costa Evangelista da. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo, 2005.

SOUZA; MELO (Amor)tecer o sofrimento: a escuta do paciente oncológico no cuidado paliativo, p. 43-50. In: SILVA, José Alencar Gomes da; BERNAT, Ana Beatriz Rocha; LIMA, Fernando Lopes Tavares de; ALCÂNTARA, Luciana da Silva; SWINERD, Mônica Marchese (Orgs.). *Os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.



TETZNER, Neusa. Uma vivência espiritual cristã, p. 213-216. In: AMATUZZI, Mauro Martins (Org.). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005, p. 215.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos, p.12-18. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde (RECIIS)*, v. 4, n. 3, Rio de Janeiro, set., 2010, p. 12. Disponível em: <[http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/\\_repositorio/2015/12/pdf\\_8a36773bb6\\_0000018932.pdf](http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_8a36773bb6_0000018932.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2017.

VEIT, Carina Maria Veit; CASTRO, Elisa Kern de. *Coping* religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama, p. 421-435. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, 65 (3). Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v65n3/08.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

VOLPINI, Fernanda Siebert. *O adolescente frente ao câncer: hospitalização e processos psicológicos*. Monografia. Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto-Alegre-RS, 2007.

WILGES, Irineu. *Cultura Religiosa: as religiões no mundo*. Vozes, 10. ed. Petrópolis, 1999.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Trad. Daniel Grassi. Porto Alegre-RS: Bookman, 2001.

## APÊNDICE – QUESTIONÁRIO

Prezado respondente,

Estando para concluir o curso de mestrado em Ciências da Religião, já na fase da dissertação, minha pesquisa intenciona esclarecer, a partir dos próprios pacientes, algumas dúvidas referentes ao enfrentamento da doença. Nesse sentido, será de grande valia a sua colaboração respondendo a este questionário. Desde já, o meu agradecimento.

Geane Freitas Pires de Castro  
(Farmacêutica e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

Itaperuna-RJ, \_\_\_/\_\_\_/2017 (Data da aplicação do questionário).

### Parte I: dados pessoais

Idade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) solteiro (a) ( ) casado (a) ( ) viúvo (a) ( ) outro

Religião: ( ) católica ( ) pentecostal ( ) espírita kardecista

( ) evangélica ( ) neopentecostal

( ) de origem africana. Qual? \_\_\_\_\_

( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_

( ) ateia ( ) agnóstica

### Parte II: sobre a doença e o tratamento

1 Quanto tempo levou para descobrir a doença?

\_\_\_\_\_

2 Tipo de câncer? \_\_\_\_\_

3 Tratamento realizado: ( ) cirúrgico

( ) quimioterápico ( ) não fez

( ) radioterápico ( ) outro. Qual?

\_\_\_\_\_

4 Efeitos colaterais ( ) sentiu ( ) sente ( ) nunca sentiu

Qual(is)? \_\_\_\_\_

5 Antecedentes familiar com a doença ( ) sim ( ) não

6 Desconforto emocional durante o tratamento ( ) sim ( ) não

Qual(is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Parte III: sobre a doença, tratamento e religiosidade**

1 Reação diante do diagnóstico ( ) medo ( ) revolta ( ) tristeza

( ) confiança ( ) outra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 Aceitação da doença ( ) em parte ( ) total ( ) de forma alguma

3 Durante o tratamento, apego ( ) à religião/religiosidade

( ) a outro meio de conforto

Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 Resultado(s) obtido(s) com o auxílio da religião/religiosidade (ou outro meio de conforto) durante o tratamento.

Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5 Boas perspectivas para a vida que segue ( ) em parte ( ) total ( ) nenhuma

6 Influência da religiosidade (ou outro tipo de crença) no tratamento e cura. Explique.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## QUESTIONÁRIO

Prezado respondente,

Estando para concluir o curso de mestrado em Ciências da Religião, já na fase da dissertação, minha pesquisa intenciona esclarecer, a partir dos próprios pacientes, algumas dúvidas referentes ao enfrentamento da doença. Nesse sentido, será de grande valia a sua colaboração respondendo a este questionário. Desde já, meu agradecimento.

