

Além da Medicina: estratégias de fé no enfrentamento do câncer**Beyond Medicine: faith strategies in coping with cancer**

DOI:10.34115/basrv4n1-011

Recebimento dos originais: 30/11/2019

Aceitação para publicação: 29/01/2020

Damaris Nunes de Lima Rocha Morais

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar

Instituição: Universidade Federal de Goiás - UFG

Endereço: R. 235, Nº 561 - Setor Leste Universitário, Goiânia – GO. Brasil

E-mail: damarismoraispsi@gmail.com

Arlene de Castro Barros

Mestra em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Endereço: Rua 504, nº 225. Setor Centro-Oeste, Goiânia-GO. Brasil

E-mail: arlenecasbar@gmail.com

RESUMO

Diversos estudos apontam para a relevância do enfrentamento religioso/espiritual em contextos de saúde, tornando-se importante aos profissionais o reconhecimento dessas estratégias para que trabalhem integralmente o ser. O objetivo deste trabalho foi investigar a religiosidade/espiritualidade de 42 pacientes em tratamento em hospital oncológico de Goiânia, identificar suas estratégias de enfrentamento e fé. Aplicou-se a Medida Multidimensional Breve de religiosidade/espiritualidade, chegando-se à conclusão que os pacientes da amostra têm alto índice de religiosidade/espiritualidade e que a fé tem grande impacto sobre suas crenças, gerando expectativa positiva com relação ao tratamento. Todos participantes consideraram a fé importante no enfrentamento da doença e as estratégias de enfrentamento religioso/espiritual mais utilizadas foram: conforto na religião, cuidado de Deus, oração, apoio da comunidade.

Palavras-chave: fé, estratégias, enfrentamento, câncer, religiosidade/espiritualidade.**ABSTRACT**

Several studies point to the relevance of religious / spiritual coping in health contexts, making it important for professionals to recognize these strategies so that they fully work with being. The objective of this study was to investigate the religiosity / spirituality of 42 patients undergoing treatment at a cancer hospital in Goiânia, to identify their coping and faith strategies. The Brief Multidimensional Measure of religiosity / spirituality was applied, reaching the conclusion that the patients in the sample have a high index of religiosity / spirituality and that faith has a great impact on their beliefs, generating positive expectations regarding treatment. All participants considered faith to be important in coping with the disease and the most used religious / spiritual coping strategies were: comfort in religion, care for God, prayer, community support.

Keywords: faith, strategies, coping, cancer, religiosity / spirituality.

1 INTRODUÇÃO

A especialidade da medicina que estuda as neoplasias é a oncologia, vocábulo originado do grego *onkos*, que significa volume, e *logia*, estudo. A oncologia estuda o desenvolvimento dos tumores, determina o tipo de tratamento mais efetivo para cada paciente e tem como responsável por essa prescrição o médico oncologista (Fernandes Júnior, 2000).

Essa especialidade tem como aliada a cirurgia, patologia, radiologia etc., assim como vários profissionais da saúde como pediatras, psiquiatras, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros (Mandal, 2013).

Fernandes Júnior (2000) comenta que o câncer é uma das patologias que mais causa pavor na humanidade, desde Hipócrates até os dias atuais, não só por parte da sociedade em geral, mas também dos profissionais de saúde que, por vezes, se sentem impotentes e confusos diante de tal diagnóstico.

O mesmo autor refere que o termo neoplasia, *neo*, que significa novo e *plasia*, tecido, é usado para nomear proliferação tecidual, mas para expressar o comportamento biológico das lesões deve vir acompanhado do termo maligna ou benigna. As neoplasias malignas têm por característica a proliferação anormal, desordenada e descontrolada de um determinado tecido de dado organismo hospedeiro. Essa proliferação celular autônoma se deve a alterações genéticas encontradas em tais células. Além da proliferação, essas células também têm o poder de invadir tecidos vizinhos ou mesmo de migrar pelo organismo hospedeiro, num fenômeno conhecido por metástase. Para o tratamento dessas neoplasias, as principais modalidades são: cirurgia, radioterapia, tratamento clínico e clínico de suporte, como descritos a seguir:

Cirurgia: tem o objetivo de extrair tumores sólidos e regiões subjacentes a eles para evitar sua propagação regional, cujo exemplo seria a mastectomia radical com esvaziamento axilar homolateral. Também pode ser usada com objetivo paliativo, como por exemplo, nos desvios de trânsito intestinal por motivo de obstrução.

A radioterapia, através do uso de feixes dirigidos de irradiação ionizante em doses letais à célula neoplásica, pode ser um método complementar à cirurgia oncológica, ou método único em pacientes inoperáveis, com tumores irresssecáveis, ou método paliativo no tratamento da dor oncológica.

O tratamento clínico consiste no uso de drogas para exterminar ou impedir o crescimento dos tumores, como a quimioterapia citotóxica que pode ser usada local ou sistemicamente, em tumores sólidos ou hematológicos; a hormonioterapia que é a

manipulação do sistema endócrino para cura de tumores hormoniossensíveis, tanto por mecanismo cirúrgico, quanto radioterápico ou de drogas bloqueadoras hormonais; e, imunoterapia, atualmente conhecida como modificadores da resposta imunológica, que consiste no uso de drogas que agem estimulando o sistema imune, principalmente no mecanismo de imunidade celular, podendo beneficiar pacientes renais, melanomas e algumas doenças hematológicas.

O tratamento clínico de suporte é empregado quando o paciente está fora de possibilidade de cura, diante dos conhecimentos médico-científicos atuais, não devendo poupar esforços para diminuir o sofrimento do paciente e de seus familiares.

Fernandes Júnior (2000) ressalta, ainda, que o cuidado com o paciente oncológico, em geral, é uma associação de duas ou mais modalidades de tratamento, que deve ser proposta e executada por instituições com médicos oncologistas e equipes multidisciplinares, capazes de lidar com as variadas situações dessa patologia.

Como parte da equipe multidisciplinar está o psicólogo que atua em todas as etapas do tratamento oncológico (Venâncio, 2004) e tem seu trabalho reconhecido e validado através da Portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada em 14 de outubro de 1998, no Diário Oficial da União, que determina a sua presença como sendo obrigatória nos serviços de suporte, também como um dos critérios de cadastramento junto ao SUS, de centros de atendimento Oncológico (Carvalho, 2002).

Ainda, Carvalho (2002) relata que as ideias de que corpo e mente são partes de um organismo e que a saúde é resultado do equilíbrio entre o indivíduo e meio ambiente, já existiam com Hipócrates e Galeno no período da Idade Média. A época, houve separação entre corpo e alma por causa da influência da religião, e a noção predominante na época era a de que as doenças seriam punições divinas. No período do Renascimento, a separação entre corpo e mente proposta por Descartes permitiu um grande avanço científico nos estudos das doenças do corpo, mas também uma visão de homem composto de partes separadas. Com essa visão cartesiana, nasce o modelo biomédico.

A ideia de integração entre mente e corpo, de acordo com a mesma autora, foi retomada no final do século XIX, quando Freud demonstrou que acontecimentos psíquicos podiam ter consequências orgânicas. Com isso, abriu-se um caminho para pesquisas sobre interrelações dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, dando origem ao modelo biopsicossocial na medicina.

No processo do adoecimento da pessoa com câncer, a interrelação desses aspectos ocorre em todo tratamento, desde o momento da investigação diagnóstica. Há uma vivência de

intensa angústia, sofrimento, ansiedade, perdas e sintomas adversos, acarretando prejuízos nas habilidades funcionais, laborais e incerteza quanto ao futuro. Muitas fantasias e preocupações em relação à morte, mutilações e dor encontram-se presentes. A atuação do psicólogo é essencial ao longo de todo esse processo de tratamento, não se restringindo ao paciente, apenas, mas também à família, que contribui com melhor enfrentamento da doença e bem-estar emocional do paciente (Venâncio, 2004).

Carvalho (2002) corrobora esse entendimento ao revelar que os trabalhos realizados pelos psicólogos têm facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente terminal, de uma melhor qualidade de morte. Silva (2008) afirma que a atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico, pois o diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que o tratamento pode provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem.

Para respaldar a necessidade do trabalho do profissional psicólogo junto a pessoas portadoras de câncer, sua família e equipe cuidadora, surge a psico-oncologia, descrita por Costa Júnior (2001) como:

Um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer. Entre os principais objetivos da psico-oncologia está a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos. Observa-se que a psico-oncologia vem se constituindo, nos últimos anos, em ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva (p.37).

O mesmo autor acrescenta que, no contexto da psico-oncologia, o psicólogo deve buscar e trabalhar com o paciente em qualquer lugar onde o mesmo se encontre: em sala de espera, enfermaria, sala de procedimentos invasivos, em casa ou em qualquer outro local, e incluir a participação de diferentes profissionais. A psico-oncologia, independente da abordagem teórico-filosófica do psicólogo, deve ultrapassar os limites do consultório e viabilizar atividades

interdisciplinares no campo da saúde, desde a pesquisa científica básica até os programas de intervenção clínica.

Conforme Venâncio (2004), os objetivos do trabalho do psico-oncologista serão alcançados na medida em que esse profissional for compreendendo o que está envolvido na queixa do paciente, buscando sempre uma visão ampla do que está se passando naquele momento não escolhido da vida dele.