I-1

Geane Freitas Pires de Castro  
(Farmacêutica e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

Itaperuna-RJ, 11 / 10 / 2017 (Data da aplicação do questionário).

**Parte I: dados pessoais**

Idade 74 Profissão comerciante

Grau de escolaridade 2ª série

Estado civil: ( ) solteiro (a) (  ) casado (a) ( ) viúvo (a) ( ) outro

Religião: ( ) católica ( ) pentecostal ( ) espírita kardecista

(  ) evangélica ( ) neopentecostal

( ) de origem africana. Qual? \_\_\_\_\_

( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_

( ) ateia ( ) agnóstica

**Parte II: sobre a doença e o tratamento**

1 Quanto tempo levou para descobrir a doença? 4 anos

2 Tipo de câncer? próstata

3 Tratamento realizado (  ) cirúrgico  
( ) quimioterápico ( ) não fez  
(  ) radioterápico ( ) outro. Qual?  
\_\_\_\_\_

4 Efeitos colaterais ( ) sentiu ( ) sente (  ) nunca sentiu  
Qual(is)? \_\_\_\_\_

5 Antecedentes familiar com a doença (  ) sim ( ) não

6 Desconforto emocional durante o tratamento ( ) sim (  ) não

Qual(is)? não senti nada

**Parte III: sobre a doença, tratamento e religiosidade**

1 Reação diante do diagnóstico ( ) medo ( ) revolta ( ) tristeza

( ) confiança ( ) outra \_\_\_\_\_

2 Aceitação da doença  em parte ( ) total ( ) de forma alguma

Ninguém aceita porque ter saúde é melhor.

3 Durante o tratamento, apego ( ) à religião/religiosidade

a outro meio de conforto

Explique eu acredito muito em Deus.

4 Resultado(s) obtido(s) com o auxílio da religião/religiosidade (ou outro meio de conforto) durante o tratamento.

Explique Também fé em Deus venceu tudo.

5 Boas perspectivas para a vida que segue  em parte ( ) total ( ) nenhuma

trabalhar e ter saúde

6 Influência da religiosidade (ou outro tipo de crença) no tratamento e cura. Explique.

Isso que ter muita fé vai dar tudo certo

#### REGISTRO DE OBSERVAÇÃO DO PESQUISADOR RELACIONADO AOS PACIENTES

Quando o entrevistado estava falando sobre sua vida antes do câncer, estava empolgado. Muito falante. Ao se deparar com a pergunta sobre a doença (câncer), se calou suspirando com cabeça baixa e muito pensativo. Descriu a doença em 2008, e faz tratamento até o momento; disse que trabalhava muito e não queria deixar o comércio para ir ao médico, só quando não aguentou mais o desconforto e dificuldade de urinar, procurou assistência médica.



## QUESTIONÁRIO

Prezado respondente,

Estando para concluir o curso de mestrado em Ciências da Religião, já na fase da dissertação, minha pesquisa intenciona esclarecer, a partir dos próprios pacientes, algumas dúvidas referentes ao enfrentamento da doença. Nesse sentido, será de grande valia a sua colaboração respondendo a este questionário. Desde já, o meu agradecimento.

1-2

Geane Freitas Pires de Castro  
(Farmacêutica e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

Itaperuna-RJ, 11 / 10 / 2017 (Data da aplicação do questionário).

**Parte I: dados pessoais**

Idade 59 Profissão dona de casa

Grau de escolaridade 2<sup>ª</sup> série

Estado civil: ( ) solteiro (a) (X) casado (a) ( ) viúvo (a) ( ) outro

Religião: ( ) católica ( ) pentecostal ( ) espírita kardecista

(X) evangélica ( ) neopentecostal

( ) de origem africana. Qual? \_\_\_\_\_

( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_

( ) ateia ( ) agnóstica

**Parte II: sobre a doença e o tratamento**

1 Quanto tempo levou para descobrir a doença? 2 anos

2 Tipo de câncer? tumor glômico carotídeo

3 Tratamento realizado (X) cirúrgico

( ) quimioterápico ( ) não fez

(X) radioterápico ( ) outro. Qual?