Para Carvalho (1996, citada por Venâncio, 2004) uma consequência de um bom trabalho psicoterápico é a participação mais ativa e positiva do paciente, resultando numa melhor adesão e menor probabilidade do surgimento de intercorrências clínicas e psicológicas, evitando o abandono do tratamento.

Considera-se, segundo Scannavino et al. (2013), que o paciente ao compreender que a origem de seus sintomas pode ser trabalhada clínica, social e psicologicamente, apresenta melhorias significativas na redução do estresse, no equilíbrio do humor e da ansiedade e conseqüentemente na qualidade de vida, permitindo-lhe lidar com as mudanças e estratégias de maneira mais tranquila e adequada às condições em que se encontra.

O mesmo autor refere que há reconhecimento da complexidade e variabilidade dos problemas decorrentes do tratamento oncológico, sendo relevante considerar não somente os aspectos clínicos, mas também os sociais, psicológicos, espirituais e econômicos associados ao câncer. Equipes multiprofissionais estabelecem uma relação entre si e com os pacientes, onde há o favorecimento de intervenções técnicas e humanizadas no cuidado do mesmo, visando à sua reabilitação integral.

O psico-oncologista proporciona ao paciente o confronto com o diagnóstico e com as dificuldades decorrentes dos tratamentos, ajudando-o a desenvolver estratégias adaptativas para enfrentar as situações estressantes do tratamento (Venâncio, 2004). Ao conjunto dessas estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes, dá-se o nome de *coping* (palavra inglesa sem tradução literal em português. Pode significar “lidar com”, “adaptar-se”, “enfrentar” ou “manejar”, de acordo com Panzini e Bandeira, 2007), (Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998).

Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986) entendem *coping* como esforços cognitivos (processo) e comportamentais do indivíduo com o objetivo (função) de administrar (reduzir, minimizar, dominar ou tolerar) as demandas internas e externas da situação de estresse. Os autores distinguem suas categorias funcionais da seguinte forma:

O *coping* tem duas funções principais: lidar com o problema (*coping* focado no problema) e regular a emoção (*coping* focado na emoção). Investigações têm mostrado que as pessoas usam ambas as formas de *coping* em todo tipo de situação estressante. Muitas formas de *coping* focado no problema e na emoção têm sido identificadas em pesquisas anteriores. O *coping* focado no problema, por exemplo, inclui tanto esforços interpessoais agressivos (para alterar a situação), como esforços ponderados e racionais para solução de problemas. O *coping* focado na emoção inclui distanciamento, autocontrole, busca por apoio social, fuga-esquiva, aceitação da responsabilidade e reavaliação positiva (p.572).

Conforme Costa e Leite (2009), essas duas estratégias de enfrentamento por várias vezes acontecem simultaneamente, podendo ser mutuamente facilitadoras. O uso de estratégias cognitivas e/ou comportamentais, advindas da religiosidade da pessoa para lidar com situações de estresse, é denominado enfrentamento ou *coping* religioso (Faria & Seidl, 2005).

Reeber (2002) define religião, do latim *religare* – religar, como “o conjunto de fenômenos ligados ao sentimento religioso, seja um sistema de crenças em poderes sobrenaturais, em divindades, ou em um Deus pessoal, seja uma das tradições instituídas em torno dessas crenças” (p.216), e fé, do latim *fides* – confiança, como uma “resposta suscitada pela graça. Ela exige o livre assentimento do homem e é necessária à salvação. As crenças que fazem parte de uma religião, requerem a fé, ou seja, a submissão profunda da inteligência, do espírito e do coração às realidades sobrenaturais” (p. 118).

O principal livro religioso no Brasil é a Bíblia, a qual define fé como: “a certeza daquilo que esperamos e a prova das coisas que não vemos” (Nova Versão Internacional -NVI, Hb. 11:1).

Outra definição, segundo Ferreira (1986) apresenta fé como sendo “a primeira virtude teologal: adesão e anuência pessoal a Deus, seus desígnios e manifestações” (p. 764).

Agostinho (n.d.) declara em um dos seus sermões que fé “é acreditar naquilo que você não vê; a recompensa por essa fé é ver aquilo em que você acredita”.

Bento XVI em 2012, define fé como “um confiante confiar em um “Tu”, que é Deus, o qual me dá uma certeza diversa, mas não menos sólida daquela que me vem do cálculo exato ou da ciência”.

Faria e Seidl (2005) comentam que as definições de religiosidade são complexas e que inclusive alguns autores a diferenciam de espiritualidade. Lukoff (1992, citado pelas mesmas autoras, 2005) define religiosidade como adesão a crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada e, espiritualidade como a crença de um indivíduo em um ser ou força superior.

Para Panzini e Bandeira (2007) o *coping* religioso/espiritual - CRE é um conceito importante e atual. É uma variável importante na investigação das relações

religião/espiritualidade e saúde, pois possibilita o estudo de estratégias positivas e negativas nessa relação, as quais podem orientar os profissionais a fazerem intervenções mais adequadas em contexto de tratamento de saúde.

Guerrero, Zago, Sawada e Pinto (2011) afirmam que para minimizar o sofrimento, obter maior esperança de cura, buscar a sobrevivência e atribuir significado ao seu processo de saúde-doença, o paciente se apega à fé como estratégia de enfrentamento.

Fornazari e Ferreira (2010) mencionam que o paciente com câncer deve ser compreendido integralmente, inclusive em seus aspectos religiosos/espirituais, e, respeitado em suas crenças e valores, os quais são parte de sua singularidade. Destacam que o enfrentamento religioso pode contribuir para a adesão do paciente ao tratamento, com a redução do estresse e ansiedade, na ressignificação da enfermidade e na relação equipe profissional-paciente.

Segundo Vassão (2009), a religião provê estímulo para esperança e autocuidado, perdão de pecados e alívio da culpa, esperança mesmo em meio às aflições e facilidade de falar diretamente com o Criador.

Para Pargament (1997, citado por Faria e Seidl, 2005) o uso do enfrentamento religioso só faz sentido se as crenças fizerem parte dos valores do paciente, pois não se trata de usar a religiosidade como instrumento, mas valorizar esse recurso quando o indivíduo já a exercita. Paiva (1998, citado por Faria e Seidl, 2005) acrescenta que este tipo de enfrentamento não deve ser direcionado apenas à cura da doença, mas a um amplo bem-estar da pessoa, inclusive em outros aspectos da vida.

A partir da observação no dia-a-dia do hospital, percebe-se que a religiosidade/espiritualidade ocupa lugar de destaque na vida dos pacientes oncológicos, tornando-se importante aos profissionais de saúde o reconhecimento dessa dimensão espiritual para que se tornem capazes de trabalhar integralmente o ser.

Desta forma, este trabalho teve como objetivo primário investigar a religiosidade/espiritualidade de pacientes em tratamento de câncer em um hospital oncológico de Goiânia e, como objetivos secundários, identificar quais estratégias de enfrentamento religioso/espiritual são mais utilizadas por eles e conhecer qual o lugar da fé no enfrentamento do tratamento do câncer.

2 MÉTODO

Participantes

A amostra desta pesquisa foi composta por 42 pacientes, sendo 29 mulheres e 13 homens, com idade variando entre 24 e 80 anos, em tratamento de câncer, internados ou em atendimento ambulatorial em hospital oncológico de Goiânia-GO.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade variando entre 18 e 80 anos, em tratamento nos Serviços de Neurologia, Melanoma e Pele, Oncologia Torácica, Ginecologia e Mama; conscientes, orientados, contatantes, respondentes, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Crítérios de exclusão foram: pacientes que não fossem dos serviços mencionados acima e/ou não se enquadrassem nos demais critérios de inclusão.

Instrumentos

Foram utilizados nesta pesquisa: caneta, lápis, folhas de papel A4, borracha, aproximadamente 50 cópias da Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS-P) (Cursio, 2013), aproximadamente 50 cópias do questionário sóciodemográfico com entrevista semi-estruturada, aproximadamente 50 cópias do TCLE, cartuchos de tinta preta, prancheta, pendrive, iPad, computador, impressora.

Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário sóciodemográfico com entrevista semi-estruturada para caracterização da amostra; escala de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade -BMMRS-P (Cursio, 2013), desenvolvida em 1998 por Ellen L. Idler, Marc A. Musick, Christopher G. Ellison, Linda K. George, Neal Krause, Marcia G. Ory, Kenneth I. Pargament, Lynda H. Powell, Lynn G. Underwood e David R. Williams, traduzida e adaptada à realidade brasileira em 1999 por Amanda Vaz Tostes Campos Miarelli e José Vitor da Silva. A versão em Português, BMMRS- P, foi validada em 2013 por Cristiane S. S. Cursio, como dissertação de mestrado em Saúde Brasileira na Universidade Federal de Juiz de Fora – MG. A escala contém 38 questões, abrangendo as seguintes dimensões: 1) Experiências espirituais diárias; 2) Valores/crenças; 3) Perdão; 4) Práticas religiosas particulares; 5) Superação religiosa; 6) Apoio religioso; 7) Histórico religioso espiritual; 8) Comprometimento; 9) Religiosidade organizacional; 10) Preferência religiosa; 11) Classificação geral individual. A pontuação de cada dimensão é específica e, quanto menor, melhor é a posição em relação à dimensão e maiores são os índices de R/E.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0.