4 Efeitos colaterais (X) sentiu ( ) sente ( ) nunca sentiu

Qual(is)? tontura, dor na cabeça

5 Antecedentes familiar com a doença ( ) sim (X) não

6 Desconforto emocional durante o tratamento (X) sim ( ) não

Qual(is)? choque, negando o tratamento, mas após refletir senti a necessidade de fazer o tratamento, pois o tratamento.

**Parte III: sobre a doença, tratamento e religiosidade**

1 Reação diante do diagnóstico ( ) medo ( ) revolta ( ) tristeza

(X) confiança ( ) outra tudo é permissão de Deus, se Ele permitiu

tenho que me cuidar, sinto saudade da família, pois estou em Itaperuna.

2 Aceitação da doença ( ) em parte (X) total ( ) de forma alguma

3 Durante o tratamento, apego ( ) à religião/religiosidade  
(X) a outro meio de conforto

Explique meu conforto é na Bíblia e na oração.

4 Resultado(s) obtido(s) com o auxílio da religião/religiosidade (ou outro meio de conforto) durante o tratamento.

Explique as visitas das igrejas e as orações tem trazido força e paz.

5 Boas perspectivas para a vida que segue ( ) em parte (X) total ( ) nenhuma

Não me preocupo se vou morrer, se eu sarar minha vida vai continuar como sempre foi.

6 Influência da religiosidade (ou outro tipo de crença) no tratamento e cura. Explique. Existe, através da fé e o que a Bíblia diz, que através da fé e da oração, os remédios fazem mais efeito.

#### REGISTRO DE OBSERVAÇÃO DO PESQUISADOR RELACIONADO AOS PACIENTES

Muito calma e demonstrou muito tranquila durante a entrevista, demonstrando que o câncer não é pior ou melhor que as outras doenças que já possui (diabetes, hipertensão). E que a morte não é algo desesperador.

## QUESTIONÁRIO

Prezado respondente,

Estando para concluir o curso de mestrado em Ciências da Religião, já na fase da dissertação, minha pesquisa intenciona esclarecer, a partir dos próprios pacientes, algumas dúvidas referentes ao enfrentamento da doença. Nesse sentido, será de grande valia a sua colaboração respondendo a este questionário. Desde já, meu agradecimento.

I.3

Geane Freitas Pires de Castro  
(Farmacêutica e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

Itaperuna-RJ, 10 / 10 /2017 (Data da aplicação do questionário).

**Parte I: dados pessoais**

Idade 07 Profissão Estudante

Grau de escolaridade 2º ano

Estado civil:  solteiro (a)  casado (a)  viúvo (a)  outro

Religião:  católica  pentecostal  espírita kardecista

evangélica  neopentecostal

de origem africana. Qual? \_\_\_\_\_

outra. Qual? \_\_\_\_\_

ateia  agnóstica

**Parte II: sobre a doença e o tratamento**

1 Quanto tempo levou para descobrir a doença? 03 dias após sentir dor de barriga

2 Tipo de câncer? Linfoma não Hodgkin

3 Tratamento realizado  cirúrgico  
 quimioterápico  não fez  
 radioterápico  outro. Qual?  
\_\_\_\_\_

4 Efeitos colaterais  sentiu  sente  nunca sentiu

Qual(is)? Ficou muito sensível e ansiosa. Abalou muito o emocional, pois seu pai faleceu há 04

5 Antecedentes familiar com a doença  sim  não anos atrás, com câncer

6 Desconforto emocional durante o tratamento  sim  não

Qual(is)? Pessoas religiosas falando o orando que iria ser curada.

**Parte III: sobre a doença, tratamento e religiosidade**

1 Reação diante do diagnóstico  medo  revolta  tristeza

confiança  outra minha filha não tinha consciência.



Eu não sei descrever, pois ficava rindo, eufórica, muita tristeza. F. inexplicável.