3 PROCEDIMENTO

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Associação de Combate ao Câncer em Goiás - ACCG, sob o protocolo 013/2015, conforme as normas da Resolução 266/2012 para realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

De acordo com o cronograma apresentado no projeto ao CEP, durante os meses de setembro e outubro de 2015, a pesquisadora abordou os possíveis participantes internados, assim como aqueles que aguardavam por consultas nas salas de espera dos ambulatórios ou que estivessem sob acompanhamento psicológico e os convidou a participar da pesquisa. Os que aceitaram participar foram devidamente esclarecidos sobre o estudo e assinaram o TCLE. Alguns participantes não puderam terminar de responder à pesquisa porque foram chamados para consulta ou sentiram-se cansados. Assim, não concluindo a pesquisa, seus dados foram descartados.

Após o *rapport* (palavra de origem francesa que significa “relação”, gerar empatia, relação de confiança e harmonia), a pesquisadora aplicava o questionário sócio demográfico com entrevista semi-estruturada e, em seguida, a escala BMMRS-P. O tempo médio para a aplicação da pesquisa foi de aproximadamente 40 minutos. Quando havia necessidade de intervenção durante a pesquisa, o(a) participante se emocionava ou contava algo da sua história de vida, por exemplo, o tempo se alongava consideravelmente.

Após a coleta, os dados foram inseridos no programa SPSS para análise estatística descritiva.

Para se encontrar o Índice Global de Religiosidade/Espiritualidade – IGR/E da amostra, foi feito o seguinte procedimento: a dimensão A- Experiências Espirituais Diárias é composta por seis itens, onde cada um possui seis alternativas codificadas de 1 a 6. Assim, seguindo a orientação implícita no trabalho de validação do instrumento (Cursio, 2013) e fazendo a soma dos códigos das respostas, chega-se à medida integral dessa dimensão, ou seja, em um valor na faixa possível de 6 a 36. Cabe lembrar que, pela atribuição dos códigos, o valor do código está em oposição ao valor da religiosidade. Assim, nessa dimensão, a religiosidade máxima está associada ao valor 6, que exigiria todas as respostas codificadas como 1. Para facilitar a compreensão do leitor, tal valor sofreu escalamento linear (transformação que respeita a distância entre os diversos valores) e foi invertido de modo a assumir a faixa de zero a 100 e,

consequentemente, ser percebido como um percentual em relação à máxima religiosidade. No caso, o valor 6, após inversão e escalonado linearmente de zero a 100, assumiria o valor 100, o valor máximo de religiosidade. Da mesma forma foi feito com as dimensões B- Valores e Crenças, C- Perdão, D- Práticas Religiosas Particulares, E- Superação Religiosa e Espiritual, F- Suporte Religioso, G- História Religiosa/Espiritual, I- Religiosidade Organizacional e K- Auto Avaliação Global, respeitando o número de alternativas as quais variaram de 1 a 6, 1 a 4, 1 a 8, 1 a 5 e 1 a 2. A dimensão H- Comprometimento foi analisada em separado porque seus itens eram diferentes entre si e a J- Preferência Religiosa foi colocada nos dados sócio- demográficos. Os resultados poderiam variar entre índice muito baixo de religiosidade/espiritualidade (0-20), baixo (20,0001-40), intermediário (40,0001-60), alto (60,0001-80) e muito alto (80,0001-100).

Observações sobre a escala: em algumas respostas (17-22) a tradução da última opção fica a desejar. A expressão inglesa *Not at all*, na escala original, foi traduzida por “nada”, embora a tradução mais adequada seja: “de jeito nenhum” ou “nunca”. Na questão 26 a palavra *demands* foi traduzida por “procuram”, quando deveria ter sido traduzida por “exigem demais”.

4 RESULTADOS

Tabela 1. Descrição sóciodemográfica dos participantes: (n=42)

Variável		N	%
Gênero	Masculino	13	31,0
	Feminino	29	69,0
Idade	24-39	11	26,2
	41-50	10	23,8
	52-69	14	33,3
	71-80	7	16,7
Estado Civil	Casado	20	47,6
	Solteiro	6	14,3
	Morando junto	8	19,0
	Viúvo	4	9,5
	Separado/Divorciado	4	9,6
Escolaridade	Sem escolaridade	14	33,3
	Fundamental	23	54,8
	Médio completo	2	4,8
	Superior completo	3	7,1
Trabalho	Aposentado	15	35,7
	Do lar	9	21,4
	Empregado	8	19,1

	Desempregado	3	7,1
	Auxílio doença/Licença	7	16,7
Religião	Evangélica	22	52,4
	Católica	16	38,1
	Espírita	3	7,1
	Cristã	1	2,4
Diagnóstico	CA de pele	15	35,7
	CA de mama	14	33,3
	CA de útero	5	11,9
	Melanoma	2	4,8
	CA de medula	1	2,4
	Sem diagnóstico fechado	5	11,9
Tempo de tratamento: Entre 1 e 444 meses (37 anos) DP: 109,193		Tempo médio de tratamento: 60, 33 meses (5 anos e 3 meses)	

Na Tabela 1 todos os entrevistados declararam seguir uma religião, entretanto, diferentemente dos dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), esta amostra se mostrou mais “evangélica” do que a população em geral no Brasil. Isso pode se dever ao reduzido tamanho da amostra ou ao crescimento das denominações evangélicas no país. Nessa amostra foram encontrados 52,4% de protestantes, 38,1% de católicos, 7,1% de espíritas e 2,4 (um participante) cristão, que poderia ser enquadrado em qualquer delas, pois todas são religiões consideradas cristãs no Brasil.

As Tabelas 2 e 3 referem-se ao Índice Global de Religiosidade/Espiritualidade – IGR/E. De acordo com as respostas codificadas no escalamento linear, chegou-se ao IGR/E desta amostra de 42 pacientes com câncer: n:42, M: 72,29, DP: 11,39. Acima de 60,0001, considera-se um alto índice de religiosidade, e, acima de 80,0001, índice muito alto. Dos entrevistados, 80,9% obtiveram índice alto ou muito alto de religiosidade.

Tabela 2. Índice Global de Religiosidade/Espiritualidade: IGR/E

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
42	43,45	88,38	72,29	11,39

Tabela 3. Frequência do IGR/E: Classificação

Descrição	Varição	N	%
Muito Baixa	0-20	-	-
Baixa	20,0001- 40	-	-
Intermediária	40,0001- 60	8	19,0
Alta	60,0001- 80	19	45,2
Muito alta	80,0001- 100	15	35,7

A Tabela 4 apresenta a dimensão Auto-avaliação Global, em que é perguntado ao paciente até que ponto se considera uma pessoa religiosa (item 37) e espiritualizada (item 38). Dos pacientes, 76,2% se consideram muito ou moderadamente religiosos e 76,2% também se consideram muito ou moderadamente espiritualizados.

Tabela 4. Auto-avaliação Global.

Variável		N	%	% Acumulada
Quão Religiosa	Muito	12	28,6	28,6
	Moderadamente	20	47,6	76,2
	Pouco	10	23,8	100,0
	Nem um pouco	-	-	
Quão Espiritualizada	Muito	18	42,9	42,9
	Moderadamente	14	33,3	76,2
	Pouco	9	21,4	97,6
	Nem um pouco	1	2,4	100

A Tabela 5 apresenta as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos pacientes entrevistados. Todos (100%) consideram a fé importante no enfrentamento da doença, como seguem alguns exemplos: *“Se não for a fé a gente não consegue ficar de pé”, “Porque é o que dá força para lutar, temos algo sobrenatural que age em nossas vidas”. “A fé ajuda enfrentar a barreira que a doença nos traz, ajuda não ficar triste e depressiva”. “Fé ‘pras’ circunstâncias, só Deus pode ir além do homem, o que o homem não pode fazer, Deus pode curar”.*

Das principais estratégias de enfrentamento dos entrevistados, 76, 2% encontram força e conforto na religião; 90,5% creem em um Deus que cuida deles; 90,5 fazem orações uma ou

mais vezes ao dia; 97,6% veem Deus como força, suporte e guia; 61,9% acreditam que muitas pessoas da sua comunidade religiosa os ajudariam quando enfermos; 61,9% sentir-se-iam muito confortados por essas pessoas e 90,5 dos participantes já tiveram alguma recompensa pela sua fé.

Tabela 5. Estratégias de Enfrentamento.

Questão	Frequência	%
Você considera a fé importante no enfrentamento da doença?		
Sim	42	100,0
A2- Encontro força e conforto na minha religião.		
Muitas vezes ao dia	15	35,7
Todos os dias	17	40,5
A maior parte dos dias	6	14,3
De vez em quando	3	7,1
Nunca ou quase nunca	1	2,4
B7- Creio em um Deus que cuida de mim.		
Concordo totalmente	38	90,5
Concordo	4	9,5
Discordo	-	-
Discordo totalmente	-	-
D12- Frequência de oração		
Mais de uma vez ao dia	25	59,5
Uma vez ao dia	13	31,0
Algumas vezes por semana	2	4,8
Algumas vezes no mês	1	2,4
Nunca	1	2,4
E19- Vejo Deus como força, suporte e guia.		
Muito	38	90,5
Bastante	3	7,1
Um pouco	1	2,4
Nada	-	-
F24-Se você estivesse doente, quantas pessoas da sua comunidade religiosa lhe ajudariam?		
Muitas	26	61,9
Algumas	4	9,5
Poucas	10	23,8
Nenhuma	2	4,8
F25-Quanto conforto as pessoas da sua comunidade religiosa lhe dariam se você estivesse em uma situação difícil?		
Muito	26	61,9
Algum	6	14,3
Pouco	8	19,0
Nenhum	2	4,8