2 Aceitação da doença ( ) em parte ( ) total (X) de forma alguma

3 Durante o tratamento, apego (X) à religião/religiosidade, em parte (X) a outro meio de conforto

Explique Crio somente em Deus e em parte, na religião. Não concordo como a religião trata essa doença

4 Resultado(s) obtido(s) com o auxílio da religião/religiosidade (ou outro meio de conforto) durante o tratamento.

Explique Houve um milagre de Deus.

5 Boas perspectivas para a vida que segue (X) em parte ( ) total ( ) nenhuma

Tenho medo de que a doença volte em outro órgão, na minha filha.

6 Influência da religiosidade (ou outro tipo de crença) no tratamento e cura. Explique.

A princípio foi prejudicial - castigo de Deus - Após uma conversa pessoal com Deus (orações), comecei a entender o poder sobrenatural de Deus. Minha filha, após a visão que teve de Jesus, com uma taça cheia de sangue, começou a reagir e melhorar. O médico disse que, a partir deste momento, ela está sem a doença.

#### REGISTRO DE OBSERVAÇÃO DO PESQUISADOR RELACIONADO AOS PACIENTES

Mãe relatou que sua filha ao receber orações de muitos religiosos principalmente dos pentecostais que dizem "você vai ser curada", levou sua filha a um "surto", medo de morrer, falta de ar. Para mãe a religião atrapalhou muito o tratamento.

Relato da criança - durante a segunda sessão de quimioterapia a criança estava acompanhada da mãe, teve uma visão "um homem vestido de branco, um cabelo muito forte, com uma taça cheia de sangue" e disse que ela iria ser curada. A partir desse dia a criança começou a reagir ao tratamento, não sentindo mais efeitos colaterais.

Após a visão a criança começou a gritar: "mãe Jesus esteve aqui, Ele disse que eu vou ser curada."

## QUESTIONÁRIO

Prezado respondente,

Estando para concluir o curso de mestrado em Ciências da Religião, já na fase da dissertação, minha pesquisa intenciona esclarecer, a partir dos próprios pacientes, algumas dúvidas referentes ao enfrentamento da doença. Nesse sentido, será de grande valia a sua colaboração respondendo a este questionário. Desde já, o meu agradecimento.

I-4

Geane Freitas Pires de Castro  
(Farmacêutica e Mestranda da Faculdade Unida de Vitória-ES)

Itaperuna-RJ, 09/10/2017 (Data da aplicação do questionário).

**Parte I: dados pessoais**

Idade 64 Profissão do lar

Grau de escolaridade 3ª série

Estado civil: ( ) solteiro (a) (  ) casado (a) ( ) viúvo (a) ( ) outro

Religião: (  ) católica ( ) pentecostal ( ) espírita kardecista

( ) evangélica ( ) neopentecostal

( ) de origem africana. Qual? \_\_\_\_\_

( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_

( ) ateia ( ) agnóstica

**Parte II: sobre a doença e o tratamento**

1 Quanto tempo levou para descobrir a doença? 2 anos pela espera

2 Tipo de câncer? mama direita

3 Tratamento realizado (  ) cirúrgico  
(  ) quimioterápico ( ) não fez  
(  ) radioterápico ( ) outro. Qual?  
\_\_\_\_\_

4 Efeitos colaterais (  ) sentiu ( ) sente ( ) nunca sentiu

Qual(is)? enjoo

5 Antecedentes familiar com a doença ( ) sim (  ) não

6 Desconforto emocional durante o tratamento (  ) sim ( ) não

Qual(is)? estresse

**Parte III: sobre a doença, tratamento e religiosidade**

1 Reação diante do diagnóstico ( ) medo ( ) revolta (  ) tristeza

( ) confiança ( ) outra \_\_\_\_\_

2 Aceitação da doença (x) em parte ( ) total ( ) de forma alguma

3 Durante o tratamento, apego (x) à religião/religiosidade  
( ) a outro meio de conforto

Explique Se a minha me fortaleceu, vejo muito. É só pedir a Deus que Ele ajuda

4 Resultado(s) obtido(s) com o auxílio da religião/religiosidade (ou outro meio de conforto) durante o tratamento.

Explique minha fé

5 Boas perspectivas para a vida que segue (x) em parte ( ) total ( ) nenhuma

6 Influência da religiosidade (ou outro tipo de crença) no tratamento e cura. Explique.

Religião é o sustento.

#### REGISTRO DE OBSERVAÇÃO DO PESQUISADOR RELACIONADO AOS PACIENTES

Durante a entrevista demonstrou tristeza ao se lembrar que no início do tratamento em Itaperuna, deixou seu marido (cego) e seu neto de 05 anos em São Sebastião do Alto (sua cidade). Disse que sua fé não mudou após a descoberta do câncer.

Relatou que levou 2 anos para a descoberta do câncer em sua mama direita. É que durante a quimioterapia nunca se incomodou com a queda dos seus cabelos e a perda da mama, não aceitava ser chamada de coitadinha.

No final, relatou que seu neto de 05 anos ao falar: "você fica triste não, seu cabelo nasce de novo", essa fala a fortaleceu, era como uma promessa de Deus, que tudo dará certo.



**ANEXO**

FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**TERMO ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Caro Convidado:

Convidamos o(a) senhor(a) a avaliar e dar consentimento para participar como voluntário da pesquisa intitulada *Câncer: tratamento e cura mediados pela religiosidade*, que se refere a um projeto de mestrado da mestranda GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO da Faculdade Unida de Vitória, a qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões.

O objetivo deste estudo é apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico.

Sua forma de participação consiste em responder a questões relativas estritamente a essa temática.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Também a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. São esperados como benefícios imediatos da sua participação apenas as informações que muito contribuirão com o acervo de dados de pesquisas que há sobre o tema em que se associa câncer (diagnóstico, tratamento) à religiosidade.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo alguma ao seu cuidado.

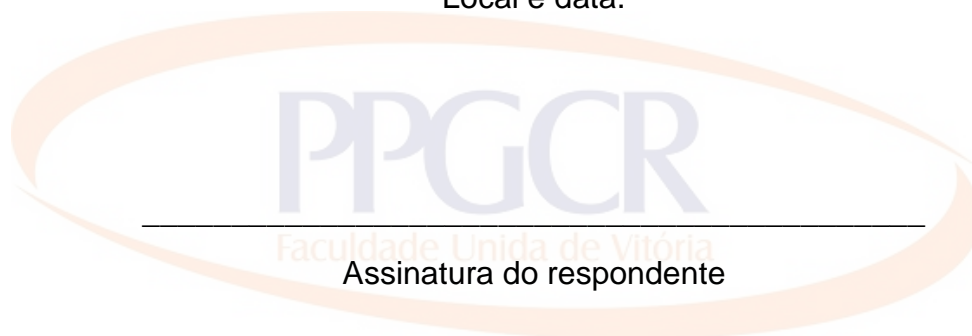
Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Dúvidas a respeito da ética aplicada a esta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unida, de 30 de outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento\\_comite\\_de\\_tica\\_em\\_pesquisa.pdf](http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento_comite_de_tica_em_pesquisa.pdf)>.

Eu **(nome do nome do respondente e número de documento de identidade)** confirmo que a pesquisadora Geane Freitas Pires de Castro explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. Eu li e compreendi este Termo como voluntário desta pesquisa.

---

Local e data.



Assinatura do respondente

Eu, Geane Freitas Pires de Castro, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do respondente para a participação na pesquisa.

---

Assinatura do pesquisador



FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE IDADE

Caro Responsável/Representante Legal:

Convidamos o(a) senhor(a) a avaliar e dar consentimento para o menor (**Nome do menor**), a participar como voluntário da pesquisa intitulada *Câncer: tratamento e cura mediados pela religiosidade*, que se refere a um projeto de mestrado da mestranda GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO da Faculdade Unida de Vitória, a qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões.

O objetivo deste estudo é apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico.

Sua forma de participação consiste em responder a questões relativas estritamente a essa temática

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Também a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. São esperados como benefícios imediatos da sua participação apenas as informações que muito contribuirão com o acervo de dados de pesquisa que há sobre o tema em que se associa câncer (diagnóstico, tratamento) à religiosidade.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo alguma ao seu cuidado.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Dúvidas a respeito da ética aplicada a esta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unida, de 30 de outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento\\_comite\\_de\\_tica\\_em\\_pesquisa.pdf](http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento_comite_de_tica_em_pesquisa.pdf)>.

Eu (**nome do nome do responsável/representante legal e número de documento de identidade**) confirmo que a pesquisadora Geane Freitas Pires de Castro explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para participação do meu filho(a) (**nome do menor**) também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo como voluntário desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Local e data.  
PPGCR  
Faculdade Unida de Vitória  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante ou responsável legal

Eu, Geane Freitas Pires de Castro, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do respondente para a participação na pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador



FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Convidado:

Convidamos o (a) senhor (a) a avaliar e dar consentimento para participar como voluntário da pesquisa intitulada *Câncer: tratamento e cura mediados pela religiosidade*, que se refere a um projeto de mestrado da mestrandia GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO da Faculdade Unida de Vitória, a qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões.

O objetivo deste estudo é apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico.

Sua forma de participação consiste em responder a questões relativas estritamente a essa temática.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Também a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. São esperados como benefícios imediatos da sua participação apenas as informações que muito contribuirão com o acervo de dados de pesquisas que há sobre o tema em que se associa câncer (diagnóstico, tratamento) à religiosidade.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo alguma ao seu cuidado.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Dúvidas a respeito da ética aplicada a esta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unida, de 30 de outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento\\_comite\\_de\\_tica\\_em\\_pesquisa.pdf](http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento_comite_de_tica_em_pesquisa.pdf)>.

Eu ( José Jacinto dos Santos ) e nº de documento de identidade 02.159.594-7 ) confirmo que a pesquisadora Geane Freitas Pires de Castro explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. Eu li e compreendi este Termo como voluntário desta pesquisa.



FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Itaperuna, 11/10/2017  
Local e data.

Geane Freitas Pires de Castro  
Assinatura do respondente

Eu, Geane Freitas Pires de Castro, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do respondente para a participação na pesquisa.

Geane  
Assinatura do pesquisador





FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Convidado:

Convidamos o (a) senhor (a) a avaliar e dar consentimento para participar como voluntário da pesquisa intitulada *Câncer: tratamento e cura mediados pela religiosidade*, que se refere a um projeto de mestrado da mestranda GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO da Faculdade Unida de Vitória, a qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões.

O objetivo deste estudo é apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico.

Sua forma de participação consiste em responder a questões relativas estritamente a essa temática.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Também a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. São esperados como benefícios imediatos da sua participação apenas as informações que muito contribuirão com o acervo de dados de pesquisas que há sobre o tema em que se associa câncer (diagnóstico, tratamento) à religiosidade.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo alguma ao seu cuidado.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Dúvidas a respeito da ética aplicada a esta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unida, de 30 de outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento\\_comite\\_de\\_tica\\_em\\_pesquisa.pdf](http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento_comite_de_tica_em_pesquisa.pdf)>.

Eu (Genaldina Geal de Souza Faria) e nº de documento de identidade 1062371-ES confirmo que a pesquisadora Geane Freitas Pires de Castro explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. Eu li e compreendi este Termo como voluntário desta pesquisa.



FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Itaperuna 11/10/2017

Local e data.

Geraldina José de Souza Faria  
Assinatura do respondente

Eu, Geane Freitas Pires de Castro, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do respondente para a participação na pesquisa.

Geane

Assinatura do pesquisador



FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE IDADE

Caro Responsável/Representante Legal:

Convidamos o (a) senhor(a) a avaliar e dar consentimento para o menor (Alexandra Cordeiro Moreira), a participar como voluntário da pesquisa intitulada *Câncer: tratamento e cura mediados pela religiosidade*, que se refere a um projeto de mestrado da mestrandia GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO da Faculdade Unida de Vitória, a qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões.

O objetivo deste estudo é apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico.

Sua forma de participação consiste em responder a questões relativas estritamente a essa temática

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Também a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. São esperados como benefícios imediatos da sua participação apenas as informações que muito contribuirão com o acervo de dados de pesquisa que há sobre o tema em que se associa câncer (diagnóstico, tratamento) à religiosidade.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo alguma ao seu cuidado.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Dúvidas a respeito da ética aplicada a esta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unida, de 30 de outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento\\_comite\\_de\\_tica\\_em\\_pesquisa.pdf](http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento_comite_de_tica_em_pesquisa.pdf)>.

Eu (Alexandra Cordeiro Moreira) nome do responsável/representante legal e nº de documento de identidade



FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

07921062709) confirmo que a pesquisadora Geane Freitas Pires de Castro explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para participação do meu filho(a) (Alexandra) também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo como voluntário desta pesquisa.

Itaperuna, 10/10/17

Local e data.

Alexandra Cordisio Maciel

Assinatura do Responsável legal

Eu, Geane Freitas Pires de Castro, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do representante legal para a participação na pesquisa.

Geane

Assinatura do pesquisador





FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Convidado:

Convidamos o (a) senhor (a) a avaliar e dar consentimento para participar como voluntário da pesquisa intitulada *Câncer: tratamento e cura mediados pela religiosidade*, que se refere a um projeto de mestrado da mestranda GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO da Faculdade Unida de Vitória, a qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões.

O objetivo deste estudo é apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico.

Sua forma de participação consiste em responder a questões relativas estritamente a essa temática.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Também a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. São esperados como benefícios imediatos da sua participação apenas as informações que muito contribuirão com o acervo de dados de pesquisas que há sobre o tema em que se associa câncer (diagnóstico, tratamento) à religiosidade.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo alguma ao seu cuidado.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Dúvidas a respeito da ética aplicada a esta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unida, de 30 de outubro de 2008. Disponível em: <[http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento\\_comite\\_de\\_tica\\_em\\_pesquisa.pdf](http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento_comite_de_tica_em_pesquisa.pdf)>.

Eu (Amélia Santana Carnealho) e nº de documento de identidade 908012644 confirmo que a pesquisadora Geane Freitas Pires de Castro explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. Eu li e compreendi este Termo como voluntário desta pesquisa.



FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Itaperuna, 09/10/2017

Local e data.

Emilia Santana Carvalho

Assinatura do respondente

Eu, Geane Freitas Pires de Castro, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do respondente para a participação na pesquisa.

Geane

Assinatura do pesquisador





FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Presidente:

Pedimos autorização da senhora para que ocorra a pesquisa na casa de apoio COMVIDA afim avaliar para produção de trabalho acadêmico a pesquisa intitulada *Câncer: tratamento e cura mediados pela religiosidade*, que se refere a um projeto de mestrado da mestrande GEANE FREITAS PIRES DE CASTRO da Faculdade Unida de Vitória, a qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões.

O objetivo deste estudo é apontar possíveis transformações em pacientes oncológicos providos de religiosidade ou fé envolvendo o processo de tratamento a partir de seu diagnóstico.

A participação dos voluntários consiste em responder a questões relativas estritamente a essa temática.


O nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Também a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. São esperados como benefícios imediatos da sua participação apenas as informações que muito contribuirão com o acervo de dados de pesquisas que há sobre o tema em que se associa câncer (diagnóstico, tratamento) à religiosidade.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo alguma ao seu cuidado.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Dúvidas a respeito da ética aplicada a esta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unida, de 30 de outubro de 2008. Disponível em:

  
COMVIDA  
Rua Coronel Luiz Ferraz, 608  
Centro - Itaperuna - RJ



FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

<[http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento\\_comite\\_de\\_tica\\_em\\_pesquisa.pdf](http://www.faculdadeunida.com.br/site/images/stories/files/regulamentos/regimento_comite_de_tica_em_pesquisa.pdf)>.

---

Assinatura do Presidente – ComVida

COMVIDA  
Rua Coronel Luiz Ferraz, 606  
Centro - Itaberuna - RJ