G29- Você já teve alguma recompensa pela sua fé?		
Sim	38	90,5
Não	4	9,5

5 DISCUSSÃO

O alto IGR/E da amostra, comparados aos dados apresentados em Cursio (2013) conforme anexos, apresentados nas Tabelas 2 e 3, corrobora a dimensão K- Auto-avaliação Global da Tabela 4, onde é perguntado até que ponto o paciente se considera uma pessoa religiosa (item 37) e espiritualizada (item 38). Embora o resultado de ambas as perguntas seja o mesmo, 76,2%, os dados para esse somatório são diferentes, confirmando o que Faria e Seidl (2005) comentam, ou seja, que as definições de religiosidade são complexas e que inclusive alguns autores a diferenciam de espiritualidade, como Lukoff (1992, citado por Faria & Seidl, 2005), que define religiosidade como adesão a crenças e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada, e, espiritualidade, como a crença de um indivíduo em um ser ou força superior. Dessa forma entende-se que a religiosidade contém a espiritualidade, mas o inverso não é necessariamente verdadeiro.

Os estudos de Gobatto e Araújo (2010), Panzini e Bandeira (2007), Faria e Seidl (2005) e Mesquita et al. (2013), corroboram os dados encontrados em religiosidade/espiritualidade, isto é, que esta ocupa lugar de destaque na vida dos pacientes. Para Peres, Simão e Nasello (2007), o reconhecimento da espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde é imprescindível. Os profissionais da saúde precisam ser esclarecidos sobre os conceitos de religiosidade/espiritualidade, e sobre o emprego de tais estratégias, como recurso de saúde. A compreensão dos processos saudáveis e nocivos de práticas religiosas e espirituais contribuirá para melhorar a qualidade de atendimento às necessidades do paciente, diminuindo os preconceitos, e formando melhores profissionais (p. 143).

Todos os participantes responderam que consideram a fé importante no enfrentamento da doença. Destes, vinte e um associam a fé especificamente a Deus, pois dizem que Deus dá sabedoria ao homem e um menciona fé no tratamento. Todos os outros se refeririam à fé somente. Um dos participantes diz: *“A fé vale, mas a primeira coisa é ter confiança em Deus e nos médicos”*. Foi o único a mencionar a equipe de saúde.

A fé como estratégia de enfrentamento tem um grande impacto sobre as crenças do paciente, inclusive quanto ao sucesso do tratamento, minimizando seu sofrimento, dando-lhe esperança de cura (Guerrero, Zago, Sawada & Pinto, 2011), como na fala de alguns

participantes: “É com a fé que a gente vence todas as barreiras. Só Deus para nos ajudar a enfrentar tudo”; “A fé faz as coisas impossíveis serem possíveis”; “Tem que ter fé para tudo, para sair dessa”; “Porque sem Deus não vou chegar a lugar nenhum”; “Porque é fundamental a gente ter fé, no tratamento, e em tudo”.

Além de ajudar no enfrentamento da doença, trazer esperança e força, o enfrentamento religioso os ajuda a ressignificar o sofrimento da enfermidade e do tratamento (Fornazari & Ferreira, 2010), (Guerrero, Zago, Sawada & Pinto, 2011), como afirma um participante: “Se não temos (fé) encaramos a doença apenas como um mal a mais, mas pela fé entendemos que até os sofrimentos podem nos fazer melhores. A fé ajuda no enfrentamento da doença com esperança, com confiança de que tudo está nas mãos de Deus”.

Nenhum dos participantes desta amostra demonstrou fazer uso de *coping* religioso negativo, ou o *dark side* of religion – o lado sombrio da religião, segundo Pargament, Koenig & Perez (2000), em que as estratégias de enfrentamento ao invés de trazerem uma expectativa e postura positivas com relação à enfermidade, deixam o paciente mais temeroso ou triste ou mesmo refratário ao tratamento proposto.

A percepção ao finalizar a pesquisa é de que, ao começar ou estando em tratamento de câncer, todos, se não tinham a fé como estratégia de enfrentamento, passam a ter. Quase como se não tivessem coragem de descrever (comentário da pesquisadora). Alguns participantes se emocionavam durante a pesquisa, referindo sobre como tem levado sua vida religiosa e/ou espiritual. Alguns diziam: “*agora eu não posso largar de Deus*” ou “*Deus chama pela dor, quem não vem por amor*”, “*eu andava por um caminho errado, mas agora endireitei meu caminho...*” e começam a contar quantas coisas faziam de errado antes de adoecer: fumar, beber, trair etc.

Dos participantes, 90,5% responderam que já tiveram alguma recompensa pela sua fé (questão 29) e a maior parte deles se referia à cura da enfermidade ou a ter descoberto a doença a tempo. Uma resposta, em particular, se mostrou discrepante, pois a expectativa era ouvir que a recompensa tinha sido a cura do câncer anos antes (a participante estava internada por causa de uma seqüela da radioterapia). Entretanto, a resposta foi muito diferente: “*sim, tive duas grandes recompensas pela minha fé: 10 anos atrás meu filho saiu do tráfico de drogas e 15 anos atrás minha filha teve um surto (psicótico) por uma semana, mas ficou curada, nunca mais teve nada, é casada bem sucedida e tem 2 filhos. De joelho no chão, pedi a Deus por eles e Deus ouviu*”. Nem sempre o câncer é o maior dos problemas do paciente.

O objetivo deste trabalho de investigar e descrever a R/E de pacientes com câncer e o papel da fé no enfrentamento da doença foi alcançado.

A expectativa é que, ao demonstrar a importância das estratégias de fé na vida dos pacientes, os profissionais que com eles trabalham venham a reconhecer tais estratégias, respeitá-las e, quando forem positivas, incentivá-las. Como sugestão, a equipe de saúde deve conhecer e trabalhar em parceria com o Serviço de Capelania, para que o paciente venha a ser assistido em suas necessidades espirituais.

Esse recorte, aqui pequeno, no universo dos pacientes oncológicos, não é passível de generalização. Entretanto, quanto mais estudos forem desenvolvidos na área de *coping* religioso, mais conhecido se tornará o paciente na sua integralidade biopsicossócio espiritual.

REFERÊNCIAS

Agostinho, n.d. *Sermões* 4.1.1.

Antoniuzzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica [Versão eletrônica]. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3, 273-294.

Bento XVI. O Papa Bento XVI explica o que é fé. (2012, Outubro 24). *ACI/EWTN Notícias*. Retirado em 23 de novembro de 2015 do site <http://www.acidigital.com/noticias/o-papa-bento-xvi-explica-o-que-e-a-fe-18485/>

Bíblia Nova Versão Internacional. São Paulo: Editora Vida.

Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13, 151-166. Retirado em 1º de maio de 2015 do site http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008

Costa Júnior, A. L. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 21, 36-43. Retirado em 1º de maio de 2015 do site

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000200005&script=sci_arttext

Costa, P. & Leite, R. C. B. O. (2009). Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55, 355-364.

Cursio, C. S. S.(2013). *Validação da versão em Português da “Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality” ou “Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade” - BMMRS-P*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Juiz de Fora. Retirado em 13 de junho de 2015, do site:
<http://www.ufjf.br/nupes/files/2013/12/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Valida%C3%A7%C3%A3o-BMMRS-Cristiane-S-S-Cursio.pdf>

Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 381-389.

Fernandes Júnior, H. J. (2000). Introdução ao Estudo das Neoplasias. Em F. F. Bacarat, H. J. Fernandes Júnior. & M. J. Silva (Orgs.), *Cancerologia Atual: Um Enfoque Multidisciplinar* (pp. 3-10). São Paulo: Roca.

Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J.& DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 265-272.

- Gobatto, C. A. & Araújo, T. C. C. F. (2010). Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para atuação do psicólogo em oncologia. *Revista SBPH, 13*, 50-63.
- Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem, 64*, 53-59.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). *Censo demográfico*. Retirado em 31 de outubro de 2015 do site <http://www.ibge.gov.br>
- Mandal, A. (2013). What is Oncology. *News-Medical*. Retirado em 25 de abril de 2015 do site <http://www.news-medical.net/health/What-is-Oncology.aspx>
- Mesquita, A. C., Chaves, E. C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G. & Carvalho, E. C. (2013). A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21*, 539-545.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiatria Clínica, 34*, 126-135.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 519-543.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P. & Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 136-145.
- Reeber, M. (2002). *Religiões: termos, conceitos e ideias*. (L.C. Guerra, trad.) Rio de Janeiro: Ediouro.

Scannavino, C. S. S., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M.

P.& Morais Jr., J. C., et al. (2013). Psico-oncologia: Atuação do Psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP*, 24, 35-53. Retirado em 1º de maio de 2015 do site [itehttp://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642013000100003&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642013000100003&script=sci_arttext)

Silva, L. C. (2008). Câncer de Mama e Sofrimento Psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13, 231-237. Retirado em 1º de maio de 2015 do site <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2>

Vassão, E. (2009). *No Leito da Enfermidade*. São Paulo: Editora Cultura Cristã.

Venâncio, J. L. (2004). Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50, 55-63. Retirado em 1º de maio de 2015 do site http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf