O SIGNIFICADO DA INTERVENÇÃO MÉDICA E DA FÉ RELIGIOSA PARA O PACIENTE IDOSO COM CÂNCER E A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

JORGE JUAREZ VIEIRA TEIXEIRA

**Tese de Doutorado
apresentada ao Departamento
de Prática de Saúde Pública
da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do
grau de Doutor.**

**Área de concentração:
Serviços de Saúde Pública**

**ORIENTADOR: PROF.
TITULAR DR. FERNANDO
LEFÈVRE**

**SÃO PAULO
2003**

43194/2003 doc

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

“Nenhuma teoria ou ciência do mundo ajuda tanto uma pessoa quanto um outro ser humano que não tem medo de abrir o coração para seu semelhante” (Kübler-Ross 1998).

"O homem inteiro vive, e só assim poderá viver. Repartido, sectorizado, morrerá por certo, ou procederá como morto. Peças de seu sistema interdependente fazem parte de uma só engrenagem, esta que lhe aciona para a vida em proveito do amor e da criatividade" (Paim 1979).

"As a scientist, I've been impressed by the growing body of research evidence suggesting that deeply religious people are significantly happier about their than people who don't share as strong a faith" (Koenig 1999c).

"Devemos reconhecer que a maioria dos clientes e pacientes acredita em Deus e muitos têm estilo de vida espiritual. Esta dimensão deve ser explorada, compreendida e, possivelmente, utilizada. Os problemas éticos decorrentes devem ser analisados" (Lotufo Neto 1997).

"As pessoas normalmente procuram na medicina algo mais do que a cura física. Elas buscam também empatia e compreensão. Os pacientes apresentam aos médicos suas doenças e esperam por alívio. São as próprias vidas que os pacientes apresentam aos médicos, e é em si mesmos que a cura e o cuidados tem seu ponto de partida" (Pessini, 2001).

AGRADECIMENTOS

A Deus por permitir a minha caminhada, pois nele eu repousei e fui confortado.

A minha querida e amada esposa e filha que estiveram ao meu lado nesta caminhada, sendo presença decisiva em minha vida e em cada etapa da pesquisa. Que Deus as confortem para o sempre, pois conseguiram me suportar e ao mesmo tempo apoiar. Em todas as etapas deste estudo, há uma olhar crítico desta imunologista, embora da área experimental e clínica, este casamento não poderia sê-lo melhor.

Ao Prof. Titular Dr. Fernando Lefèvre pela orientação firme, pelo incentivo, amizade e carinho. As muitas conversas que tivemos sempre foram de confiança e esclarecedoras para o meu projeto de doutorado e para a minha vida profissional. O seu estilo de trabalho dá ao Pós-Graduando a suficiente liberdade para o crescimento e a maturidade acadêmica e profissional.

A FAPESP (Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo), pela bolsa de estudo concedida e por todo apoio logístico, competência e seriedade prestada pelo quadro de funcionários ao longo de quase cinco anos (mestrado e doutorado).

Ao Dr. Nelson Ibañez – Superintendente do IAMSPE e a Dra Gilka Barbosa Lima Nery - Diretora do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, pela acolhida e oportunidade no desenvolvimento deste trabalho.

A minha querida mãe e familiares, pelo estímulo, carinho e paciência no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Jaime, Márcia, Lucas, Natália e Valéria, obrigado pela amizade, carinho e afeto, verdadeiros pilares do amor de Jesus.

A Dra. Ana Maria Cavalcanti Lefèvre pela amizade sincera e carinho ao longo dos anos.

Aos Funcionários do Departamento de Prática de Saúde Pública, da seção de Pós-Graduação, CIR/Biblioteca, do Serviço de Aprimoramento, do Serviço de Alunos, do Comitê de Ética em Pesquisa, da Sala de Informática de Pós-Graduação muito obrigado pela compreensão, carinho e amizade que por muitos anos se estabeleceu.

Aos amigos de Pós-Graduação, a certeza de uma amizade duradoura.

A

Professora Titular Aracy Witt de Pinho Spínola – USP

Professora Doutora Eunice AB Galati – USP

Professora Titular Lygia Busch Iversson - USP

Professora Doutora Nicolina Silvana Romano-Lieber – USP

Professora Associada Sabina Léa Davidson Glotlieb - USP

Professora Doutora Lia Lusitana Cardozo de Castro – UNB

Professora Dra Vânia Lúcia Brandão Nunes - UNIDERP-MS

Professora Doutora Alice Moreira Derntl – USP

Professor Doutor Glavur Rogério Matté – USP

Professora Doutora Maria Helena Matté – USP

Professora Titular Evelin Naked de Castro Sá – USP

Professor Livre docente Paulo Antonio de Carvalho Fortes – USP

Professora Doutora Gun Birgitta Bergsten Mendes – UNICAMP

Pela amizade sincera e pelo carinho junto a minha caminhada.

Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” –IAMSPE

- Serviço de Atendimento Domiciliar

Ao Dr. Eduardo Mishima pela amizade sincera, carinho, oportunidade e pelas muitas discussões que me permitiram melhor rumo no desenvolvimento da pesquisa.

A Dra. Maria Goretti, pela amizade, carinho, apoio e presteza.

A Psicóloga Cristiane pela amizade, carinho e apoio.

Aos funcionários pela colaboração.

- A enfermeira Giselda pelo carinho e apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

- Divisão de enfermagem

A enfermeira Hiroko, a Márcia e Júlia pela disponibilidade e acolhida.

- Central de Quimioterapia

A Enfermeira Maria Helena De Angeles e Rozangela F. Galvão pelo convívio, amizade, acolhimento, disponibilidade e empenho. Aos funcionários Elaine, Francisca, Oranice, Maria, Flávia, Fátima e Emerson pela colaboração.

- Setor de Oncologia

Ao Dr. Otávio Gampel – pelo acolhimento e confiança. As funcionárias Jacira, Wesia, Francisca, Lurdes e Laurinda pela presteza e carinho.

- Gestão do Paciente

Ao Dr. Geraldo José Henrique do Amaral e a Dra Maria Beatriz Viana Pérís, pelo acolhimento, carinho e direcionamento dos trabalhos.

A Assistente Social Rose pelos encaminhamentos e presteza. As funcionárias pelo carinho e apoio.

- Às Secretarias Érica da Hematologia e Mara da Ginecologia, pela colaboração.

- A Nilda B. Navarro – Chefe do Serviço Técnico, pela oportunidade.

- A Camila do Comitê de Ética em Pesquisa pelo carinho e presteza.

- Aos Pacientes do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, que com muito carinho me acolheram e participaram do estudo, a certeza da colaboração a Saúde Pública.

- Aos médicos, enfermeiros, psicólogos e capelães o meu muito obrigado, pela oportunidade, diálogo e crescimento.

Hospital Pérola Byington/Núcleo de Referência em Saúde da Mulher

- Ao Dr. José Antonio Marques - Diretor Clínico do Núcleo de Saúde da Mulher e a Diretora Miriam do setor de Psicologia pelo acolhimento e oportunidade.

A todos que colaboraram de forma direta ou indireta nesta investigação, o meu agradecimento.

RESUMO

Teixeira JJV. O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais de saúde. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Objetivo. Os estudos sobre envolvimento religioso e espiritual para os pacientes idosos com doenças crônicas e a concepção que os profissionais de saúde têm frente a este processo são quase inexpressivos no Brasil. Realizou-se uma pesquisa com o objetivo de identificar o significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer, e também de identificar o significado atribuído pelos profissionais de saúde a fé religiosa no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer. **Métodos.** A pesquisa foi descritiva e utilizou o método qualitativo. A amostra foi intencional, composta por 20 médicos, 20 pacientes idosos com câncer, 10 enfermeiras, 10 psicólogos e cinco capelães. A coleta de dados ocorreu mediante a técnica da entrevista semi-estruturada e foi desenvolvida de 9.01 a 28.03.01 no Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” - IAMSPE e no Hospital Pérola Byington/Núcleo de referência em saúde da mulher, São Paulo. Para o tratamento dos dados empregou-se a análise temática do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo utilizadas três figuras metodológicas: a *Idéia Central (IC)*, as *Expressões-chave(EC)* e o *Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)*. **Resultados.** Os pacientes apresentaram 20 IC e 20 DSC, os médicos, os enfermeiros e os capelães 10 IC e 10 DSC, e os psicólogos 8 IC e 8 DCS. Os resultados são discursivos, demandando extenso volume de material. **Considerações Finais.** Os discursos dos profissionais de saúde se apresentaram em várias tendências, no sentido da importância e do fortalecimento da fé, enquanto recurso de enfrentamento dos desafios da vida. Quanto aos discursos dos pacientes idosos com câncer houve destaque para as situações de conforto, otimismo e segurança frente à intervenção médica instituída. A fé ou fé religiosa na vida dos idosos foi instrumento muito valorizado e dotado grande capacidade para proporcionar conforto e esperança, como meio importante para o enfrentamento de doenças ameaçadoras.

Descritores: Fé religiosa. Intervenção médica. Idoso. Câncer. Significado. Profissionais de saúde.

SUMMARY

Teixeira JJV. **O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais de saúde.** [The meaning of medical intervention and religious faith for the elderly patient with cancer and the perception of health professionals]. São Paulo (BR); 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objective. Studies about religious and spiritual involvement in the lives of elderly patients with chronic illnesses and the concept that health professionals have to face this process are scarce in Brazil. Research was done with the objective of identifying the meaning of medical intervention and religious faith in the life of the elderly patient with cancer, as well as identifying their meaning for health professionals in the treatment and life of the patient. **Methods.** This study was descriptive and used the qualitative method. The sample was intentional, composed of 20 physicians, 20 elderly patients with cancer, 10 nurses, 10 psychologists and 5 chaplains. The semi-structured interview technique was used in the data collection and developed from January 9th 2001 to March 28th 2001 at "Francisco Morato de Oliveira" State Workers' Hospital - IAMSPE and at Pérola Byington Hospital/Women's Health Center, São Paulo. The thematic analysis Discourse of the Collective Subject was used to treat the data. Three methodological figures were used: 1) the Central Idea (CI), 2) Key Expressions (KE) and 3) the Discourse of the Collective Subject (DCS). **Results.** The patients presented 20 CI and 20 DCS, the physicians, nurses and chaplains 10 CI and 10 DCS, the psychologists 8 CI and 8 DCS. The results are discursive, demanding an extensive volume of material. **Final considerations.** The discourses of the health professionals presented various tendencies regarding the importance and strengthening of faith while facing the challenges of life. As regards the discourses of the elderly patients with cancer, situations of comfort, optimism and security in the face of medical intervention predominated. Faith or religious faith in

the lives of the elderly was highly valued instrument and endowed with great ability to provide comfort and hope as essential means to face threatening illnesses.

Descriptors. Religious faith, Medical intervention, Elderly, Cancer, Meaning, Health professionals.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO

1.1	Considerações sobre o câncer	1
1.2	Considerações sobre o envelhecimento	3
1.3	Religião, espiritualidade, medicina e ciência	5
1.4	Intervenção médica e fé religiosa do paciente	8
1.5	Envelhecimento, religiosidade e espiritualidade	12
1.6	Considerações sobre o enfermeiro e o paciente com câncer	15
1.7	O psicólogo e o paciente com câncer	19
1.8	O capelão e o paciente	21
1.9	Objetivos	24

2. METODOLOGIA

2.1	Tipo de estudo	25
2.2	A pesquisa qualitativa	25
2.3	Local de estudo	26
2.4	Dificuldades encontradas	26
2.5	População de estudo	27
2.6	Amostra	29
2.7	Pré-teste	29
2.8	Instrumento de coleta de dados	29
2.9	Técnica de análise dos dados	30

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1	Pacientes idosos	33

3.1.1	Variáveis sócio-demográficas	33
3.1.2	Análise das variáveis	33
3.1.3	Discursos do Sujeito Coletivo – Pacientes idosos	34
3.1.4	Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Pacientes idosos	39
3.2	Profissionais de saúde – Médicos	51
3.2.1	Variáveis sócio-demográficas	51
3.2.2	Análise das variáveis	52
3.2.3	Discursos do Sujeito Coletivo – Médicos	52
3.2.4	Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Médicos	57
3.3	Variáveis sócio-demográficas – Enfermeiras	70
3.3.1	Análise das variáveis	71
3.3.2	Discursos do Sujeito Coletivo – Enfermeiras	71
3.3.3	Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Enfermeiras	74
3.4	Variáveis sócio-demográficas – Psicólogos	83
3.4.1	Análise das variáveis	83
3.4.2	Discursos do Sujeito Coletivo – Psicólogos	84
3.4.3	Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Psicólogos	88
3.5	Variáveis sócio-demográficas – Capelães	96
3.5.1	Análise das variáveis	96
3.5.2	Discursos do Sujeito Coletivo – Capelães	97
3.5.3	Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Capelães	100
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
4.1	Finalizando	117
5.	REFERÊNCIAS	118
6.	GLOSSÁRIO	134
7.	ANEXOS	136

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações sobre o câncer

O câncer, aqui também chamado de neoplasia maligna, é uma doença caracterizada pela proliferação celular desordenada, traduzindo-se num crescimento e divisão incontrolláveis de suas células, sendo estas geneticamente alteradas e instáveis. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem ser muito agressivas e irrefreáveis, com capacidade para invadir os tecidos vizinhos e migrar pelo organismo provocando metástases. Câncer se refere a um grupo de doenças que tem múltiplas causas incluindo aproximadamente 100 doenças que consistem de uma variedade de condições patológicas com diferentes mecanismos envolvidos e que se iniciam em diferentes locais anatómicos. Já as neoplasias benignas caracterizam-se por um crescimento lento e ordenado, sem potencial invasivo ou migratório e não apresentam grande risco à integridade física de seus portadores. A invasão tecidual não ocorre, assim como o potencial de metastatização é nulo (YANCIK e RIES 1991; COOPER 1992; FERNANDES JUNIOR 2000).

As causas responsáveis pelas neoplasias malignas são diversas. Dentre elas estão incluídos os defeitos genéticos, os fatores ambientais e os estilos de vida, os fatores químicos e físicos e os agentes biológicos. O ambiente para efeito de análise inclui o ambiente geral ou aquele que é partilhado, o comportamento do indivíduo e o seu estilo de vida. A função relativa à constituição genética e a exposição ambiental como causa do câncer tem sido discutida por décadas (FISHER 1958).

Estima-se que de 65 a 90% ou mais dos cânceres humanos se devam a fatores ambientais (FISHER 1958; ZIEGLER 1993; COELHO 1998; LICHTENSTEIN et al. 2000; COLE e RODU 2001; INCA 2002). Os fatores ambientais, no sentido mais amplo, induzem a maioria dos cânceres (SIMONE 2001).

Na sociedade atual o câncer é um dos principais agravos à saúde. Com a melhoria dos serviços de saúde pública e o desenvolvimento de vacinas e antibióticos, as doenças infecciosas, que foram uma das principais aflições da

humanidade, tornaram-se de certa forma controladas e deixaram de ser a principal causa de morte em muitos países (COOPER 1992).

No ano de 2000, 1,22 milhões de casos novos de câncer invasivo foram diagnosticados nos EUA, sendo 619.700 em homens e 600.400 em mulheres. Em consequência 552.200 pessoas morreram, sendo 284.100 homens e 268.100 mulheres (LONGO 2001). Segundo HOLLEB (1986) citado por JENKINS (1991), é provável que cerca de 50% dos indivíduos morram até o quinto ano após o diagnóstico. Esta taxa de mortalidade representa um grande avanço, uma vez que é superior ao tipo de prognóstico que era possível algumas décadas atrás. Para JENKINS (1991) esta maior sobrevivência em casos de câncer pode ser devida a detecção precoce e aos numerosos programas de exames médicos estabelecidos na prevenção.

Estima-se que em nível mundial, em 2015, ocorrerão mais de 15 milhões de casos novos de câncer, excluindo-se os casos de pele - não melanoma (SCOTT 1994). Apesar da ascensão, nos EUA, a taxa de casos novos de câncer e de mortes para todos os casos combinados e também para a maioria dos 10 principais tipos de câncer, declinou entre 1990 e 1997 (RIES et al. 2000). Recentemente outro estudo confirmou a queda da taxa de mortalidade para homens e mulheres entre os anos de 1990 – 1998. Apesar da taxa de incidência ter declinado somente para homens, o aumento para mulheres foi registrado como bastante leve (HOWE et al. 2001). Desde 1992 a incidência do câncer tem declinado aproximadamente 2% a cada ano, (LONGO 2001; SIMONE 2001).

No Brasil, atualmente o câncer se constitui na segunda causa de morte por doença (INCA 2002). Em 1999 as neoplasias foram responsáveis por 115.679 óbitos, dos quais 54% ocorreram entre os homens e 46% entre as mulheres (MS 2002).

Estima-se para 2002 no Brasil um total de 337.535 casos novos de câncer, e 122.600 óbitos. Para o sexo masculino são esperados 165.895 (49%) casos novos e 66.060 (54%) óbitos, enquanto que, para o sexo feminino são estimados 171.640 (51%) casos novos e 56.540 (46%) óbitos. Acredita-se que o principal câncer a acometer a população brasileira será o de pele, tipo não melanótico, com 62.190 casos novos, seguido pela neoplasia maligna de mama feminina 36.090 casos novos,

da neoplasia maligna da próstata 25.600 casos novos, de neoplasia maligna de pulmão 21.425 e neoplasia maligna do estômago 20.420 casos novos (INCA 2002, KLIGERMAN 2002).

1.2 Considerações sobre o envelhecimento

Tradicionalmente, o envelhecimento era visto como um fenômeno europeu, uma vez que, nesse continente vivem 12% da população mundial e cerca de 28% das pessoas com 75 anos e mais. Assinale-se que desde a década de 50 tem ocorrido um crescimento expressivo da população idosa nos países do terceiro mundo. Um exemplo disto é o caso da América Latina, a qual, entre os anos de 1980 e 2000, espera-se um acréscimo de 120% na população como um todo. Já o aumento para a população com mais de 65 anos será da ordem de 236%, aproximadamente duas vezes maior que o percentual de aumento da população total (SCHOUERI Jr et al. 2000).

Não resta nenhuma sombra de dúvida de que o envelhecimento da população mundial é um fenômeno preocupante (PESSINI 2002). Relatos da segunda assembléia mundial sobre o envelhecimento, chamam a atenção para o crescimento acelerado de pessoas com 60 anos e mais, se sobrepondo as pessoas de outras faixas etárias. Entre 1970 e 2025 o crescimento poderá atingir o contingente de 694 milhões de idosos, sendo esperado um aumento de 223%. Para 2025 estima-se 1.25 bilhões de idosos. Já para 2050 espera-se 2 bilhões, sendo que 80% estarão vivendo em países em desenvolvimento (WHO 2002).

No Brasil este crescimento acelerado também se faz presente. BERQUÓ (1999) destaca que a evolução demográfica no Brasil vem marcada, nas cinco últimas décadas, por transições decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade, uma vez que as migrações internacionais deixaram de ter influência a partir de 1940. Essas transições afetaram diretamente e de forma significativa a estrutura etária da população. De acordo com LAURENTI (1990) na Europa e nos

EUA a transição demográfica ocorreu de maneira lenta e gradual por um período de quase dois séculos

De acordo com o último Censo Demográfico a população de idosos correspondia a 8,6% (14.536.029 habitantes) (FIBGE 2002). A estimativa para 2020 é de 13,67% (27.173.60 habitantes) e a esperança de vida ao nascer poderá chegar a 72,82 anos para os homens e 78,31 para as mulheres (FIBGE 1999).

Com um contingente expressivo de idosos, há que despertar a consciência para a atenção humanitária, o respeito e o cuidado para práticas efetivas junto a esta população. A importância no cuidado com o paciente idoso com câncer é reconhecida há mais de 25 anos, quando áreas de relevância para o treinamento em oncologia médica foram determinadas (KENNEDY et al. 1973). Entretanto, a biologia do envelhecimento e a medicina geriátrica não têm recebido muita atenção nesta direção (KENNEDY e OWENS 1996). Isto é muito importante porque a média de idade para o desenvolvimento do câncer atualmente é de 70 anos (VESTAL e CALABRESI 1997).

No Brasil em 1999, o câncer foi responsável por um total de 115.679 óbitos, dos quais os idosos responderam por cerca de 62% dos óbitos (MS 2002).

Nos EUA, o câncer é um dos mais importantes problemas de saúde pública (JENKINS 1991). Com o crescimento absoluto de idosos, a variável – idade, assume alto grau de importância, pois é o mais significativo fator de risco para todos os tipos de câncer (MILLER 1991; LONGO 2001). É a segunda causa de morte para as pessoas de 65 anos e mais, sendo responsável por dois terços de todos os casos de câncer em 2000 nos EUA, ficando atrás apenas das doenças do coração. Porém, é esperado que no século XXI, alcance o topo da lista (LONGO 2001; SIMONE 2001).

O envelhecimento é frequentemente associado com muitas doenças crônicas não infecciosas e inabilidades físicas. Junto com a diminuição das condições físicas vem a angústia emocional, ameaçando o controle e a autodeterminação das pessoas (KOENIG 1994).

Na velhice o ser humano fica mais sujeito a perdas evolutivas em vários domínios, em virtude da sua programação genética, dos eventos biológicos,

psicológicos e sociais característicos de sua história individual e dos eventos que ocorrem ao longo do curso da história de cada sociedade (NERI e CACHIONI 1999).

PESSINI (2002) em artigo publicado sobre Envelhecimento e saúde, onde faz uma análise dos ecos da II assembléia mundial sobre o envelhecimento, descreve que o secretário geral da ONU no encerramento de seu pronunciamento alertou para que não separemos os idosos como uma categoria à parte na sociedade. O secretário afirmou que “nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos portanto para as pessoas idosas não separadas de nós, mas como nós seremos no futuro. Precisamos reconhecer que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais e não um grupo homogêneo por causa da idade”.

1.3 Religião, espiritualidade, medicina e ciência

A religião e a ciência dividem um passado e um presente complexos. Em diferentes momentos da história da humanidade, cuidados médicos e espirituais foram dispensados pelo mesmo indivíduo, portanto, eram inseparáveis (SLOAN et al. 1999; ROSNER 2001). Outras vezes conflitos passionais e mesmo violentos caracterizavam uma associação entre religião, medicina e ciência (SLOAN et al. 1999). Segundo KOENIG (1994), a religião e a ciência têm mais coisas em comum do que se poderia imaginar. Em ambas as áreas há muitas questões desconhecidas e contraditórias. BRAVERMAN (1987), por sua vez, entende que a religião é incompleta sem a medicina e a ciência, e não há caminho para a vida sem elas.

Enquanto a literatura científica documenta centenas de artigos demonstrando o lado positivo da religião sobre os pacientes, vários pesquisadores questionam a ligação entre a medicina e a religião. Cientistas afirmam que a ciência e Deus não podem coexistir, porém, outros acreditam que os dois fatores têm destinos interligados (EASTERBROK 1997).

ROBERTS et al. (2000) realizaram uma revisão sistemática, tendo como objetivo analisar a eficácia da oração como intervenção adicional para os pacientes

com problemas de saúde e que já estavam recebendo cuidados médicos. Os autores relataram que os dados não foram conclusivos para sustentar ou para refutar o efeito da oração de intercessão sobre os resultados em cuidados de saúde. Há poucos ensaios completos do valor da oração de intercessão, justificando-se desta forma futuros estudos.

Na avaliação de SLOAN et al. (1999), a evidência de uma associação entre religião, espiritualidade e saúde é fraca e inconsistente. Para estes autores é prematuro promover a fé e a religião como tratamentos médicos coadjuvantes. Contudo, argumentam que entre o extremo da rejeição da idéia de que a religião e a fé possam trazer conforto para algumas pessoas no enfrentamento das doenças e assim endossar o ponto de vista de que médicos deveriam promover com mais frequência atividades religiosas entre os pacientes, existe um vasto território desconhecido, para o qual normas adequadas de comportamento devem ser urgentemente estabelecidas.

HARRIS et al. (1999) realizaram um ensaio controlado randomizado com o objetivo de determinar se a oração de intercessão a distância reduziria os eventos adversos e o tempo de permanência de pacientes cardíacos hospitalizados. Neste estudo os pacientes não sabiam da existência dos intercessores e estes não conheciam os pacientes. Os autores constataram que a oração de intercessão a distância resultou numa melhoria mensurável no quadro de pacientes com doenças coronarianas, sugerindo que a oração poderia ser um adjuvante efetivo na normatização dos cuidados médicos. Similarmente BYRD (1988), em pesquisa para determinar se a oração intercessora por meio do Deus judeu-cristão tinha qualquer efeito sobre a condição médica e na recuperação dos pacientes hospitalizados, concluiu que houve um efeito, e que este foi presumido em ser benéfico.

De acordo com LARSON e MILANO (1995), as muitas vantagens que hoje determinam o compromisso religioso na vida dos pacientes em termos de prevenção clínica, enfrentamento, tratamento e recuperação, conduzem para a afirmação de que a profissão médica não pode mais permitir que a questão espiritual permaneça como um fator não discutível, esquecido. O denso volume de pesquisas têm respondido aos profissionais de saúde a importância desta temática. É importante que esses

profissionais fiquem mais próximos dos pacientes e que o tratamento seja integral, abrangendo não somente o corpo, mas também a mente e espírito.

Revisões sistemáticas e outros modelos de estudo têm confirmado quantitativamente que a religião é epidemiologicamente um fator de proteção (LARSON et al. 1986; LEVIN e VANDERPOOL 1987; KUNE et al. 1993; KARK et al. 1996; LEVIN et al. 1997; KIROV et al. 1998; GONÇALVES 2000).

Pesquisas em epidemiologia da religião tem aumentado a validade da religião e da espiritualidade como tópicos para pesquisas médicas. Devido a sua importância e à de propostas educacionais mais humanísticas, tem crescido o número de cursos específicos e a discussão curricular sobre a temática - religião. Em 1994, havia nos EUA somente 3 escolas médicas que ensinavam em seus cursos conteúdos religiosos e espirituais relacionados com a saúde. A partir de 1997 este número cresceu para 30 e em 1998 no mínimo 40 escolas médicas tinham integrado a educação espiritual em seus currículos. Algumas autoridades esperam que para este século, quase todas as 125 escolas médicas tenham assim procedido. Na conferência intitulada “Spirituality and medicine: curricular development”, promovida pela Associação Americana das Faculdades de Medicina em 1997, a religião e a espiritualidade não foram vistas como aspectos opcionais no cuidado do paciente, mas como componentes essenciais. A cada ano a conferência tem atraído mais de uma centena de médicos, membros de faculdades, capelães hospitalares e escolas médicas de todas regiões dos EUA (LEVIN et al. 1997; MATTHEWS 1998; SLOAN et al. 2000). TARPLEY e TARPLEY (2002) destacam que as questões espirituais têm influenciado constantemente os meios acadêmicos de medicina. Presumivelmente, o conhecimento das crenças religiosas pode ser usado para motivar os indivíduos e tornar os programas de educação médica mais efetivos (BEARON e KOENIG 1990).

LEVIN e SCHILLER (1987) ao revisarem estudos epidemiológicos buscando entender se há um fator religioso envolvido com a saúde, demonstraram que os fatores religiosos teve importante consideração das pesquisas epidemiológicas no transcorrer de dois séculos. Acima de duzentos estudos empíricos em epidemiologia tem incluído a variável religião e foram encontrados achados positivos associando

religião e saúde. Se os fatores religiosos estão de fato associados com a saúde – e os autores têm apresentado contundentes evidências desta questão – talvez a próxima indagação dos pesquisadores deveria ser “por quê?”.

De acordo com SWENSEN et al. (1993), tem havido um crescimento dos estudos sobre os aspectos psicológicos e sociais do câncer, mas poucas pesquisas têm sido realizadas para verificar o impacto que a religião tem sobre os pacientes que enfrentam o câncer. Para JENKINS (1991), a religião tem importância na vida de muitos pacientes com câncer e pode carrear propostas para todos os níveis de prevenção.

1.4 Intervenção médica e fé religiosa do paciente

A aplicação de técnicas cirúrgicas, radioterápicas, quimioterápicas e biológicas para o tratamento resultam na cura de mais de 50% dos pacientes diagnosticados com câncer (LONGO 2001). Quando o diagnóstico ocorre precocemente e a intervenção é instituída, o paciente apresenta uma chance real de cura e o processo invasivo será afastado. Neste sentido, se a força poderosa da mente for invocada e se esta estiver aliada à fé religiosa, com o intuito de recuperar-se do agravo, o paciente se sentirá mais forte, corajoso e com outra disposição para enfrentar a doença, podendo desta forma, provocar alteração em seu quadro (RINGDAL 1996). De certo modo, a religião pode ser considerada como uma forma de terapia complementar ou suplementar (ROSNER 2001).

A religião, de uma forma geral, ocupa um importante espaço na vida das pessoas, e a religiosidade pode ajudá-las a encontrar o significado e a coerência no mundo (MICKLEY et al. 1992). Apesar das sociedades modernas serem caracterizadas por uma tendência que vai rumo à secularização, a fé religiosa pode ainda ser um recurso pessoal e fonte de energia em situações de dificuldades na vida, como no caso de uma doença séria como câncer (RINGDAL 1996).

O câncer ainda leva consigo a idéia de sofrimento e morte (CYRILLO e PAZOTTO 2000). Este fato, por si só, desencadeia reações emocionais peculiares que

devem ser levadas em consideração (CARVALHO 1998). As pessoas religiosas podem encontrar um certo significado em situações ameaçadoras de vida e até em situações com resultados fatais prováveis. (RINGDAL 1996).

Em seus estudos HOLLAND et al. (1999) destacaram que a fé religiosa e a espiritualidade contribuíram de forma ativa na luta cognitiva e que as convicções religiosas dos pacientes forneceram significado e perspectiva, permitindo acumular experiência para o enfrentamento de sua doença. Também BRANDT (1987) investigando pacientes com câncer, indicou que a crença religiosa foi útil na luta contra esse mal.

FERNSLER et al. (1999) investigando o bem estar espiritual e a demanda por doenças em pessoas com câncer de colo retal, observaram que os achados indicavam que um grau maior de bem estar espiritual podia ajudar os indivíduos a suportar os problemas impostos pelo câncer de cólon e reto. YATES et al (1981) estudando a religião em 71 pacientes com câncer avançado com idade entre 28 a 85 anos, afirmaram que aproximadamente a metade dos entrevistados disseram que a igreja ou a religião foi muito importantes em suas vidas e dois terços deles comentaram que se sentiram próximos de Deus ou da natureza nas últimas semanas.

De acordo com ROSS (1995) a dimensão espiritual é importante para a saúde do paciente, para o bem estar e a qualidade de vida. A doença e a hospitalização podem causar angústia nos pacientes, assim, as suas necessidades espirituais deveriam ser valorizadas.

Por que as pessoas procuram terapias complementares ou suplementares, incluindo a religião e a espiritualidade? Os pacientes em desespero podem ser desencorajados a respeito da realidade do tratamento convencional. Assim, o medo, os efeitos adversos, as experiências negativas anteriores e o desejo por mais cuidados de suporte são outras razões apresentadas pelo paciente para buscar a prática não convencional. As pessoas podem estar infelizes com a tecnologia impessoal da medicina moderna e assim, procuram enfatizar o autocuidado e o bom estado do corpo, mente e espírito (ROSNER 2001).

Um estudo realizado por SCHNITTKER (2001), centrado em “quando a fé é suficiente e os efeitos do envolvimento religioso na depressão” sugeriu que a religião continua a exercer uma forte imagem na vida do indivíduo. A maioria dos participantes do estudo atribuiu uma grande importância para religião em suas vidas. OSLER já em 1910 escreveu que a fé em si é dos milagres da natureza humana, com as quais a ciência está igualmente pronta para aceitar tão quanto para estudar os seus efeitos maravilhosos.

JENKINS e PARGAMENT (1995) relataram que os clínicos precisam estar dispostos a apreender mais sobre o mundo religioso em geral e o mundo religioso dos pacientes em particular. Esta é uma grande solicitação para a qual muitos não estão preparados ou não buscam. Muitos problemas poderiam ser evitados, todavia, se os clínicos relembressem alguns pontos-chave: primeiro, a religião e a espiritualidade podem atender a muitas necessidades (por exemplo, de apoio, de consolo e de propósito pessoal); segundo, as práticas não usuais podem ter função na capacidade do indivíduo de enfrentar a doença (por exemplo, a busca de apoio em leituras de textos sagrados); terceiro, se a dimensão religiosa é parte do problema ou parte da solução, pode depender não somente da fé particular e da prática, mas também da maneira como a religião do paciente lhe dá suporte para lutar contra a doença, mantendo suas aspirações de vida.

ELLIS et al. (1999) em estudo sobre os médicos de família em Missouri (EUA), relataram que os mesmos não discutiam as questões espirituais frequentemente, embora reconhecessem a sua importância para os pacientes e acreditassem que a saúde espiritual era importante. Isso mostra que a intervenção médica e a avaliação espiritual necessitarão de uma linguagem culturalmente apropriada e de conhecimento das diversidades da fé religiosa, além da utilização adequada das aspirações espirituais do paciente.

Os pesquisadores internacionais vêm chamando a atenção para uma questão relevante na rotina dos médicos em geral. Vários artigos vêm abordando a temática – deveriam os médicos prescrever ou recomendar oração ou religião, ou discutir as preocupações espirituais com os seus pacientes, ou a participação mais freqüente dos

profissionais de saúde em atividades religiosas com os seus pacientes? (MARWICK 1995; VANDECREEK 1999b; SLOAN et al. 2000; KOENIG 2000a). O assunto é relevante, porém, delicado. Indicar a participação em atividades religiosas ou espirituais com maior imersão, conforme as suas raízes, é extremamente positivo e salutar. Porém, o uso do termo prescrição não parece ser o adequado; é mais interessante o uso da palavra sugestão ou recomendação. Acredita-se que o termo prescrição fere a autonomia e o direito do paciente, por invadir a esfera dos valores. Para SLOAN e BAGIELLA (2000) a intervenção por meio da oração é uma questão ética significativa.

Frente à polêmica do direcionamento das questões espirituais e religiosas aos pacientes, VANDECREEK (1999a) destaca que se os médicos desejam discutir questões espirituais com os pacientes, então eles devem de acordo com o seu próprio código de ética, obter suficiente treinamento e incorporar tal conteúdo em seus exames de certificação. Já para ANDERSON (2001) o cuidado espiritual não deve ser limitado a um corpo profissionalmente treinado ou a capelães com educação teológica ou para ministros. Qualquer pessoa pode se engajar em cuidados espirituais. COHEN et al. (2000) relatam que os encaminhamentos das questões religiosas e espirituais aos pacientes não necessitam envolver mais do que simples indagações conforme o envolvimento do paciente com a sua fé. Por outro lado, os médicos e enfermeiros não precisam substituir os capelães e ministros.

O serviço proporcionado por um profissional de saúde deveria complementar e suplementar as ações de outros para o benefício total do paciente, ou seja, bem estar físico e mental no decurso da saúde e da doença até o fim da vida. As principais conferências sobre espiritualidade e cura em medicina apontam para que a espiritualidade do paciente seja levada em conta na educação médica, na pesquisa e nos cuidados clínicos, dando oportunidades para estudantes e médicos aprenderem a avaliar, respeitar e incorporar as perspectivas espirituais dos pacientes (ROSNER 2001).

A religião provê aquele vislumbre de luz quando as circunstâncias dizem que não há nenhuma luz; provê um futuro quando toda a evidência aponta para nenhum

futuro; provê um propósito e uma direção, quando tudo neste mundo se mostra sem sentido, propiciando conforto quando não houver ninguém ao redor para confortar (KIMBLE 1995). A religião é mais do que uma coleta de idéias e de práticas. O seu valor não pode ser determinado instrumentalmente; ela é o caminho espiritual da existência no mundo (SLOAN et al. 2000).

SHERMAN et al. (2001) comentam o recente e crescente interesse que vem ocorrendo no estudo da conexão entre envolvimento religioso e espiritual versus os resultados de saúde em pacientes com câncer. Para MITKA (1998), finalmente os estudos estão emergindo e mostrando o benefício da religião e da espiritualidade para a saúde pública.

Observa-se por meio das fontes bibliográficas disponíveis que o estudo da temática intervenção médica e fé religiosa é bastante escasso no Brasil, em termos de produção científica. Dada a relevância deste objeto de pesquisa, são necessárias novas investigações para melhor compreensão do problema.

1.5 Envelhecimento, religiosidade e espiritualidade

Os estudos sobre a religião estão crescendo de uma forma bastante rápida tornando-se o enfoque principal para muitos geriatras e gerontologistas. Se algum dia a religião foi um tópico marginal das pesquisas em envelhecimento, atualmente não o é. Como resultado deste direcionamento, desde 1980 as pesquisas de revisões sistematizadas vêm destacando os mais 100 trabalhos e estudos de revisões envolvendo a temática religião e o envelhecimento (LEVIN 1997).

Muitos estudos têm mostrado que as pessoas idosas são mais fortemente religiosas do que pessoas mais jovens, comprovando que a fé em Deus cresce quando as pessoas ficam mais velhas, aumentando assim, a leitura da Bíblia e a participação em cultos (MARWICK 1995). GOLDSTEIN e NERI (1993) realizaram uma pesquisa

com 173 adultos, objetivando a busca de relações entre satisfação de vida, depressão e as dimensões subjetivas e objetivas da religiosidade, e encontraram que cerca de 70% deles afirmaram ter percebido que a sua religiosidade aumentou com a idade. Entre as pessoas idosas, a participação religiosa está positivamente relacionada com as medidas gerais de ajuste e esta associação não parece declinar com o avanço da idade (LEVIN 1988).

PRESSMAN et al. (1990) estudaram o relacionamento entre a crença religiosa, a psiquiatria e a situação médica de 30 mulheres idosas em recuperação da cirurgia de fratura do quadril. Os seus achados sustentaram a noção de que a crença religiosa estava associada com baixos níveis de depressão e melhores condições para o andar. A relação entre a religiosidade e estas medidas não parecem ser explicadas pela severidade da doença. Isto é, pacientes com forte crença religiosa eram menos prováveis de serem deprimidas e apresentavam melhores probabilidades de voltar a caminhar, independentemente da severidade de sua doença.

MEHTA (1997) numa pesquisa com o objetivo de avaliar o impacto das crenças e das práticas religiosas na experiência do envelhecimento, mostrou que houve influência positiva da fé e da prática religiosa sobre o envelhecimento em nível social e pessoal, como processo de ajustamento para a uma vida futura. KOENIG et al. (1998a) ao avaliar a conduta, a prática e a atitude religiosa para o confronto com a doença, relataram que estes instrumentos foram positivos e importantes para a saúde física, social e psicológica entre os idosos hospitalizados e medicados.

De acordo com IDLER e KASL (1992) em uma investigação prospectiva realizada entre 1982 e 1989 com o objetivo de examinar a provável relação entre a religião e os vários aspectos do estado de saúde, revelaram que a religiosidade exerceu um forte efeito positivo sobre a saúde do idoso. O comportamento de saúde, o contato social e as atitudes de otimismo dos membros do grupo religioso explicaram parte desta associação. Os vários aspectos da experiência religiosa, como participação em rituais e o aspecto transcendental, representaram a outra parte. A habilidade nas atividades fundamentais da vida, a prevenção da solidão e da angústia emocional e até a habilidade para lidar com o momento da morte foram melhoradas.

Estes autores concluíram que os seus achados deveriam encorajar mais trabalhos nesta área, que tem recebido pouca atenção dos cientistas sociais.

OXMAN et al (1995) desenvolveram um estudo com objetivo de examinar o relacionamento do suporte social e da religião frente à mortalidade após cirurgia eletiva aberta do coração, em 232 pacientes com 55 anos e mais, sendo que várias questões importantes foram achadas. Estes pesquisadores observaram que os pacientes sem qualquer força ou conforto oriundo da religião tinham quase três vezes mais o risco de morte do que aqueles com no mínimo alguma força ou conforto religioso. Similarmente a ausência de sentimento religioso profundo estava associada com um aumento de risco de morte. Quando a frequência aos serviços religiosos era irregular, havia também uma tendência ao aumento do risco de morte .

WEI-MING (1978) citado por GOLDSTEIN (1993) descreve que na visão de Confúcio, o homem aos 60 anos aceita a vida como ela é, abandonando uma perspectiva restrita e pessoal e percebendo o grande plano divino. Aos 70 anos, ocorre uma total transcendência, os desejos dele e os do céu se unificam, não havendo separação entre as suas ambições pessoais e os comandos divinos.

Os comportamentos religiosos são bastante frequentes na idade avançada. Os profissionais da saúde que trabalham com estas pessoas devem estar alertas sobre a importância e a função da religião como visão de mundo e estratégia para enfrentar o estresse. Os problemas que a religião ajuda a enfrentar são: as doenças repentinas e crônicas, a perda de papéis sociais, a diminuição dos recursos sociais e financeiros. A importância da religião pode ser explorada por terapeutas como fonte alternativa de recursos e de fortalecimento. Além disso, é importante estar preparado para conversar e trabalhar com temas religiosos, pois eles surgem ou estão presentes nos períodos de estresse causados pela doença ou quando da proximidade da morte (LOTUFO NETO 1997).

Os idosos com câncer podem usar a sua religiosidade como uma estratégia de enfrentamento na busca de alívio quando estão angustiadas (FEHRING et al. 1997). KOENIG et al. (1988 b) ao analisar 106 idosos de uma clínica geriátrica afirmaram que a fé e as atividades e atitudes religiosas representaram uma poderosa força na

vida dos pacientes em tratamento médico e estas atitudes foram relatadas como positivas tanto para a saúde mental como para a saúde física.

Por que algumas pessoas idosas se tornam deprimidas, perdem a esperança e são incapazes de lutar eficazmente contra o câncer, enquanto outras com o mesmo agravo não se tornam deprimidas? Esta é uma área que deve ser explorada. A espiritualidade e a força que alguns idosos encontram ao expressar a sua fé religiosa podem explicar o porquê de eles não se deprimirem e serem capazes de manter a esperança, enfrentando eficazmente doenças como o câncer (FEHRING et al. 1997). A dimensão espiritual é importante para a saúde do paciente, para o bem estar e a qualidade de vida.

KOENIG (1999b) afirma que os clínicos deveriam apoiar as convicções religiosas saudáveis dos pacientes idosos. Os médicos podem perguntar ao paciente a respeito da fé quando do primeiro atendimento. Assim, os clínicos deveriam sempre lembrar que o seu objetivo é encorajar tudo o que dá ao paciente conforto e esperança e não devem impor os seus valores ou crenças pessoais.

A espiritualidade para os mais velhos é uma das áreas mais esquecidas no campo do envelhecimento. Em diversos países do mundo houve grandes progressos na medicina, nutrição, transporte e outros temas ligados aos idosos. O mesmo não se pode dizer da teologia, da filosofia ou da ética. É preciso explorar melhor as dimensões mais profundas do envelhecimento. E a espiritualidade tem a ver precisamente com a profundidade e o sentido da vida humana (CNBB, 2002).

A religião é, para muitas pessoas, o mais importante quadro de referência pessoal. Isto parece ser especialmente verdade para adultos na segunda metade de suas vidas (GOLDSTEIN e NERI 1993).

1.6 Considerações sobre o enfermeiro e o paciente com câncer

Os esforços pela manutenção da vida impulsionaram as pesquisas na área da saúde resultando nos avanços da prática médica e nos inúmeros recursos tecnológicos

de que se dispõe hoje. O arsenal médico, além de contribuir para melhorar sensivelmente a saúde da população em geral, na medida em que se possa controlar ou mesmo eliminar algumas doenças, também provocou profundas transformações no panorama das decisões éticas que norteiam a conduta dos profissionais de saúde. Isto é particularmente significativo nas decisões sobre terapêuticas e cuidados a serem prestados aos pacientes com doença avançada, especialmente aqueles portadores de câncer (SILVA 2000)

As situações impostas por doenças de alta complexidade envolvem não somente os recursos tecnológicos, mas o lado humano de cada profissional envolvido. O profissional de saúde é um profissional da vida. E sendo um profissional da vida, deve ser capaz de transmitir vida, de mostrar vida nas suas ações, nas suas palavras, nas suas intenções, nos seus projetos (SILVA 1999).

As preocupações com o homem como um todo, difusas em todos os aspectos relativos ao cuidado do paciente, devem sobrepor-se aquela visão fragmentada que retalhava o homem em setores geométricos, deixando-o tantas vezes a padecer por mera imprevisão do hierarquizar dessas diversas áreas de atenção (PAIM 1974).

ARRUDA et al. (1996) relataram que sendo o câncer uma doença estigmatizada e temida pela população em geral, devido ao sofrimento que causa ao paciente e a família, é de se esperar que o profissional de enfermagem, que vivencia o cuidado dessas pessoas se sensibilize e forme concepções próprias, colocando-se por vezes no lugar das pessoas que estão recebendo os cuidados.

A enfermagem tem definido a oncologia como uma de suas especialidades, pois os mais de 100 tipos de câncer e a crescente complexidade dos tratamentos exigem conhecimentos e habilidades especiais do enfermeiro. O tratamento do câncer costuma ser agressivo e prolongado, provocando profundas alterações bio-psico-sócio-espirituais, que se repercutem na qualidade de vida do indivíduo e de sua família (KALAKUN et al. 1995).

Para o enfermeiro, associar ofício e emoção é um ponto crucial, uma vez que, pelas circunstâncias do seu trabalho – com ênfase na área hospitalar – tem mais oportunidade de conviver com pessoas doentes e, portanto, de experienciar com elas

suas dores e seus sofrimento e, conseqüentemente, estabelecer um maior envolvimento com a fragilidade humana (FERREIRA, 1996a). Assistir o paciente oncológico é muito gratificante para o enfermeiro, por que é um paciente que se apega muito as pessoas que o assistem e demonstra reconhecimento pelos cuidados recebidos (FERREIRA 1996 b).

Segundo FERREIRA (1996b), os enfermeiros, de todos os profissionais que cuidam da saúde, é o que tem maior oportunidade de desenvolver um relacionamento mais próximo com o paciente, seja porque estão com os pacientes longos períodos de tempo por dia, seja porque no ensino de enfermagem é dada uma grande ênfase à concepção globalizada do ser humano, concebido como uma totalidade bio-psico-sócio-espiritual.

Inúmeros mecanismos de defesa que foram sendo incorporados à organização do trabalho dos enfermeiros ao longo da história tiveram como principal finalidade justamente o controle das emoções, visando diminuir a ansiedade e viabilizar a assistência. Mas estes, embora ainda eficientes, muitas vezes falham, principalmente diante de situações em que lidar com doenças estigmatizante, mutiladoras e incuráveis faz parte do cotidiano de trabalho. Cada vez mais o enfermeiro está sendo chamado a se preparar para enfrentar a problemática do paciente com câncer, uma vez que este o coloca face a face com frustrações de um trabalho com poucos retornos gratificantes, onde se torna necessário entender as construções e os significados imputados ao seu ofício como forma de manter sua funcionalidade (FERREIRA 1996b).

Pesquisa realizada por ARRUDA et al. (1996) sobre os atributos profissionais dos cuidadores de pessoas com câncer na perspectiva de enfermeiras, mostrou que para 80% dos entrevistados a característica “ser humano” do profissional de enfermagem adquiriu as seguintes qualidades: meigo, dedicado, carinhoso, afetivo, amoroso, amigo, compreensivo, generoso, atencioso, cordial, discreto, educado, paciente, solidário, fraterno, sensível à problemática do outro, livre de preconceitos, ter empatia, competência para sentir o outro e valorizar suas vivências, capacidade de

ouvir, prontidão para receber o cliente, ter amor, saber confortar e ajudar com palavras, fazer o outro aproveitar cada dia de sua vida.

Quanto às implicações para a prática cotidiana, O'CONNOR et al. (1990) descrevem que iniciando o entendimento dos componentes envolvidos na busca do significado para o paciente frente a sua enfermidade, o enfermeiro pode facilitar esta etapa difícil e o mesmo pode explorar o significado do câncer em sua vida.

KRAUSE (1991) relata que um grande número de pacientes com câncer teve sentimentos de desgosto, ilusão, raiva, medo, tristeza e mágoa. Para tanto, as enfermeiras podem providenciar informações e ajudar os pacientes a viver com estes sentimentos.

REED (1991) descreve que as enfermeiras já incorporaram conceitos espirituais teóricos, algumas mais explicitamente do que outras, contextualizando-os para o presente, com aplicação para a saúde humana e na prática da enfermagem.

As enfermeiras têm tradicionalmente incluído aspectos espirituais dentro dos cuidados da enfermagem. Como uma das dimensões da espiritualidade, a religião pode influenciar amplamente os resultados de saúde. Conforme apontado por (MICKLEY et al. 1995) no início do século, com múltiplos desafios em cuidados de saúde, os enfermeiros já estão preparados para explorar futuras dimensões religiosas em saúde, que podem servir como um importante aliado para providenciar cuidados efetivos em enfermagem.

É importante transmitir ao paciente uma mensagem de fé, falar-lhe do uso do medicamento e do tratamento. A esperança nunca deverá ser abafada e, sempre que possível, assegurar-lhe que, nessa batalha, ele nunca estará só, mas sim acompanhado constantemente pelo médico, enfermeiro e familiares (GHEZZI 1982). A importância da crença espiritual e religiosa para ajudar o paciente a encontrar significado e manter o sentido da esperança sugere uma importante função da enfermeira em avaliar o bem estar espiritual e em providenciar as necessidades espirituais durante os cuidados oncológicos (SALEH e BROCKOPP 2001).

A compreensão e a observação da complexa relação entre mente, corpo, espírito e processo de cura, ajudarão o enfermeiro a proporcionar suporte emocional

ao paciente. A assistência e o suporte emocional do enfermeiro serão lembrados e valorizados pelo paciente, independentemente do nível de experiência técnica que o enfermeiro possa demonstrar. O tratamento de enfermagem inclui o reconhecimento e o apoio da natureza espiritual dos seres humanos. (HUDAK e GALLO 1997). O uso de estratégias espirituais de enfrentamento pode aumentar o autofortalecimento levando o paciente à busca do significado e do propósito na enfermidade. Isto implica em dizer que o cuidado holístico incorpora a facilidade de várias estratégias espirituais de enfrentamento para a proteção e a total integridade dos pacientes (BALDACCHINO e DRAPER 2001).

1.7 O psicólogo e o paciente com câncer

O arsenal terapêutico para o tratamento das doenças como o câncer vem aumentando nas duas últimas décadas, resultando em número progressivamente maior de pacientes que se beneficiam de uma longa sobrevida e da cura da doença. Neste sentido, assistência psicológica é cada vez mais incluída nas medidas de suporte ao paciente oncológico (COSTA et al. 1999).

Tratar uma pessoa portadora de uma doença é muito diferente do que tratar apenas a doença. Saber respeitar a pessoa que está doente e tratá-la é tão, ou mais importante que só se dar atenção à moléstia, pois esta é que passa a ser valorizada, enquanto o indivíduo é relegado a um plano secundário, indicando num paradoxo do tipo *a doença tem que ser destruída, ao invés de a vida que tem que ser vivida* (CYRILLO e PAZZOTO 2000).

Considerando a pessoa como um todo, com corpo, mente e emoções, assume-se que, se este sistema não estiver bem integrado, o indivíduo não estará se ajudando psicologicamente a recuperar a saúde. Neste caso intervenções físicas não alcançarão o resultado desejado (CYRILLO e PAZZOTO 2000).

A importância de um adequado preparo psicológico tem sido enfatizada como determinante na resposta emocional futura do paciente. A informação acerca dos

tratamentos cirúrgicos e complementares, possíveis efeitos colaterais e resposta, ocorrendo de forma objetiva e cuidadosa, favorecerá o vínculo entre a equipe de saúde e o paciente, garantindo a relação de confiança necessária. A possibilidade de o paciente expressar sentimentos, esclarecer suas dúvidas e relatar suas fantasias, contribui de forma positiva em sua resposta emocional (COSTA et al. 1999).

Objetivamente, a colaboração do profissional em psicologia pode estar voltada direta e indiretamente para o tratamento da doença câncer. O câncer ainda leva consigo a idéia de sofrimento e morte. A pessoa, quando se descobre com câncer, muitas vezes perde seus atributos pessoais, passando a incorporar a idéia de ser um paciente estigmatizado (CYRILLO e PAZZOTO 2000).

Para COSTA et al. (1999) no momento inicial de confronto com a doença observa-se reação de choque, raiva, descrença e negação. Em alguns casos é possível observar mecanismo de negação a doença interferindo na busca de ajuda médica, que é adiada, resultando na realização do diagnóstico em uma fase mais avançada. Segue-se quadro de ansiedade e depressão em torno do início do tratamento, coincidindo com o período pré-cirúrgico ou, em alguns casos, com a quimioterapia.

O que fazer quando um paciente nega a sua doença, dizendo nada ter, ou que o laboratório errou nos seus exames e tanto a família como a equipe precisa impor ao paciente uma condição de realidade? Frente a situações superiores à capacidade de absorção, o organismo *desliga-se* da realidade o tempo suficiente para que, numa velocidade individual e circunstancial, gradativamente o paciente possa ir-se reorganizando para enfrentar o que o espera. Posicionar-se junto com o paciente, *não nadando contra a correnteza* até o momento oportuno, talvez seja a melhor conduta, salvo situações especiais que envolvam riscos de comprometimento irreversíveis (CYRILLO e PAZZOTO 2000).

Como a medicina e a psiquiatria, a psicologia tem aumentado a atenção à religião e a espiritualidade, ainda que não na mesma intensidade. Esta tendência é evidenciada pelo crescimento do número de periódicos de psicologia envolvendo o tema religião e espiritualidade, aumentando o número de pesquisas e a criação de departamentos distintos dentro da Associação Americana de Psicologia (APA)

(BRAWER et al. 2002). BERGIN (1983) declara que o treinamento clínico na profissão está quase afastado do conteúdo que geraria uma avaliação de variáveis religiosas na psicologia atual. Raça, gênero e origem étnica agora recebem a merecida atenção, mas religião ainda é um órfão na academia.

BRAWER et al. (2002) relata que no programa de acreditação em psicologia clínica da APA, que engloba o treinamento e educação em religião e espiritualidade, várias recomendações são feitas no sentido do encorajamento para aumentar a sensibilidade dos psicólogos frente a este assunto, providenciar mais oportunidades para estudantes da área e incorporar as questões religiosas e espirituais nos trabalhos de curso. Somando-se a isto, a religião/espiritualidade está recebendo atenção especial nos currículos da área clínica. A maioria das instituições encaminha estes tópicos para algum estágio, e aproximadamente a metade das instituições tem estudantes que relatam que a religião/espiritualidade vem sendo a principal área de interesse.

1.8 O capelão e o paciente

O serviço de capelania oferecido aos doentes nos leitos hospitalares ou em outro espaço se reveste da mais alta importância. À medida que o capelão leva ao enfermo o conforto, a esperança e o amor fraterno, busca atingir o sentido mais amplo da pessoa.

As doenças de maior gravidade, no caso especial o câncer, geram muitas dúvidas e crises aos pacientes em geral. Os capelães profissionais tratam das crises dos pacientes por meio dos cuidados espirituais, nos quais são enfatizados o transcendental e o aumento das conexões com as comunidades. Desta forma, ajudam no restabelecimento e na recuperação dos pacientes. (VANDECREEK e BURTON 2001).

Com a temática “Where there is hope, there is life: toward a biology of hope”, RICHARDSON (2000) faz uma análise desta situação em inúmeros artigos da literatura. O autor afirma que dentro da limitação dos estudos analisados, existem

indicações de que a esperança aumenta a qualidade e conseqüentemente a quantidade de vida. A esperança ajuda as pessoas a lidarem com os seus sentimentos e também no enfrentamento de suas doenças. A esperança afeta a imunidade e a sobrevivência. Este autor afirma que existem “poucas” indicações de que a esperança esteja correlacionada de forma negativa com qualquer desses assuntos.

VANDECREEK e BURTON (2001) descrevem que o cuidado espiritual contribui positivamente para uma cultura organizacional saudável. Capelães profissionais, atuando no limite disciplinar, passam a ser integrantes da equipe em cuidados de saúde. Os capelães profissionais oferecem cuidados espirituais a todos os que estão necessitando e tem uma educação especializada para conduzir propostas espirituais, para que as pessoas enfermas enfrentem a situação de forma mais efetiva. Paralelamente, GIBBONS et al. (1999) afirmam que os capelães hospitalares, como parte de uma equipe que promove o restabelecimento, representam uma contribuição positiva para a resolução dos problemas de saúde dos pacientes no hospital. JOHNSON e SPILKA (1991) relatam que há muitas evidências de que a fé pode proporcionar muito conforto ao paciente em situações que ameaçam a vida, como o câncer.

Para VANDECREEK e BURTON (2001) as conclusões do benefício dos cuidados espirituais oferecidos pelos capelães profissionais podem ser resumidas em cinco pontos.

1. Os capelães profissionais desenvolvem uma função integradora, de apoio e fortalecimento dos recursos religiosos e espirituais. Vários estudos científicos demonstram que na prática o impacto da fé religiosa provoca um bem estar físico e emocional;
2. As pessoas buscam apoio espiritual e outras experiências quando estão doentes ou em situação de dificuldade;
3. Os capelães profissionais que atuam em cuidados de saúde desempenham uma função especialmente importante na identificação de pacientes com angústia espiritual e os ajudam a resolver os seus problemas religiosos ou espirituais. Desta maneira, atuam no ajuste e na melhora da saúde do paciente.

4. As famílias confiam nos religiosos e na ajuda espiritual para enfrentar os altos níveis de angústia durante o período da doença de um ente querido. O cuidado de um capelão para os membros familiares tem um impacto positivo.

5. Pacientes e membros da família estão frequentemente conscientes de suas necessidades espirituais durante o processo de hospitalização, desejam a atenção de um profissional da área espiritual para as suas necessidades, e respondem positivamente quando esta atenção é dada, indicando que sua influência provoca um desdobramento positivo no hospital.

1.9. OBJETIVOS

Identificar o significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer.

Identificar o significado atribuído pelos profissionais de saúde a fé religiosa no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

O estudo desenvolvido nesta pesquisa foi descritivo e de corte qualitativo.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. O foco essencial destes estudos reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, suas escolas, seus professores, sua educação, sua preparação para o trabalho, seus valores, os problemas do analfabetismo, entre outros (TRIVIÑOS 1987).

2.2 A pesquisa qualitativa

Para buscar em profundidade a essência da linguagem do idoso, foi utilizada a metodologia qualitativa. SIMIONI et al. (1997) afirmam que a escolha metodológica deve estar baseada na natureza do problema a ser estudado, bem como no recorte da realidade de cada pesquisa. A razão da escolha reside no fato de que este método de pesquisa pode ser uma ferramenta útil para iluminar os fatores que sustentam práticas profissionais tidas como não-efetivas, inapropriadas ou prejudiciais em cuidados de saúde (MURPHY et al. 1998).

As metodologias de pesquisa qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do *significado e da intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO 1992). As abordagens com este método permitem a compreensão dos campos e dos sentidos neles presentes na medida em que remetem a uma teia de significados, de difícil recuperação através de estudos de corte quantitativo (SIMIONI et al. 1997). FITZPATRICK e BOULTON (1996) relatam que a metodologia qualitativa é distinta porque enfoca o significado do comportamento do indivíduo ou de uma organização.

A metodologia qualitativa implica em ouvir as pessoas e observar o comportamento em seu mundo: a questão da motivação já é uma força que ajuda muitos clínicos gerais em seu trabalho (BRITTEN e FISHER 1993). Os pesquisadores qualitativos investigam um problema que não pode ser entendido mediante números ou estatísticas. Na prática, a pesquisa qualitativa pode permitir *ao médico olhar o mundo por um novo caminho - a abertura de um terceiro olhar. Cada entendimento pode reestruturar o desinteresse, ou recuperar um paciente aborrecido* (KUZEL 1994).

Para HODDINOTT e PILL (1997) o relacionamento entre o sujeito e o entrevistador, juntamente com o contexto no qual o entrevistado é incorporado, são importantes detalhes para avaliar a pesquisa qualitativa. As pesquisas qualitativas freqüentemente buscam uma investigação das suposições ao lado das questões da pesquisa e a sua influência sobre nossos pensamentos. Estes processos aumentam o nosso entendimento e amadurecimento nas pesquisas, incluindo experiências pessoais, constrangimento político e aceitabilidade acadêmica. Isto pode clarear as limitações e acrescentar novas questões para uma pesquisa (GRIFFITHS e MARINKER 1996).

2.3 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital do Servidor Público Estadual – Francisco Morato de Oliveira/IAMSPE, São Paulo – Brasil e no Hospital Pérola Byington/Núcleo de referência em saúde da mulher.

2.4 Dificuldades encontradas

O maior desafio para o desenvolvimento desta investigação foi quanto ao local para a coleta dos dados. Foram buscadas condições para o desenvolvimento de estudo em quatro Instituições. Na primeira delas foi questionada a validade do estudo. Já na segunda tentativa ocorreu um certo desinteresse, no sentido de que era preciso “achar” um orientador na Instituição que tivesse interesse na área temática abordada. Assim, pela felicidade e acolhimento da Superintendência do IAMSPE e da Diretora do Hospital do Servidor Público Estadual, após a

aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o mesmo foi desenvolvido com a tranquilidade necessária e no prazo previsto. Este processo também ocorreu no Hospital Pérola Byington.

2.5 População de estudo

Pacientes

A população do estudo foi composta por pacientes idosos com câncer com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, atendidos na Central de Quimioterapia/Ambulatório de Oncologia e no Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira/IAMSPE. A partir do momento que os Membros do Comitê de Ética do Hospital do Servidor Público Estadual votaram favoravelmente a execução do projeto, fase essa já vencida no ambiente da Faculdade de Saúde Pública, iniciou-se o seu desenvolvimento. A primeira etapa foi conhecer o ambiente de trabalho. Em seguida em contato com setor de Quimioterapia e com o Serviço de Assistência Domiciliar, começou-se a selecionar os possíveis candidatos. O critério de inclusão para a escolha dos pacientes foi estar ciente e informado de que era portador de câncer, independentemente da fase da doença. Os setores envolvidos se empenharam em analisar os casos adequados para a pesquisa. Os pacientes portadores de câncer foram selecionados e em seguida manteve-se contato com cada um para saber se havia interesse em participar do estudo. Aos pacientes interessados, agendou-se um horário e uma data para posterior entrevista. Aos que não puderam fornecer a entrevista no hospital a mesma foi aplicada na residência. O critério de exclusão foi para os pacientes que aceitavam parcialmente o seu quadro, mas negavam o diagnóstico e não tinham nenhuma clareza do prognóstico. Neste sentido, apenas um paciente foi eliminado do estudo e um segundo paciente negou-se a participar por motivos pessoais.

A etapa seguinte consistiu da apresentação do objetivo e a da relevância da pesquisa aos candidatos. O termo de responsabilidade do pesquisador e o termo de consentimento livre e esclarecido foram apresentados aos pacientes idosos com câncer e mais uma vez deixou-se livre de sua participação ou não do estudo. Aos participantes que aceitaram garantiu-se total sigilo e anonimato (anexos 5 e 6). Os

critérios utilizados obedeceram à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos.

Profissionais

Fizeram parte deste estudo, médicos, psicólogos e enfermeiros do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” - IAMSPE, sendo que dos 10 psicólogos, cinco foram entrevistados no Hospital Pérola Byington/Núcleo de referência em saúde da mulher. Os profissionais foram previamente contatados pelo pesquisador. Àqueles que aceitaram participar, foram expostos os objetivos e a magnitude do estudo na área da saúde pública. O sigilo e o anonimato foram garantidos, mediante a apresentação de um termo de consentimento (anexo 4), fornecido no ato da entrevista. Os critérios utilizados obedeceram a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos. Dos 22 médicos abordados, dois não participaram da pesquisa. Um alegou que não concedia entrevistas e um segundo recusou-se por não possuir tempo disponível. Considerou-se a amostra final de 20 participantes.

Os capelães estudados pertenciam à religião Judaico-cristã e a coleta de dados ocorreu em quatro hospitais e em duas Igrejas. O corte estabelecido foi possuir curso superior em teologia. Dos sete capelães entrevistados, cinco fizeram parte da amostra.

Quanto aos psicólogos não houve nenhuma recusa na participação da pesquisa. Já em relação às enfermeiras, apenas uma negou-se a participar alegando timidez.

Justificativa da escolha

A escolha das categorias profissionais se deu considerando o envolvimento e a presença destes em face do atendimento ao pacientes com câncer. CARVALHO (1998) destaca que o suporte psicossocial pode ser prestado tanto por profissionais de saúde (psiquiatras, psicólogos, enfermeiras treinadas para aconselhamento) como por ex-pacientes. Também afirma que não se pode deixar de citar a possibilidade de que, para determinados pacientes, o atendimento possa ser feito por religiosos.

Na escolha dos sujeitos do estudo não foi levada em consideração a crença religiosa, sendo esta variável não incluída no estudo. A participação foi plural tendo-se total respeito ao credo dos entrevistados.

2.6 Amostra

A amostra intencional final foi constituída por 20 pacientes idosos com câncer, 20 médicos, 10 enfermeiros, 10 psicólogos e 5 capelães.

2.7 Pré-teste

A realização do pré-teste da entrevista ocorreu no sentido de se buscar uma melhor compreensão da população alvo, quando da administração em definitivo do instrumento de pesquisa. Ele foi aplicado a 4 pacientes, 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 psicólogos e um capelão. Uma vez entrevistados, estes não mais participaram da pesquisa definitiva.

2.8 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu mediante a técnica da entrevista semi-estruturada (anexos 2 e 3). As entrevistas foram desenvolvidas no período de 9 de janeiro 2001 a 28 de março de 2001. Os discursos foram registrados em um microgravador, utilizando-se fitas de 60 minutos cada. A duração de cada entrevista não ultrapassou 60 minutos.

A entrevista é um método fundamental de coleta de dados em pesquisa qualitativa na área da saúde, pois ajuda a entender as respostas das pessoas doentes ou de uma situação particular (HUTCHINSON 1994).

A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Este modelo de entrevista passa a ser um dos principais meios que tem o pesquisador para realizar a coleta de dados. Ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante

alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS 1987; MINAYO 1992).

2.9 Técnica de análise de dados

Para o tratamento dos dados empregou-se técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, segundo metodologia proposta por SIMIONI et. al (1997) e LEFÈVRE e LEFÈVRE (2000). Foram utilizadas 3 figuras metodológicas, a saber: **a Idéia Central, as Expressões-chave e o Discurso do Sujeito Coletivo.**

Para os proponentes desta metodologia, a **Idéia Central** poderia ser entendida como a síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. Assim, está presente nas afirmações, nas negações e nas dúvidas a respeito da realidade factual, bem como nos juízos de valor a respeito da realidade institucional ou do contexto social onde os sujeitos estão envolvidos.

As **Expressões-chave** são trechos selecionados dos discursos que ilustram as idéias centrais. A literalidade do depoimento deve ser aqui resgatada. Esta busca é fundamental na medida em que, através dele, o leitor é capaz, comparando um trecho selecionado de depoimento com as afirmativas reconstruídas, de julgar a pertinência ou não da forma encontrada para traduzir discursivamente a idéia central. Para os autores, as expressões-chave são uma espécie de "prova discursivo-empírica" da "verdade" das idéias centrais.

O **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)** é uma estratégia metodológica que visa a tornar mais clara uma dada representação social; é uma forma discursiva de apresentação e de tratamento dos depoimentos que compõe o substrato de uma representação social.

Para tanto, o DSC consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa, por sujeitos sociais e institucionalmente equivalentes ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo, na medida em que os indivíduos que fazem parte deste grupo ocupam a mesma posição ou posições vizinhas num dado campo social. O DSC é então uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito social.

Por meio deste instrumento discursivo é possível visualizar melhor a representação social na medida em que ela aparece não sob uma forma (artificial) de quadros e tabelas de categorias, mas sob a forma (mais viva e direta) de um discurso, que é o modo como os indivíduos reais e concretos pensam. Portanto, o DSC é, no fundo, um expediente de apresentação de resultados de pesquisa qualitativa que não difere de algumas formas classicamente encontradas em pesquisas quantitativas, para dar visibilidade aos dados “frios”. Em síntese, o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um e é confeccionado a partir de trechos selecionados literalmente dos depoimentos individuais.

1ª etapa

Antes de começar a transcrição dos dados, as fitas foram ouvidas várias vezes, para que se tivesse uma idéia panorâmica e, conseqüentemente, uma melhor compreensão dos textos. A transcrição literal dos discursos foi realizada usando-se um processador de texto.

2ª etapa

No sentido de resgatar as representações sociais individuais, utilizou-se o Instrumento de Análise de Discurso (IAD1). O IAD1 descreve as idéias centrais que cada um dos indivíduos apresenta em seu discurso e as expressões-chave para cada resposta.

3ª etapa

Em seguida, listou-se em um único Instrumento de Análise de Discurso (IAD2) todas as idéias centrais e todas expressões-chave, com total resgate da literalidade do sujeito em questão.

4ª etapa

O passo seguinte foi à elaboração do Instrumento de Análise de Discurso (IAD3), que consistiu na transformação e na redução da listagem de várias idéias centrais, e de várias expressões-chave numa só, num discurso

encadeado, como se houvesse apenas um indivíduo falando (portador de um discurso-síntese) para compor um dado sujeito coletivo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são apresentados os dados referentes a 20 pacientes idosos com câncer, 20 médicos, 10 enfermeiras, 10 psicólogos e cinco capelães. As variáveis sócio-demográficas estão dispostas em cinco quadros. Em relação aos Discursos do Sujeito Coletivo, são analisados conforme a estratégia metodológica adotada no estudo. Não é pretensão exaurir a discussão dos DSC, mas sim, distinguir os pontos considerados de relevância em relação aos objetivos propostos.

3.1 Pacientes idosos

3.1.1 Variáveis sócio-demográficas

Quadro 1 - Perfil de 20 pacientes idosos com câncer atendido no Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, segundo variáveis sócio-demográficas, São Paulo, Brasil, janeiro a março de 2001.

Sexo		Idade (anos)	
Masculino	10	Média	67,1
		Amplitude	62 - 72
Feminino	10	Média	68,6
		Amplitude	60 - 87
Escolaridade		Estado civil	
Primeiro grau completo	2	Casado	11
Primeiro grau incompleto	9	Solteiro	2
Segundo grau incompleto	4	Viúvo	4
Terceiro grau completo	5	Desquitado	2
		Divorciado	1

3.1.2 Análise das variáveis.

Os sujeitos do estudo (quadro 1) se apresentaram em proporções equivalentes, sendo 10 do sexo feminino e 10 do sexo masculino. A idade média foi de 67,1 anos para os homens e de 68,6 para as mulheres. A escolaridade mais freqüente foi o

primeiro grau incompleto (9 sujeitos). Chama a atenção a presença de 5 pacientes idosos com terceiro grau completo. Em relação ao estado civil, o maior número de idosos era casado (11) e quatro eram viúvos.

3.1.3 Discursos do Sujeito Coletivo – Pacientes idosos

1. O que o(a) senhor(a) acha dos tratamentos médicos contra a sua doença?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Nada a reclamar. Eu acho muito bom e penso que eles estão no caminho certo.	Eu acho muito bom. Aqui já tem um tratamento melhor e estou me sentindo bem. Eu estou achando importante. As primeiras quimio eu passei muito mal, vômito. Agora com esse tratamento eu acho que eles estão no caminho certo, fazendo o melhor pra gente. Eu não conseguia andar bem, sentar... fiquei aqui internado, tomando remédio e bem tratado. Eu acho que dentro do que a medicina dispõe, eles aplicaram em mim esses recursos. Não tenho nenhuma queixa, tive muito sucesso, está tudo sobre controle. Não esperava melhor, porque sem o tratamento médico eu não estaria aqui. Estou contente porque quero sair dessa. Agora estou sozinho e me sinto bem.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Eu não tenho muita profundidade.	Eu não tenho muita profundidade. Não sei se tem cura, não sei o sofrimento daqui pra frente, ou se regride a doença com esse tratamento, de maneira que eu não tenho assim, um prognóstico.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Depende do procedimento médico.	A cirurgia quando erradica, há possibilidade de resolver o problema totalmente e a pessoa não precisa de tratamento quimioterápico e radioterápico, eu acho que se torna mais fácil... Agora, quando a pessoa precisa de quimioterapia, esse tratamento está muito agressivo ao corpo humano, né?. Eu senti muito esse tratamento; tem diarreia, dor no reto, eu tive muito desconforto, isso mexe com o psiquismo da pessoa.

2. O(A) senhor(a) já participou ou participa de alguma atividade religiosa?

Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Sim, eu participo.	Sim. Eu tenho meu centro. Eu faço pregação de casa em casa, tenho também as reuniões. Eu sou de freqüentar missa aos domingos, assim por diante. Já participei de diversas coisas, membro de jovens com Cristo, grupo de oração né.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Eu já participei, mas atualmente não.	Atualmente eu não estou participando de nenhuma, mas eu tenho a minha fé lá na igreja dos irmãos. Agora eu não posso sair quase, mas eu já participei. De um tempo pra cá fui pensando primeiramente cuidar de mim, depois do próximo... Então a gente tem que estar bem com Deus, para poder cuidar do próximo. Está muito difícil pra mim ler letra miúda.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo - 3
Eu não participo de atividade religiosa.	Não participo não. Não faço parte de nenhuma comunidade. Eu não sou de freqüentar, não sou assíduo. Eu sou meio divorciado, mas eu sou católico, eu já fui à igreja, eu acredito em Deus. Eu gosto de religião. Eventualmente eu recorro a um pensamento cristão.
Idéia Central - 4	Discurso do Sujeito Coletivo - 4
Na hora do aperto.	Eu freqüento na hora do aperto.

3. Qual o significado da fé religiosa para o(a) senhor(a)?

Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Fortalecimento, esperança e equilíbrio. A fé religiosa é tudo!	A religião é uma religação de nós com o alto, com o supremo. Quem tem fé em Deus sempre consegue alguma coisa! Quem não tem fé, não consegue nada. A fé religiosa faz com que a gente viva bem com a vida, com o pessoal, se fortaleça, tenha esperança, confiança, equilíbrio, apego e um horizonte mais santo. Sem ela eu não estaria viva, só a fé me fez passar por quatro cirurgias em dois anos, quando todos achavam que eu não saia do hospital. Eu tenho fé num Deus, em Jesus, alguns santos também e eu peço que Deus de proteção e saúde a todos aqueles que estão em volta de mim. A fé remove montanhas. A religião é muito importante e eu

	sou muito fervoroso. A gente precisa ter fé, força de vontade, nunca pode desanimar, pois a fé deixa viver mais um pouco. Eu acho que a fé é tudo.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Se eu não ver eu não acredito.	Eu não acredito assim... Se eu não ver eu não acredito.

4. Como era a fé religiosa do(a) senhor(a) antes de ter a doença? E como é agora?

Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Continua a mesma, porém, mudou a maneira de ser.	A mesma coisa. Não houve mudança. Eu acredito que Deus está me ajudando. Eu sempre fui religiosa. Eu sempre tive uma fé em Deus muito grande, uma esperança e fui aprendendo e crescendo e nunca mais eu deixei. Eu nunca desviei os caminhos e nunca misturei religião com as coisas materiais. Ela (a fé) em primeiro lugar, depois aqui (o tratamento). Claro que eu não poderia deixar um ou o outro. Um está muito intrínseco com o outro. O que eu fazia antigamente eu faço a mesma coisa, quem sabe até com um pouco mais de emoção, situação difícil... pede mais ajuda... A minha maneira de ser é muito diferente agora.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Eu tinha muitas dúvidas. Agora estou mais segura.	Antes de ter a doença eu vivia muito constrangida, eu não tinha religião, não vivia bem, a minha fé era bem fraca. Depois que eu fiquei doente, vim me operar, eu acho que a minha fé cresceu, agora eu tenho religião. Mas eu acho que ainda tem de crescer mais. Antes eu tinha uma fé em Deus, mas não conhecia, eu tinha muitas dúvidas. Hoje é ao contrário, eu conheço muito bem a Bíblia, né, então a minha fé é diferente. Agora, eu estou mais garantida (risos), estou me dedicando, eu acredito que ter Deus... resolve muito. Eu fui salvo, Deus, os médicos e minha família.

5. A fé religiosa ajuda a enfrentar a doença?

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Ajuda e muito. A gente não pode esquecer da fé em Deus.	Pra quem tem fé, ajuda e muito. Nossa senhora! Ai se não fosse! Ajuda a aceitar, a ter força pra enfrentar, pra deixar forte, porque a mente concentrada em alguma coisa sadia ela remove montanhas. Eu me apego muito em Salmos e Pedro. No dia que estava vomitando sangue pelo nariz eu pedi a Deus e ali fiquei apavorado. É essa hora que a gente conhece que precisa dele pra sobreviver. Então a gente não pode esquecer. Você está aqui hoje, mas terá a sua partida, então você tem que aceitar e com ânimo, lutar até a hora de não poder mais. Se não fosse a fé, eu acho que a gente não conseguiria, porque só falar que Deus vai curar e ir a igreja, ao pastor – não vai resolver. Quem não tiver fé religiosa ainda que o câncer seja uma doença que quando tratada a tempo tem grande chance de ser curado, mas é uma doença que tem estigma ainda. Sem a fé em Deus a gente não é nada e não chega a lugar nenhum.

6. O que tem mudado em sua vida desde o momento que soube que estava doente?

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Minha qualidade de vida caiu muito.	Mudou muita coisa. Eu fiquei muito triste, muito deprimido. É uma doença que a gente fica naquela expectativa – será que o exame está bom? Será que não está? Eu tinha qualidade de vida muito boa. Eu andava pra todo canto, corria, batia papo, era alegre, tinha relação sexual quase diária... Eu era uma pessoa muito ativa. Tudo isso acabou. Minha qualidade de vida caiu muito. Eu ainda quero recuperar. A minha atividade é atualmente fazer crochê. Não posso mais sair sozinha, mas graças a Deus ainda estou conseguindo andar. Eu já tive de tudo na vida. Eu trabalhei desde os quinze anos sem interrupção e estou doente sem ganhar. Graças a Deus eu tenho cinco filhos e minha filha é um amor. Perdi tudo, não tenho mais ilusão. Não troco pelo que tenho hoje e ainda pretendo trabalhar. Eu tenho certeza que eu acarretei isso pra mim e Deus me deu uma rasteira pra eu saber que tenho que mudar muitas atitudes da minha vida em relação a esse tipo de doença.

Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Não mudou nada. Eu levo a vida normal.	Nada! Eu levo a vida normal. Sinto-me perfeitamente bem. Eu fui operado e voltei pra casa. Estou vivo, alegre e não entrego os pontos. Tem que continuar, nunca pensar negativo. Continuo indo ao hospital, aos tratamentos, então não mexeu com nada. A doença é a doença, a minha fé é a minha fé, o meu Deus é o meu Deus, né?
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
No início eu fiquei triste. Agora eu penso mais em Deus.	No principio foi muito triste. Eu fiquei meio revoltado e aborrecido. Então mudou em parte, mas nunca me deixei cair sobre o que possa acontecer. Eu superei tudo através da minha fé. Depois eu fui entendendo melhor. Minha pessoa melhorou bastante. Agora eu penso mais em Deus, sinto que estou mais perto dele, tenho mais humildade, mais paciência, mais compreensão, muito mais amor ao próximo. Eu levo a minha vida normal.

7. Na sua opinião a religião pode ajudar a medicina no tratamento do câncer?

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
A religião ajuda muito o médico.	Pode! A religião ajuda muito o médico nesse campo e ao paciente pela sua própria fé. A religião ajuda à maneira de pensar, você fica mais humilde. O senhor tendo fé no médico, no tratamento e nas palavras que serão ditas, pensamento positivo, consegue melhor as coisas. Tem horas que a gente esta muito desanimada e se não se agarrar a Deus, vai se agarrar em quem? A mão do médico esta nas mãos de Deus, né? Quando a gente vai fazer uma cirurgia a gente reza e pede pra Deus.... palavras que dão alento pra gente aprender a enfrentar e adquirir força interna, força espiritual. Então quem tem fé sabe que vai acontecer coisa boa e que vai sarar.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
A religião pode ajudar em tudo, mas vai depender da fé de cada um.	A religião pode ajudar em tudo, mas isso não é só. Depende de cada um. A pessoa precisa ter fé dentro de si, porque senão não adianta. A pessoa precisa entender, ir se moldando para o futuro.

8. O(a) senhor(a) já recorreu a outro tipo de tratamento para a sua doença?	
Idéia Central -1	Expressões-chave -1
Não. Por enquanto estou acompanhando tudo o que os médicos falam.	Não. Por enquanto estou acompanhando tudo o que os médicos falam e pela minha fé em Deus. Eu vou seguir as orientações. Não procurei nenhum outro alternativo. Somente o tratamento do hospital.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
A gente procura de tudo.	Já. E a gente procura de tudo, né? Sempre pelo lado bom. Eu estou tomando ervas, ginseng, iodo, sal amargo, babosa, comprei comprimidos, não tem contra-indicações, não faz mal e está resolvendo... Eu estou me sentindo bem. Um padre benzeu, espiritualistas vieram aqui e fiz algumas sessões de cura pelas mãos. O tratamento oficial eu não aconselho deixar.
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Tudo! Mas agora apenas o tratamento médico.	Tudo! Tudo o que se possa imaginar. O que era me falado que dava certo eu ia. Fui e achei que não era o caminho que eu devia seguir. Apenas faço o meu tratamento médico.

3.1.4 Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Pacientes idosos

É importante conhecer a opinião do usuário que busca os serviços de saúde pública sobre o processo interventivo instituído. Neste sentido, a primeira pergunta colocada para os sujeitos idosos tenta resgatar o pensamento sobre o tratamento médico frente ao seu problema de saúde. Do material discursivo, três idéias centrais (IC) foram extraídas.

A primeira IC se apresenta valorizando o seguinte aspecto: *“Nada a reclamar. Eu acho muito bom e penso que eles estão no caminho certo”*. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), se apresenta de forma clara e simples. O sujeito idoso com câncer afirma que atualmente o tratamento está melhor, e se sente mais animado e contente, embora no passado tenha sido acometido pelos efeitos indesejados da quimioterapia. O sujeito coletivo destaca que a internação hospitalar produziu bons frutos em seu estado de saúde. Chama a atenção a fala que aponta o resultado positivo dos recursos tecnológicos disponíveis dispensados para o seu tratamento. Há sinal de gratidão aos profissionais de saúde envolvidos quanto ao desempenho junto

a situação problema. *“Não tenho nenhuma queixa, tive muito sucesso. Não esperava melhor, porque sem o tratamento médico eu não estaria aqui”*. O interesse pela vida é notório. O discurso se apresenta de forma contundente na luta contra esse agravo *“quero sair dessa”*.

Já na segunda IC se faz presente a dúvida e a incerteza quanto ao futuro de sua saúde *“Eu não tenho muita profundidade”*. A terapêutica passa a ser uma incógnita, porque o paciente desconhece de como o organismo vai responder à intervenção instituída.

A rejeição aos procedimentos de quimioterapia e radioterapia é destacada na terceira IC *“Depende do procedimento médico”*, e há no discurso a preferência para o procedimento cirúrgico. Isto é compressível do ponto de vista do paciente, pois é natural que um tratamento que possui inúmeros efeitos secundários seja menos aceito, em detrimento de outro menos traumático e de menor duração.

O fato de já ter participado ou estar participando de alguma atividade religiosa, foi a próxima indagação formulada aos idosos. O material coletado forneceu quatro IC.

Na primeira IC *“Sim, eu participo”*, o discurso destaca a importância das atividades religiosas. A participação do sujeito coletivo é pontuada em diversos movimentos, deixando claro que a sua atuação ainda continua forte. *“Eu faço pregação de casa em casa, tenho também as reuniões. Já participei de diversas coisas”*. Em estudo longitudinal envolvendo a temática religião e envelhecimento, BLAZER e PALMORE (1976) observaram que a maioria dos idosos estudada relatou altos níveis de atividade religiosa e atitudes positiva frente à religião. HALL (1985) salienta que o maior contato do idoso com outras pessoas, especialmente no contexto religioso, pode ajudar a diminuir efetivamente a sua ansiedade e a alienação e dessa maneira, melhorando a qualidade de vida no envelhecimento.

Na segunda IC *“Eu já participei, mas atualmente não”* o discurso aponta um sujeito coletivo que já esteve envolvido com atividades religiosas, porém, no momento devido às limitações físicas, há impedimento para a sua atuação, embora fé ainda permaneça. *“Agora eu não posso sair quase, mas eu já participei”*. As pessoas idosas experienciam maiores limitações funcionais e neste sentido têm menor

probabilidade de engajamento nas várias atividades da igreja (AINLAY et al. 1992), embora a atividade religiosa pessoal não cesse com o avançar da idade, há somente um desengajamento parcial das atividades religiosas organizadas (AINLAY e SMITH 1984). Neste sentido, LEVIN (1988) observou que o envolvimento religioso não organizado foi o mais encontrado entre as pessoas idosas e que é importante para o seu estado de saúde. Estes estudos sugerem que as pessoas idosas, devido a problemas de saúde mantêm um envolvimento mais íntimo com o sagrado, sendo em seu próprio lar ou na igreja, que pode ser por meio da leitura da Bíblia, da oração, ou de outro método religioso.

Por outro lado, na terceira IC se destaca a expressão “*Eu não participo de atividade religiosa*”. Na fala do coletivo está presente o não envolvimento com atividades religiosas. Eventualmente, em caso de necessidade, recorre a um momento de busca interior, para o seu fortalecimento. Neste discurso o sujeito tenta levar as coisas com certa tranquilidade, apesar de não participar de movimentos religiosos afirma que religião ainda faz parte de sua vida.

Em contraste com a primeira e a segunda IC, porém, mais próximo da terceira IC, a quarta IC aparece com o tema “*Na hora do aperto*”. Este discurso mostra um fato pitoresco que pode estar presente na vida de inúmeros indivíduos que enfrentam situações de ameaça ou de rompimento com a vida, que é a busca do transcendental quando os recursos terrestres findam. Nesse momento muitas pessoas que até então nunca procuraram por ajuda religiosa, ou por algo que lhes desse conforto para o enfrentamento de um agravo, saem em busca deste reforço. Assim, passa a ser o momento da busca da essencialidade em sinergismo com a terapia instituída, algo a mais do que a medicina pode oferecer, pois o momento é de muita desesperança. KRAUSE et al. (2001) relataram em estudo sobre apoio social baseado na igreja e no enfrentamento, que é mais provável que as pessoas utilizem a questão religiosa como enfrentamento, quando tempos difíceis surgirem e se obtiverem apoio sentimental de seu pastor, e especialmente se eles receberem suporte espiritual dos membros de sua igreja.

O que a fé religiosa significa na vida do paciente idoso com câncer? Frente a esta questão duas IC se apresentam.

A primeira IC aparece inserida no seguinte pensamento: *“fortalecimento, esperança e equilíbrio. A fé religiosa é tudo!”*. O discurso do sujeito prima pela ligação humana com o senhor Deus. *“A religião é uma relação de nós com o alto, com o supremo”*. Um estudo qualitativo que buscou descrever como as mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama viviam, destaca que uma parcela encontrou apoio em suas crenças religiosas e as crenças as capacitavam para continuar vivendo com a doença: *“I believe there is something between heaven and earth, something that directs, and maybe that is the reason to keep holding on”* (LANDMARK et al. 2001). A importância da crença e das atividades religiosas na vida de muitas idosas também é destacada por MULL et al. (1987). O discurso do sujeito coletivo sugere que há uma força que impulsiona o idoso a lutar pela vida e esta força interior parece advir de suas crenças em Deus *“Sem ela eu não estaria viva....”*.

O discurso do sujeito coletivo também evidencia que quem tem fé religiosa se sente mais bem preparado e forte para lutar contra as adversidades da vida. *“A fé religiosa faz com que a gente viva bem com a vida, com o pessoal, se fortaleça e tenha um horizonte mais santo”*. O sujeito coletivo também destaca que somente a fé foi capaz de encorajá-lo a enfrentar várias intervenções cirúrgicas. A fala do coletivo é contundente quanto à importância da religião como a entidade que promove o indivíduo a ser perseverante e esperançoso. BEARON e KOENIG (1990) relataram que a crença religiosa estava profundamente entrelaçada com os pacientes idosos em relação aos sintomas físicos e a sua saúde. Uma pesquisa desenvolvida por GONÇALVES (2000), cujo objetivo foi investigar se a religiosidade seria considerada um fator de proteção contra a depressão em pacientes com diagnóstico de câncer de mama antes e após a cirurgia, revelou que para os pacientes em pós-operatório houve uma associação estatisticamente significativa sugerindo que a religiosidade atuou como fator de proteção para as pacientes contra os transtornos depressivos. Paralelamente, LEVIN e VANDERPOOL (1987), em um estudo de revisão no qual questionaram se o freqüente comparecimento aos serviços religiosos realmente conduz a uma melhor saúde, concluíram que parece claro que esta prática

é um fator de proteção aos resultados negativos de muitas doenças. KUNE et al. (1993) encontraram a religiosidade como sendo um fator de proteção para o câncer de cólon e reto. ELLISON (1991) relatou que os indivíduos que possuíam grande fé religiosa apresentavam altos níveis de satisfação de vida, grande felicidade pessoal e menos conseqüências psicossociais negativas de eventos traumáticos na vida. LARSON e KOENIG (2000) em artigo publicado, com o tema - Deus, saúde e a função da espiritualidade em cuidados médicos, relataram que para os pacientes que consideram a religião como sendo importante em suas vidas, os médicos deveriam encontrar um caminho para ajudá-los, como por exemplo, referi-los a um capelão ou ao seu clero. Os resultados do presente estudo estão em concordância com estes dados da Literatura e revelam que o sujeito coletivo encontra na fé e na religião uma fonte de “*vontade*”, “*esperança*”, “*confiança*” e “*equilíbrio*” que transcende qualquer tratamento e que o “*deixa viver mais um pouco*”.

A força deste discurso é tão contundente que leva o sujeito coletivo a afirmar que os indivíduos descrentes apresentam dificuldades em vencer e se realizar na vida. “*Quem não tem fé, não consegue nada*”. OSLER (1910) já no início do século XX registrou em uma publicação com título - *the faith that heals*, que nada na vida é mais importante que a fé. Quase cem anos depois DUGGLEBY (2000) relata que os pacientes idosos com câncer mantêm a esperança por que buscam significado e confiança em um ser superior. A manutenção da esperança é importante para suportar o sofrimento. Para um paciente a vida sem esperança foi assim destacada “*without hope, you don’t care for nothing*”.

Quão relevante se torna à fé no momento de uma cirurgia? É natural que o paciente se agarre e se volva para Deus, por meio das orações. “*Só a fé me fez passar por quatro cirurgias em dois anos*”. KOENIG (2000b) descreve que a crença e as práticas religiosas se tornam particularmente importantes para as pessoas quando eles se tornam fisicamente doentes e procuram enfrentar o estresse de um procedimento cirúrgico e a dificuldade do processo da reabilitação que algumas vezes se segue. Muitos pacientes vêem na fé um remédio muito poderoso para o seu restabelecimento (RISBERG et al. 1996).

Opostamente, na segunda IC “*Se eu não ver eu não acredito*”, aparece um discurso com forte apelo do ver para crer. O discurso é inflexível e o espaço para a

presença do sagrado, no sentido de buscar o conforto e a devida impulsão para a luta, parece remota. A dúvida religiosa tende a desgastar os sentimentos de bem-estar psicológico (KRAUSE et al 1999).

Na perspectiva do paciente idoso, este estudo buscou entender como era a fé religiosa antes da doença e como está agora. Na fala do Sujeito coletivo duas IC são destacadas.

Na primeira IC se destaca a expressão “*Continua a mesma, porém mudou a maneira de ser*”. É interessante que tal afirmação seja emitida pelo sujeito coletivo. Embora no discurso esteja de forma contundente que não houve mudança, há a presença de afirmações como “*O que eu fazia antigamente eu faço a mesma coisa, quem sabe até com um pouco mais de emoção, situação difícil... pede mais ajuda*”. Isto aponta para uma fé de crescimento e de busca qualitativa, embora em sua essência o quantitativo tenha sido afirmado pelo coletivo que permaneceu inalterado. A fé e a esperança são instrumentos sempre presentes no discurso apontados como norteadores de vida. A presença de Deus é também mais invocada no dia a dia. Para este sujeito coletivo a fé e o tratamento são parceiros íntimos e a sinergia é positiva para enfrentar o problema de saúde.

O Discurso coletivo, embora transpareça uma fé inalterada, há destaque nas expressões de mudanças. “*A minha maneira de ser é muito diferente agora*”. Uma doença que tem o estigma de diagnóstico de uma “sentença de morte” pode deixar o indivíduo mais vulnerável. Pessoas com forte fé religiosa podem redefinir eventos potencialmente negativos em sua vida em termos de religiosidade, como uma oportunidade de crescimento espiritual ou como parte de um plano divino mais amplo (ELLISON 1991).

Na segunda IC “*Eu tinha muitas dúvidas. Agora eu estou mais segura*” o discurso revela que a fé se fortalece após o sujeito passar por situações difíceis, que envolveram ameaças a sua vida. “*Depois que eu fiquei doente, vim me operar, eu acho que a minha fé cresceu*”. A partir deste momento houve a necessidade de buscar mais a fé. O livro sagrado era minimamente conhecido. Deus inicialmente possuía pouco espaço na vida do coletivo. “*Antes eu tinha uma fé em Deus, mas não conhecia, eu tinha muitas dúvidas. Hoje, eu conheço muito bem a Bíblia, então a*

minha fé é diferente". O discurso deixa a entender que o aprofundamento da palavra sagrada forneceu maturidade ao coletivo idoso. A Fé é o cimento que liga o homem ao homem em toda a relação com a vida (OSLER 1910). É preciso acreditar, ter fé em algo transcendente que seja capaz de completar as ansiedades individuais e sociais (BASSINI 2000). RISBERG et al. (1996), ao estudar a cura espiritual em 642 pacientes noruegueses hospitalizados com câncer num estudo multicentro, afirmaram que 139 (23%) relataram uma intensificação da fé religiosa depois do diagnóstico do câncer. Segundo FERRELL et al. (1998) ao investigarem a qualidade de vida em 21 mulheres que sobreviveram ao câncer de mama, com a temática bem-estar espiritual: suporte e espiritualidade produziram inúmeros pensamentos positivos, dentre eles "... My beliefs have grown stronger... Ever since I was diagnosed with cancer there's always been negative thoughts as well as positive thoughts. With the help of God. I've tried to turn the negative into the positive".

Outro ponto foi lembrado no discurso coletivo. *"Antes de ter a doença eu não tinha religião, agora eu tenho religião"*. Aqui o discurso se afirma na importância de algo mais profundo, que possa dar fortalecimento e sustentar uma longa caminhada com a doença. Com a sua experiência de vida o idoso descobre que após o diagnóstico da doença ele não é marcado para a morte certa, mas pode recomeçar uma nova experiência que transcende tudo o que já viveu e que certamente o enche de esperança.

A próxima pergunta aplicada ao sujeito idoso foi se a fé religiosa ajudava a enfrentar a doença. Somente uma IC foi obtida.

O material extraído do discurso apontou a seguinte IC: *"Ajuda e muito. A gente não pode esquecer da fé em Deus"*. O Discurso do sujeito, indica o quanto importante se apresenta a fé em sua vida. A fé tem relevância para o fortalecimento interior e pensamento positivo. *"Ajuda a aceitar, a ter força pra enfrentar, pra deixar forte, porque a mente concentrada em alguma coisa sadia ela remove montanhas"*. Estudo realizado por HALSTEAD e FERNSLER (1994) para avaliar estratégias de enfrentamento e efetividade em pacientes com câncer que sobrevive por longo tempo evidenciou que rezar, ou ter confiança em Deus foi identificado como uso freqüente e muito útil para 67,8% dos sujeitos do estudo. Segundo os

participantes do estudo, as estratégias espirituais de enfrentamento foram usadas freqüentemente porque os ajudava. Atitudes e crenças sobre a fé, a cura e a oração em pacientes hospitalizados em estudo realizado por KING e BUSHWICK (1994), destacou que 98% dos respondentes disseram que acreditavam em Deus e 58% tinham uma crença religiosa muito grande. Similarmente NORUM et al. (2000) observou que entre os pacientes com câncer avançado 85% afirmaram que acreditavam em Deus. A pesquisa também evidenciou que ser religioso foi considerado pelos pacientes como potencialmente útil frente aos dilemas relativos à qualidade e o significado de vida. Estes dados remetem para o comentário de LARSON e KOENIG (2000) de que todos os médicos deveriam reconhecer a relevância clínica e a importância da espiritualidade e da religião na vida de muitos pacientes.

Em situações de risco, onde o medo e o desespero se instalam na vida das pessoas, a fé em Deus aliada ao tratamento médico pode redirecionar as suas vidas. KOENIG (1999a) ao ser indagado sobre como a fé religiosa ajuda as pessoas doentes, afirmou que os relatos dos pacientes sugerem que a fé dá ao sofrimento um significado e objetivo, ou promove um senso de controle que estimula a recuperação. Desta forma, neste momento de grande ansiedade, a fé religiosa pode ser o grande suporte, é ela que propicia ao indivíduo o necessário conforto e o encoraja a lutar pela vida. *“No dia que estava vomitando sangue pelo nariz eu pedi a Deus e ali fiquei apavorado. É essa hora que a gente conhece que precisa dele pra sobreviver”*. O homem que sempre buscou uma razão para existência de Deus descobre que a racionalidade não o ajuda e que além dos fenômenos físicos pode encontrar uma razão e uma força que podem mantê-lo e ajudá-lo a encontrar mais vida porque reascende a sua fé em Deus. TAYLOR e OUTLAW (2002) relatam que as pessoas com câncer utilizam a oração com uma forma pessoal de comunicação envolvendo a transcendência, para o bem-estar físico, emocional e espiritual frente a angústia provocada pela doença. MERAVIGLIA (2002) num estudo transversal em que pesquisou um instrumento para avaliar as atividades, experiências e atitudes de 32 pacientes adultos com câncer em relação a oração, encontrou que a oração pode minorar o efeito físico e emocional para o câncer. As respostas dos participantes

sobre as atitudes, em relação a uma subescala elaborada, evidenciaram a importância da oração como uma expressão do espírito humano em conexão com Deus.

É fato que o paciente ao longo de sua vida sofre mudanças, de tempos em tempos, por limitações da própria enfermidade. Assim, o questionamento “o que tem mudado em sua vida desde o momento que soube que estava doente”, destaca três IC.

Frente a primeira IC “*minha qualidade de vida caiu muito*” o discurso coletivo realça a presença de um quadro de aborrecimento, onde a dúvida é um fato cotidiano. O discurso destaca que a presença de uma vida ativa e de qualidade estava presente na vida do idoso antes da doença. A felicidade é uma conquista de todo ser humano. Este processo pode ocorrer mediante várias situações concretas, tais como: ter uma atividade física, ter um bom relacionamento, ser independente fisicamente, dentre vários outros conforme evidenciado no discurso, “*Eu andava pra todo canto, corria, batia papo, era alegre, tinha relação sexual quase diária... Eu era uma pessoa muito ativa*”. Apesar da limitação física, o sujeito coletivo até então agradece a Deus porque ainda consegue se locomover. Certas doenças mudam totalmente ou parcialmente a vida das pessoas. No caso do câncer pode provocar alterações radicais de comportamento e de atuação frente a um futuro incerto e nada tranquilo. O ter na vida do coletivo, passa ser questionado e uma nova postura é assumida. “*Perdi tudo, não tenho mais ilusão. Não troco pelo que tenho hoje e ainda pretendo trabalhar*”. É interessante que este sujeito coletivo, apesar dos problemas gerados pela doença, ainda é otimista. Em vários pontos de seu discurso ele atribui esta esperança a Deus: “*Graças a Deus*”. Segundo VASSÃO (1997), a enfermidade seja ela causada por um acidente ou qualquer alteração física, provoca no homem uma surpresa desagradável, arrancando-o de seu ritmo normal de vida, interrompendo seus planos, confundindo seus alvos, desestabilizando sua situação financeira e sua família.

Opostamente a primeira IC, a segunda IC se afirma de forma contundente, “*Não mudou nada. Eu levo a vida normal*”. A fala do coletivo evidencia que a doença passa a ser um obstáculo que deve ser enfrentado com certa naturalidade, já que a vida continua. Os procedimentos médicos são respeitados e seguidos tendo como base a fé e um Deus, sendo a esperança uma grande aliada.

A terceira IC *“No início eu fiquei triste. Agora eu penso mais em Deus”* se inicia num discurso inicialmente desalentador, seguido de etapas positivas e de maior fortalecimento. Neste discurso é realçada a importância da atitude pessoal, fazendo com que a vida seja encarada de maneira diferente, ou seja, com mansidão e amor mútuo. O crescimento na fé por meio da busca de Deus é caracterizado na fala do coletivo como sendo fator saliente no enfrentamento da doença. *“Eu superei tudo através da minha fé. Agora eu penso mais em Deus, tenho mais humildade, mais paciência, mais compreensão, muito mais amor ao próximo”*. A doença pode atuar como um sinal luminoso surgindo de maneira inesperada na trajetória muitas vezes tortuosa que cada um constrói, podendo ser entendido como um sinal de alerta para que o indivíduo possa reavaliar a sua vida, suas atitudes, comportamentos, valores, o modo como se relaciona consigo e com os outros (RZESNIK e DALL’AGNOLL 2000). Características semelhantes foram observadas por KOENIG et al. (1998b) num estudo sobre a questão religiosa como estratégia de enfrentamento e o padrão de saúde em 577 pacientes com 55 anos e em tratamento hospitalar. Os autores relataram que as atividades religiosas positivas para o enfrentamento apresentaram tendências de associação com menos sintomas de depressão e com melhor qualidade de vida. A maioria dos métodos religiosos de enfrentamento está relacionado a um maior crescimento pessoal frente ao estresse referido e ao total cooperativismo. Estas correlações foram mais acentuadas do que as observadas em pacientes que não usaram a religião como enfrentamento do problema.

Uma outra questão abordada foi quanto à possibilidade da religião poder ajudar a medicina no tratamento do câncer. Duas IC derivaram.

Na primeira IC, *“A religião ajuda muito o médico”*, o coletivo afirma que religião assume papel importante na vida. *“A religião ajuda à maneira de pensar, você fica mais humilde”* Outra afirmação vem sugerir que o trabalho do médico é guiado por Deus, *“A mão do médico está nas mãos de Deus”*. Estudo recente realizado entre 1033 pessoas com mais de 18 anos no sudeste dos EUA, em relação à temática crença religiosa, cura, espiritualidade e fé, mostrou que 80% acreditam que Deus age pelas mãos dos médicos. Muitos vêem os médicos como um instrumento de Deus, mas por razões desconhecidas, não como um intercessor (MANSFIELD et

al 2002). O discurso coletivo destaca ainda que tanto o médico como o paciente que se apegam a Deus, podem conseguir bons resultados pelo encorajamento e pelo conforto que a religião pode propiciar. Um recente estudo desenvolvido nos EUA por MANSFIELD et al (2002) destacou três importantes razões para incluir a espiritualidade no modelo biopsicossocial. A primeira é que muitas pessoas acreditam que Deus age por intermédio dos médicos. A segunda é que eles também acreditam que Deus é mais importante que a habilidade do próprio médico e a terceira é que a maioria dos pacientes quer discutir as questões espirituais quando são acometidos por doenças sérias ou quando estão chateados.

Próximo ao pensamento emitido pelo coletivo na primeira IC, a segunda IC *“A religião pode ajudar em tudo, mas vai depender da fé de cada um”* destaca-se por apresentar uma complementação diferencial. O que chama a atenção no discurso é que a religião aparece como uma entidade de fortalecimento à medicina. A diferença em relação à primeira IC é que na segunda a religião pode complementar a terapêutica instituída. Há uma força que resulta de vários procedimentos e que vão atuar conjuntamente para o benefício do paciente. *“A religião pode ajudar em tudo ...Depende de cada um. A pessoa precisa ter fé dentro de si, porque senão não adianta”*. Para muitas pessoas a oração pode complementar os cuidados médicos, ao invés de competir com ele (BEARON e KOENIG 1990). De certa forma a religião pode ser considerada como uma forma de terapia complementar ou suplementar. No auge das descobertas científicas e do progresso da medicina, os médicos e seus pacientes estão mais abertos em direção às formas alternativas e complementares da medicina (ROSNER 2001).

Na vida de um paciente com câncer, a busca por terapias alternativas ocorre com certa frequência. Assim, a última pergunta colocada para este sujeito, é se ele já recorreu a um tratamento complementar para a sua doença. Três IC foram detectadas.

A negação aparece logo na primeira IC *“Não. Por enquanto estou acompanhando tudo o que os médicos falam”*. O discurso se apresenta de forma aderente ao procedimento médico acordado e as orientações parecem ser seguidas com seriedade. Estudo desenvolvido por RODRIGUES et al (1991) com o objetivo de identificar alguns aspectos das crenças e dos sentimentos dos pacientes portadores

de câncer sobre sua doença e tratamento, evidenciaram que a maioria dos pacientes 60% relatou que fazia somente o tratamento prescrito pelo médico e não utilizaram outros tipos de tratamento.

Por outro lado, a afirmação “*A gente procura de tudo*” emerge na segunda IC. Neste discurso a fala do coletivo aponta para a busca de qualquer produto recomendado. É forte a procura pelo transcendental, benzimento, cura pelas mãos, etc, embora o tratamento oficial não deva ser abandonado. “...mas o *tratamento oficial eu não aconselho deixar*”. Em um grupo de 480 pacientes com diagnóstico de câncer de mama o uso da medicina alternativa foi comum e eles a iniciaram logo após o diagnóstico inicial do câncer (BURSTEIN et al. 1999). Para muitos pacientes o experimentar da modalidade medicina alternativa e complementar, pode ser devido à falta de esperança e a incerteza de que haja resposta da terapia convencional; ou simplesmente uma tentativa de participar no processo de cura, ou o desejo da família, curiosidade, ou porque acha que estará mais saudável, ou pelo medo dos efeitos adversos (VERHOEF et al. 1999). Similarmente ROSNER (2001) descreveu que o medo, os efeitos adversos, as experiências negativas prévias e o desejo por parte do paciente por mais cuidados de apoio são outras razões apontadas. Outro autor afirma que a urgência que muitos pacientes e familiares sentem em procurar qualquer benefício em potencial ou uma opção de tratamento esperançoso leva muitos pacientes a tentar qualquer promessa de tratamento que é oferecido (MASSIE et al 2001).

Em relação à terceira IC “*Tudo! Mas agora apenas o tratamento médico*”, o discurso coletivo se apresenta em duas conotações. A primeira vem fortalecida por um momento permeado pelo medo da perda da vida. O discurso coletivo indica que há um certo temor do sujeito idoso, e nessa hora tudo é bem-vindo, já que a esperança na medicina ortodoxa era imperceptível e sombria. “*Tudo o que se possa imaginar. O que era me falado que dava certo eu ia*”. Por que os pacientes com câncer usam terapias complementares não oficiais? Um estudo transversal multicêntrico realizado na Noruega por RISBERG et al. (1997) registrou que em torno de 25% dos sujeitos do estudo sentiram forte pressão dos parentes e amigos para utilizarem tal terapia. Em um outro levantamento, objetivando avaliar o uso de terapias complementares, WYATT et al. (1999) encontraram aproximadamente 33%

dos pacientes idosos com câncer utilizando-se da terapia alternativa. Paralelamente MÜNSTEDT et al. (1996) encontraram 38,8% das entrevistadas com tumores malignos utilizando a terapia não convencional. Estes pacientes eram aqueles que haviam sofrido com a terapia convencional, que se sentiram nervosas ou emocionalmente instáveis, que tinham tido pouca fé em seus médicos e que tinham mais predileção por métodos não convencionais. LIPPERT et al. (1999) somando a isto, destaca que 42,6% dos pacientes em tratamento de câncer de próstata localizado faziam uso da medicina alternativa. As três terapias mais comumente utilizadas foram: vitaminas, oração ou práticas religiosas e medicamentos fitoterápicos. Já a segunda fase do discurso coletivo, com novo direcionamento e cheio de esperança, buscou-se um melhor seguimento da terapia prescrita. *“Apenas faço o meu tratamento médico”*.

3.2 Profissionais de saúde - Médicos

3.2.1 Variáveis sócio-demográficas

Quadro 2 - Perfil de 20 médicos do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, segundo variáveis sócio-demográficas, São Paulo, Brasil, janeiro a março de 2001.

Sexo		Idade (anos)	
Feminino	8	Média	40,9
		Amplitude	27- 61
Masculino	12	Média	50,1
		Amplitude	36 – 87
Pós-Graduação <i>StrictuSensu</i>		Estado civil	
Mestrado em andamento	4	Casado	11
Mestrado completo	2	Solteiro	6
Doutorado	3	Divorciado	3
Não possui	11		

3.2.2 Análise das variáveis

Conforme as variáveis sócio-demográficas (quadro 2), a maioria (12) dos pesquisados pertencia ao sexo masculino. A idade média para os médicos foi de 50,1 anos, enquanto que para as médicas foi de 40,9. Todos os entrevistados possuíam curso de especialização na área específica. Quanto a pós-graduação *Strictu Sensu*, 9 médicos possuíam tal titulação ou esta estava em andamento. Em relação ao estado civil, mais da metade (11) era casado.

3.2.3 Discursos do Sujeito Coletivo - Médicos

1. O que significa para o(a) senhor(a) em seu trabalho a sua fé religiosa?	
Idéia Central - I	Discurso do Sujeito Coletivo - I
É uma coisa que conforta, que ajuda e que norteia a minha atividade.	A minha fé religiosa é muito importante, é o meu sustentáculo. Ela norteia a minha atividade e me dá equilíbrio. Eu acho que o cristianismo, essa questão da fé numa filosofia de vida é uma coisa que conforta, que me ajuda. Tendo fé, você pode transmitir alguma coisa, dar um sentido e segurança para os pacientes. Se você não tem fé, não acredita em nada, acaba não tendo condições de transmitir nada disso. Eu acho que acreditar em alguma coisa além do que a gente consegue comprovar cientificamente é uma coisa importante. Na oncologia a gente não tem explicação científica para muitas coisas. Os conhecimentos científicos vão até um determinado ponto. Então você ter uma perspectiva de alguma coisa além do que a gente está vivendo é uma coisa importante para estar passando para o paciente. A gente luta com muita tristeza, você vê muita desgraça, não só do paciente mas todo o contexto familiar. Assim, se não tiver a fé, você não entende o porque daquilo. Só a fé mesmo, a que está em Deus, é que tem um caminho, um outro lado para a pessoa poder superar isto tudo. O ser humano é composto de concreto e de abstrato e que tem estar em equilíbrio. Esse equilíbrio do abstrato é dado por qualquer religião, porque o Deus é único. A minha formação religiosa faz com que eu tenha uma visão diferente. Eu acho que um pouco menos técnica, lógico, sem deixar de lado o aspecto técnico. A fé me

	acompanha em todos os momentos. Não só no trabalho como fora do trabalho. Eu trabalho dentro dos princípios da minha fé.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
A fé não interfere. O trabalho é baseado em atividade científica.	A fé religiosa tem relativamente pouca importância, significa quase nada ou absolutamente nada. O meu trabalho é mais baseado na formação científica do que propriamente nos problemas de religiosidade, de fé. Eu não trato mais um com fé ou sem fé, é tudo igual, não tem interferência nenhuma no trabalho.
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Presença da espiritualidade, não religião especificamente.	Eu acredito em alguma coisa muito forte, talvez seja Deus. Eu acho que essa crença me ajuda a manter animada, porque eu tenho muito animo pro trabalho. Eu acho que a gente fica com uma garra, uma vontade muito grande de trabalhar, de fazer as coisas. Eu atribuo esse animo a alguma espiritualidade, mas não religião específica, não uma fé religiosa. Eu acredito que o bem-estar espiritual de alguma forma influi na minha relação com o paciente. A gente trabalha numa área muito crítica. Então eu acho que de alguma forma eu tenho que ter uma ajuda a mais que só a minha habilidade, meu conhecimento.
Idéia Central -4	Discurso do Sujeito Coletivo -4
Eu não tenho fé religiosa.	Eu sou atéia. Só isso! Eu não tenho fé religiosa.

2. Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco a respeito

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
A fé sustenta o paciente. Ajuda a encarar melhor a doença, dá motivação para o tratamento e mantém a esperança.	A fé religiosa é uma sustentação, e é um dos principais motivos de vida do paciente idoso com câncer. É o que se torna mais importante, até mais importante do que a presença do médico, de um familiar e até da medicação. Quando o paciente tem uma fé religiosa, uma espiritualidade, que desenvolve alguma coisa além do habitual, ele consegue tolerar melhor, encarar com mais serenidade a própria dor, a própria doença e algumas situações e ter animo para ir a luta, persistir e acreditar no tratamento. Eu acho que esse é o lado positivo. Mas

---

também existe um lado negativo de pessoas que acreditam que somente a fé poderá curá-los e abandonam o tratamento. Eu acho que a fé religiosa favorece o tratamento e vão atuar como fatores coadjuvantes, indispensáveis no processo. A pessoa que aceita tem duas conotações: aceita a situação e batalha por ela e aceita a situação e se deprimi. Tem gente que pra se esclarecer se acalma e tem gente que se embute nos seus preconceitos e morre ali sufocado. Paciente que tem Deus tem uma direção, uma postura. O que não tem fica muito perdido, batendo a cabeça na parede. Com o paciente religioso, fica fácil poder conversar alguma coisa da doença, dos sinais, da sensação de abandono. Quando a gente consegue saber sobre essa crença, eu acho que ajuda o contato, pois todo aquele que acredita em alguém quer viver e ser tratado. O paciente com câncer avançado, nessa hora tudo vale porque é algo a mais para ajudar, do que simplesmente a tecnologia, o conhecimento, a habilidade. A ciência aplica os seus conhecimentos e resta um pouco de fé, de esperança para o doente e que ele consiga uma qualidade de vida, uma sobrevivência satisfatória se apegando a fé religiosa. Enquanto você mantém a esperança, você tem motivação para o tratamento e participa ativamente dele. Isto tem importância grande, até porque muitas vezes isso melhora. O sujeito se sente mais forte e ajuda principalmente nesse tipo de doença terminal. O câncer inicial, só a ciência talvez de conta do recado, mas quando a coisa complica, então você se socorre de outras coisas inclusive a religião, por que não? Eu diria que não só a fé religiosa, mas a pessoa tendo bom coração, boa índole, tendo amor, né? E com isso ela pode mesmo ajudar a si próprio e também ajudar ao próximo. Então essa fé, esse amor, isso que a pessoa transmite, que a pessoa irradia, ajuda e cresce a si mesmo. O tratamento de câncer é muito difícil, tem muito efeito colateral. Por ser um tratamento agressivo e pelo ser humano enfrentar situações tão adversas, quem tem fé consegue se fortalecer interiormente de forma a superar esse período de dificuldades. Eu acho que é muito importante você se apegar numa fé, crer em alguma coisa superior aos nossos limites seja ela que nome a gente acabe dando e que possa trazer uma esperança de cura que é o objetivo do tratamento oncológico. A gente percebe nos pacientes oncológicos que há uma extrema carência. Quando da notícia eles se desarmam, eles ficam totalmente depressivos. Isso é natural diante do diagnóstico. A fé religiosa serviria

---

	para manter um apoio muito importante moral e também a confiança no médico. Eu acho muito importante para o doente. A fé não só como numa situação de agravamento da doença, de uma doença de alta gravidade, prognóstico em geral ruim, ajuda a suportar todos os sofrimentos que a vida oferece. Então é importante que se o médico ou a ciência não conseguir controlar a sua doença, ele terá uma vida em outros planos, de acordo com a sua fé pessoal. Eles têm as crenças deles e elas devem ser respeitadas, fazem parte como verdadeiras, fazem parte do espiritual deles. Na grande maioria eu acho que talvez pela educação, os outros tempos que viveram, os idosos são mais fervorosos, tem um maior grau de aceitação da doença e encaram a morte mais tranquilamente.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Ajuda a suportar a moléstia, mas não altera a evolução.	Não acho que alteraria a evolução da moléstia, mas ajuda um pouquinho a suportar a moléstia, mas não altera a evolução.

3. O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o paciente idoso com câncer?

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Eu não recomendo, mas incentivo e apoio integralmente.	Eu não recomendo. Eu costumo lembrar sobre o aspecto, a fé. Se ele quiser, se manifestar alguma vontade de ter atividade religiosa será apoiado integralmente. Se não, também será apoiado e respeitado integralmente. Nunca eu tentaria, forçaria pra aceitar ou não aceitar a religião. Eu tenho o hábito de avaliar como cada um já traz no decorrer de sua vida. Cada um tem a sua religião e tem que se apegar naquilo que acredita. Vai ser muito importante na recuperação, no convívio com a sociedade. Eu acho que qualquer pessoa que tiver uma religião, que praticar uma religião, oração, leitura, que participar de grupos de trabalhos, eu acredito muito na terapia ocupacional e que venham acompanhadas de coisas – “cabeça vazia, oficina do diabo”. Então se você tem oportunidade de ficar ligada a alguma coisa, só acrescenta em todos os sentidos, pois é muito melhor do que ficar excluído em casa. Eu incentivo. Você esta com dificuldade de ler a Bíblia e você gosta de ler Bíblia, está bom. Então porque você

	não mantém a sua atividade, se é uma coisa que você gosta? Eu acho que desde que o paciente tenha condições físicas pra isto e queira eu não vejo problema nenhum. Uma atividade religiosa poderá trazer uma energia positiva, alguma esperança e benefício maior para ele, no sentido de reforçar a crença no tratamento e a crença de que ele pode melhorar. O que a gente percebe é que as pessoas que acreditam em algo mais, elas tentam aparentemente um tratamento que é no mínimo mais tranquilo do que outros que às vezes não acreditam em nada e acabam tendo um tratamento mais conturbado. Envolver essa questão da espiritualidade é importante. No idoso que tem uma fé, que tem algum embasamento costuma em geral tolerar melhor. Eu sempre procuro deixar bem claro pra não se confundir as coisas, os médicos, os profissionais, os tratamentos, os recursos técnicos, eles existem porque é da vontade de Deus que isso exista. Então, de modo algum quando intervir esta indo contra, aliás, nós somos um instrumento nas mãos de Deus pra fazer isso. Eu procuro deixar bem claro pra que as coisas andem sinergicamente.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Sim, respeitando o que ele pensa e crê.	Eu recomendaria qualquer tipo de atividade, respeitando o que ele pensa e crê. Nos pacientes que tem uma fé religiosa, eu acho que não só ajudaria, como acho indispensável. É mais um aparo, porque você nunca pode tratar o paciente de uma forma segmentada, você tem que tratar o paciente de uma forma global. Estão o tratamento inspira o caminho, uma coisa fundamental, quando você trata de um paciente como um todo. Você trata do corpo, do espírito e da alma. O sujeito reza, o sujeito ora eu acho que isso daí. E ainda a positividade psicológica do doente. O sujeito está imbuído daquilo, eu acho que isso é que vale. É uma coisa a mais e é surpreendente o efeito de tudo isso e como muda às vezes a cabeça das pessoas. Mudando assim essa visão muito tecnicista que a gente tem hoje. Há relatos na medicina que pacientes melhoram toda a condição, a multiplicação celular, a divisão celular. O câncer é uma doença multisetorial.
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Não. Tem que ser uma coisa de livre e espontânea vontade.	Recomendar? Não! Mas não seria contra. Eu acho que a crença das pessoas é uma coisa que deve ser respeitada e aceita. É uma necessidade de cada um. Tem que ser uma coisa de livre e espontânea vontade do paciente. Compete ao familiar, ao paciente fazer a sua escolha,

	porque eu não posso interferir no livre arbítrio de cada um.
Idéia Central -4	Discurso do Sujeito Coletivo -4
Busca de fortalecimento interior	Eu não recomendaria uma atividade específica. Mas recomendaria independente de ter uma atividade religiosa, que ele tenha fé, amor, confiança, vida interior. Ao você se interiorizar, você busca alguma coisa dentro da religião com Deus, né. Qualquer que seja o caminho.

3.2.4 Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Médicos

O significado da fé religiosa para o médico, no trato com o paciente, particularmente o idoso com câncer, parece ser importante no processo saúde/doença. A temática desenvolvida junto a este sujeito forneceu três idéias centrais (IC).

Em relação à primeira IC *“É uma coisa que conforta, que ajuda e que norteia a minha atividade”*, há indicação de que a fé religiosa é um instrumento direcionador das ações e das condutas deste coletivo. O trabalho médico, ora é carregado de alegrias, ora de tristezas. A vida do paciente pode estar por um fio. São situações difíceis, e o coletivo expressa um discurso todo permeado pela riqueza do buscar em Deus o amparo para se manter animado e persistir nas suas atividades. *“É uma coisa que conforta, e que me ajuda. A minha fé religiosa é muito importante, é o meu sustentáculo. Ela norteia a minha atividade e me dá equilíbrio”*. O ser humano precisa estar em equilíbrio tanto do ponto de vista do que é palpável, quanto do que não é palpável; tanto do lado sagrado, quanto do lado da terapêutica. STANZIANI (2002) realizou um estudo com 190 médicos e estudantes de medicina em duas Instituições, sobre a temática - espiritualidade, religiosidade e medicina: a convicção de médicos sobre a influência da espiritualidade ou religiosidade na melhoria dos pacientes. Uma das perguntas colocadas foi: o quanto próximo você se sente de Deus ou de uma força superior transcendente? 46% se declararam muito próximos a Deus ou a uma força superior transcendente e 33% razoavelmente próximos. Quanto ao convencimento de que Deus ou força superior existe, 54% responderam que “sim, definitivamente” e 23%, “pode ser”. DAALEMAN e FREY (1999) investigando a crença espiritual e religiosa e a prática dos médicos de família, descreveram que a

maioria (79%) relatou que havia uma forte orientação religiosa ou espiritual em seu trabalho e 77% reconheceram a presença de um sentimento próximo a Deus ou a uma força do alto.

Estar à frente de situações de alta gravidade e que principalmente ameaçam a vida, demanda um maior equilíbrio do profissional da saúde. Esse equilíbrio se manifesta no discurso coletivo pela presença de uma fé que o mantém com firmeza e conforto, para transmitir e ao mesmo tempo apoiar o paciente. *“Tendo fé, você pode transmitir alguma coisa, dar um sentido e segurança para os pacientes. Se você não tem fé, não acredita em nada, acaba não tendo condições de transmitir nada disso”*. Investigação desenvolvida por KUYCK et al. (2000), cujo objetivo foi avaliar o quanto de atenção os clínicos gerais dão em sua rotina diária à crença religiosa dos pacientes, destacou que a maioria também considerou a sua própria religião como fator importante para tomar decisões que envolvessem assuntos clínicos de ordem moral.

Muitas questões complexas em várias doenças não são esclarecidas pela medicina. Assim, para o médico é relevante poder estar com o paciente e repassar algo além do que a terapia convencional pode proporcionar. *“Eu acho que acreditar em alguma coisa além do que a gente consegue comprovar cientificamente é uma coisa importante. Na oncologia a gente não tem explicação científica para muitas coisas. Os conhecimentos científicos vão até um determinado ponto. Então você ter uma perspectiva de alguma coisa além do que a gente está vivendo, é uma coisa importante para estar passando para o paciente”*. Neste discurso, a crença pode proporcionar ao sujeito coletivo médico a força e a compreensão para lidar com os problemas do paciente. Estudo conduzido por STANZIANI (2002) reforça este discurso. Ao indagar a médicos e estudantes de medicina, se eles já haviam recorrido a Deus ou força superior para o enfrentamento das incertezas, 35 (18%) afirmaram que “freqüentemente” e 72 (38%) “muitas vezes”. ASTROW et al. (2001) aponta que um novo olhar sobre o papel que a religião e a espiritualidade ocupam no cuidado médico virá melhorar o trabalho desses profissionais junto aos pacientes para atingir os objetivos terapêuticos.

Ao contrário do discurso destacado na primeira IC, a segunda IC se apresenta na expressão *“A fé não interfere. O trabalho é baseado em atividade científica”*. O

discurso para este sujeito coletivo se fortalece na medicina hegemônica, de forma que a fé religiosa ocupa uma parcela menor ou de nulidade frente a sua rotina. *‘A fé religiosa tem relativamente pouca importância, significa quase nada ou absolutamente nada. O meu trabalho é mais baseado na formação científica’*. Vários pesquisadores têm relatado que atualmente os médicos norte americanos têm sido solicitados para recuperar a história espiritual do paciente (KOENIG 2000c; LO et al. 1999). Mais de 70 das 126 escolas médicas dos EUA têm cursos de educação continuada com o objetivo de ensinar e treinar os estudantes no resgate da história espiritual dos pacientes (PARGAMENT et al. 2001). Uma pesquisa realizada por KING e BUSHWICK (1994), com pacientes hospitalizados sobre a fé, a cura e a oração, fortaleceu a hipótese de que, embora muitos pacientes desejem mais freqüentemente e de forma mais profunda a discussão sobre as questões religiosas com os seus médicos, estes geralmente não discutem o assunto com os seus pacientes.

A terceira IC *“Presença da espiritualidade, não religião especificamente”* mostra um discurso permeado por uma força divina, embora o sujeito não atribua esta energia a alguma religião em especial. É marcante, no discurso, a presença de um estado animador, explicitado pela espiritualidade, no sentido do fortalecimento para trabalhar junto ao paciente. *“Eu acho que a gente fica com uma garra, uma vontade muito grande de trabalhar, de fazer as coisas. Eu atribuo esse ânimo a alguma espiritualidade. Eu acredito que o bem-estar espiritual de alguma forma influi na minha relação com o paciente. Então eu tenho que ter uma ajuda a mais que só a minha habilidade, meu conhecimento”*. O diálogo espiritual pode aumentar a comunicação e o relacionamento médico-paciente (TARPLEY e TARPLEY 2002). Ao abrir o diálogo sobre a questão religiosa e espiritual com os pacientes em relação a sua saúde, os médicos irão descobrir que poderão enriquecer a sua experiência prática e, por conseguinte, as suas relações com os pacientes melhorarão (ASTROW et al. 2001). Discutindo a questão da espiritualidade, PESSINI (2000b) comenta que a mesma se orienta pela experiência profunda e sempre inovadora e surpreendente do encontro vivo com Deus. Existe uma grande busca de espiritualidade, que vai ao encontro dos anseios mais profundos do coração humano em termos de transcendência que dá o sentido último da existência Humana. Segundo BOFF

(2001) os portadores permanentes da espiritualidade são as pessoas consideradas comuns, que vivem a retidão da vida, o sentido da solidariedade, e cultivam o espaço sagrado do Espírito, seja em suas religiões e igrejas, ou no modo como pensam e interpretam a vida.

Já em relação à quarta IC “Eu não tenho fé religiosa”, o discurso se apresenta de forma estanque e a fala do social aponta para a incredulidade num ser sagrado.

É interessante que as respostas à pergunta produziram idéias centrais que vão do “muito importante”, “norteia” até “o nada”. Deve o médico deixar de considerar que a fé é uma questão pessoal?

Fé religiosa do paciente idoso e tratamento de câncer foram à próxima questão abordada, com o intuito de se buscar a perspectiva do sujeito coletivo médico. O material extraído forneceu duas IC.

A primeira IC apresenta-se com seguinte enunciado: *“A fé sustenta o paciente. Ajuda a encarar melhor a doença, dá motivação para o tratamento e mantém a esperança”*. Na perspectiva da fala médica, a fé religiosa é um instrumento que pode ajudar e ao mesmo tempo encorajar o paciente para o tratamento formal. Ao enfrentar uma situação adversa, como o câncer, a pessoa precisa receber apoio, principalmente do ponto de vista emocional e espiritual. A fé dá forças para que ele creia nesse processo. *“A fé religiosa é uma sustentação para o paciente idoso e é um dos principais motivos de vida. Quando o paciente tem uma fé religiosa, uma espiritualidade, que desenvolve alguma coisa além do habitual, ele consegue tolerar melhor, encarar com mais serenidade a própria dor, a própria doença, ter ânimo para ir a luta, persistir e acreditar no tratamento”*. Para EPPERLY (2000) ao estudar a oração, processo e o futuro da medicina descreve que, com um senso de conexão com o divino, médicos e pacientes estão atualmente começando a reconhecer que o restabelecimento pode ocorrer até mesmo quando a cura do corpo está longe de acontecer. STANZIANI (2002) relata em estudo envolvendo médicos e estudantes de medicina, que ao serem indagados se a religiosidade e a espiritualidade eram temas importantes na vida dos pacientes, 60 (32%) dos entrevistados afirmaram “sim definitivamente” e 103 (54%) afirmaram como “tendo a concordar”. KOENIG et al. (1989) relataram que num estudo entre 160 médicos de família e clínicos gerais, a maioria acreditou que a religião teve um

efeito positivo sobre a saúde de pacientes mais velhos e muitos ainda acreditaram que a religião teve um efeito positivo sobre a saúde física.

Um outro aspecto foi abordado pelo sujeito coletivo, com impressão contrária. *“Existe um lado negativo de pessoas que acreditam que somente a fé poderá curá-los e abandonam o tratamento. As pessoas que acreditam que somente a fé religiosa vai resolver o problema de saúde e em nome dessa fé, abandonam a terapêutica instituída, podem correr um grande risco”*. KOENIG (2000a) relata que as crenças religiosas também podem afetar negativamente a saúde física. Em relação à saúde mental, existe uma preocupação de que as práticas religiosas possam ser usadas para substituir os cuidados médicos. Por exemplo, um religioso fanático pode interromper o tratamento medicamentoso em nome da salvação, a fim de pôr à prova a sua fé. Segundo LARSON et al (2002), numa breve revisão das pesquisas sobre a mortalidade e a religião/espiritualidade, descrevem que ao olhar para os outros fatores espirituais e religiosos que estão interligados com o risco aumentado da mortalidade precoce, alguns grupos religiosos rejeitam a intervenção médica em troca da fé curativa. Esta situação pode levar à morte precoce doentes frequentemente tratáveis. Estudo de caso desenvolvido por ASSER e SWAN (1998) com 172 crianças, mostrou que quando a cura pela fé foi usada exclusivamente como tratamento, o número de fatalidades preveníveis e o sofrimento associado foram substanciais.

A medicina e a religião, conforme pautado pelo discurso coletivo, deveriam, ser solidárias para poder atuar conjuntamente. *“Eu acho que a fé religiosa favorece o tratamento e vão atuar como fatores coadjuvantes, indispensáveis no processo”*. Exercícios religiosos ou espirituais (orações, reflexões, meditações, etc.) realizados como adjuntos aos tratamentos médicos são benéficos para a melhoria ou cura dos pacientes? Esta pergunta foi efetuada a médicos e estudantes de medicina. Como resultado, 88 (46%) deles afirmaram que “sim definitivamente” e 91 (48%) “tendo a concordar” (STANZIANI 2002). Segundo SHERMAN et al. (2001), muitos pacientes relataram que a religião forneceu importante ajuda para lutar com fervor contra a doença e a favor do tratamento. Em outro estudo, em que os autores investigaram o entendimento da busca de significado entre pacientes com câncer, a fé

religiosa foi descrita como um apoio poderoso em suas vidas (O'CONNOR et al. 1990).

Aceitar o diagnóstico de que uma doença grave é uma situação complexa para o ser humano. Somente o tempo poderá moldar o indivíduo para que possa consentir e, desse modo, conviver melhor com a doença. É necessário ter desprendimento e coragem para ir à luta. *“A pessoa que aceita tem duas conotações: aceita a situação e batalha por ela e aceita a situação e se deprimi. Tem gente que pra se esclarecer se acalma e tem gente que se embute nos seus preconceitos e morre ali sufocado. Paciente que tem Deus tem uma direção, uma postura, o que não tem fica muito perdido, batendo a cabeça na parede”*. O discurso coletivo realça que a presença de Deus pode proporcionar um caminho com mais serenidade ao paciente. Por outro lado, o paciente que caminha sem um Deus, principalmente numa fase difícil como esta, poderá se deparar ainda mais com a desesperança e com o desequilíbrio. Com o objetivo de explorar a função dos recursos religiosos no ajustamento de pacientes com câncer de mama por longo período, GALL (2000) mostrou que o descontentamento religioso estava relacionado a uma redução do potencial para a busca de resultado positivo da enfermidade. Por outro lado, o relacionamento com Deus evidenciou associações com avaliação positiva da situação em relação ao câncer.

O discurso coletivo também valoriza o paciente que possui uma crença; há mais abertura e espaço para penetrar no mundo do paciente e poder entendê-lo e ajudá-lo nessa fase árdua da vida. *“Com o paciente religioso, fica fácil poder conversar alguma coisa da doença, dos sinais, da sensação de abandono. Quando a gente consegue saber sobre essa crença, eu acho que ajuda o contato, pois todo aquele que acredita em alguém quer viver e ser tratado”*. MAUGANS e WADLAND (1991) constataram que mediante um estudo envolvendo médicos de família com enfoque para a religião, uma nítida maioria (89%) achava como correto falar de religião com os seus pacientes. Os autores ainda relataram que as crenças religiosas e espiritual são forças significantes, que configuram as decisões tomadas por muitos pacientes a respeito do tratamento, amparando-as no enfrentamento das doenças diante de sua incapacidade. Por outro lado, CHIBNALL e BROOKS (2001) em pesquisa sobre a religião no atendimento na prática clínica e a função da crença

médica, mostraram que a maioria dos médicos não iniciou a discussão religiosa com os seus pacientes, embora aceitassem um elo entre religião e saúde.

Um outro aspecto a destacar no discurso é que a fé religiosa, quando aliada à ciência, pode fornecer mais esperança para que o paciente se mantenha aderente e confiante ao tratamento médico. O paciente é fortalecido e muitas vezes o resultado é de melhora. *“A ciência aplica os seus conhecimentos e resta um pouco de fé, de esperança para o doente e que ele consiga uma qualidade de vida se apegando a fé religiosa e enquanto você mantém a esperança, você tem motivação para o tratamento e participa ativamente dele”*. Enfatizar resultados positivos tais como: ter esperança, fazer planos na vida, aumentar o relacionamento pessoal e se sentir útil, feliz e satisfeito, podem potencializar a qualidade de vida (FERRELL et al. 1995). FEHRING et al. (1997) demonstraram, em estudo envolvendo sujeitos idosos com câncer, um relacionamento positivo entre religiosidade intrínseca e variáveis de esperança, estados de humor positivo e bem-estar espiritual e uma associação negativa para a depressão. RICHARDSON (2000), sob a temática “onde há esperança há vida”, analisou vários estudos publicados na literatura científica, destacando que eles indicaram que a esperança aumentou a quantidade e a qualidade de vida e ajudou as pessoas a lidarem com os seus sentimentos para o enfrentamento das doenças. A esperança afeta a imunidade e a sobrevivência. Os autores ainda destacaram que existem poucas indicações de que a esperança esteja correlacionada negativamente com qualquer uma destas questões. A esperança é um acontecimento de esplendor, capaz de transcender as enfermidades e dar vida a um estado de agonia profunda.

Para o paciente portador de doenças sérias, poder ajudar outras pessoas, ser útil, passa a ser uma estratégia para amenizar o seu sofrimento. O discurso coletivo médico reforça esta situação ao afirmar que a crença religiosa, o afeto e a solidariedade são questões que enriquecem a vida das pessoas no sentido mútuo. *“Eu diria que não só a fé religiosa, mas a pessoa tendo bom coração, boa índole, tendo amor, né? E com isso ela pode mesmo ajudar a si próprio e também ajudar ao próximo. Então essa fé, esse amor, isso que a pessoa transmite, que a pessoa irradia, ajuda e cresce a si mesmo”*. Segundo KOENIG et al. (2001a) os pacientes, quando servem e dirigem os seus esforços a Deus, conseguem ajudar outras pessoas a

lidarem com seus próprios problemas. Nesse sentido, os pacientes poderão deixar de lado as questões que tanto os atormentam e começar a pensar sobre o bem que eles podem fazer para as outras pessoas.

Uma outra idéia se faz presente no discurso: o apego à crença no sentido da busca da resolutividade de um agravo. *"Eu acho que é muito importante você se apegar numa fé, crer em alguma coisa superior aos nossos limites, seja ela que nome a gente acabe dando e que possa trazer uma esperança de cura que é o objetivo do tratamento oncológico"*. Estabelecendo uma ligação com o divino, médico e paciente poderão reconhecer que restabelecimento pode ocorrer, mesmo quando a cura da doença do corpo está longe de ocorrer (EPPERLY 2000). Uma das conclusões de STANZIANI (2002) permitiu apontar que os médicos, em sua maioria, se posicionaram como pessoas espirituais ou religiosas, considerando que a espiritualidade ou a religiosidade pode ser benéfica para a melhoria ou para a cura dos pacientes. KOENIG et al. (1989) analisando a perspectiva médica sobre a função da religião no relacionamento médico-paciente idoso, afirmaram que o melhor preditor de atitudes que o médico deve considerar, para o seu comportamento em relação à religião, num contexto médico, é a sua própria crença e atitude a respeito do significado da religião na vida das pessoas idosas. Assim, os médicos que acreditarem que a religião é uma importante influência na vida das pessoas idosas, serão aqueles que se sentirão mais à vontade para trabalhar com a religiosidade dos pacientes.

Um discurso diferenciado emerge na segunda IC *"Ajuda a suportar a moléstia, mas não altera a evolução"*. Para o coletivo, a fé fortalece o paciente no período de dificuldade, pode colaborar para o enfrentamento da doença, mas não provoca alteração da enfermidade.

A próxima questão formulada tenta resgatar no discurso médico a importância dada a recomendação de atividade religiosa para o paciente idoso. De acordo com o pensamento coletivo médico, quatro IC foram desenvolvidas.

Na primeira IC houve destaque para a expressão *"Eu não recomendo, mas incentivo e apóio integralmente"*. É notório no discurso médico que não há uma recomendação explícita, em se tratando da questão religiosa. Há sim, recordação,

apoio e total respeito por aquilo que o paciente sente e já praticou. O discurso valoriza e incentiva o paciente para que busque outras formas de apoio e conforto. Este processo se torna vital, pois estimula o convívio com as pessoas e ajuda no enfrentamento da doença. *“Eu não recomendo. Eu costumo lembrar sobre o aspecto. Se manifestar alguma vontade de ter atividade religiosa será apoiado integralmente. Vai ser muito importante na recuperação, no convívio com a sociedade”*. KOENIG e LARSON (1998) afirmam que muitas pessoas relataram que a crença religiosa e suas atividades proporcionaram conforto e apoio. MATTHEWS et al. (1998) destacaram que os inúmeros dados citados na literatura sugerem que o compromisso religioso pode desempenhar um papel benéfico na prevenção, no enfrentamento e na recuperação das doenças. A pesquisa de EHMAN et al. (1999) destacou que 90% dos pacientes acreditam que oração pode, em algumas vezes, influenciar a recuperação de suas doenças. A crença e a prática religiosa podem reduzir o senso da perda de controle e do desamparo que acompanha as doenças físicas (KOENIG et al. 2001a). De acordo com SADIGURSKY e OLIVEIRA (1993), em estudo de caso controle da associação entre prática religiosa e depressão em mulheres idosas, os resultados parecem comprovar a hipótese de que a experiência em atividade religiosa vincula-se como um dos fatores que diminui a ocorrência de distúrbios depressivos em idoso do sexo feminino.

Um outro aspecto diz respeito ao engajamento do paciente. Manter uma atividade religiosa pode trazer mais esperança para que o paciente acredite na terapia e possa lutar de forma ousada contra a doença. Isto é importante, pois ajuda a pessoa a não estar tão ligada ao seu problema. Ajudar outras pessoas ou participar de qualquer tipo de atividade é um processo produtivo e se torna positivo para o enfrentamento de um agravo. A solidão ou a exclusão num momento deste pode ser muito prejudicial na recuperação. É importante participar. *“Eu acho que qualquer pessoa que pratica uma religião, oração, leitura, que participa de grupos de trabalhos, eu acredito muito na terapia ocupacional.... Então se você tem oportunidade de ficar ligada a alguma coisa, só acrescenta em todos os sentidos, Eu incentivo”*. A participação na vida religiosa organizada, em serviços religiosos e rituais religiosos também pode contribuir para o prolongamento da vida (PARGAMENT et al. 1995). Segundo ELLISON E LEVIN (1998), em estudo sobre

a “conexão entre a religião e a saúde: evidências, teorias e futuras direções”, concluíram que o envolvimento religioso, especialmente a participação em comunidades religiosas, pode promover o bem-estar físico e mental regulando o processo de saúde e conduzindo para caminhos que diminuem o risco da doença. Isto inclui (1) o desencorajamento de certos comportamentos que aumentam o risco de problemas de saúde e (2) encorajamento positivo e escolha de estilo de vida que provoque menos estresse. Estes dados sugerem que os pacientes que acreditam no tratamento e também possuem alguma força a mais, dada por sua fé ou religião, ou porque participam de alguma atividade em sua paróquia, podem conseguir enfrentar o período da terapia de forma mais tranqüila, diferentemente daqueles que são relutantes e áridos à questão religiosa.

O discurso coletivo médico destaca que o paciente idoso, principalmente por buscar de forma mais profunda a espiritualidade, o período do tratamento pode ocorrer de forma mais serena. *“As pessoas que acreditam em algo mais, elas tentam aparentemente um tratamento que é no mínimo mais tranqüilo. Envolver essa questão da espiritualidade é importante”*. A espiritualidade é uma das fontes primordiais, embora não seja a única, de inspiração do novo, de esperança alvissareira, de geração de um sentido pleno e de capacidade de autotranscendência do ser humano (BOFF 2001). Numa sociedade pluralista, é possível aos profissionais de cuidados em saúde direcionarem as questões espirituais dos pacientes de uma maneira respeitosa, sem necessariamente sacrificar qualquer dos objetivos óbvios da medicina científica. A religião e as ciências médicas não precisam ser necessariamente conflituosas (ASTROW et al. 2001). As questões espirituais podem fazer parte da história inicial do paciente em conjunto com o exame físico. Os clínicos em suas rotinas gerais podem extrair essas informações sobre a vida espiritual dos seus pacientes que são úteis na promoção do senso de bem-estar do paciente e na resposta do tratamento (MCKEE e CHAPPEL 1992; POST et al. 2000; ASTROW et al. 2001). Num estudo desenvolvido NELSON et al. (2002) com o objetivo de examinar o impacto da espiritualidade e da religiosidade sobre os sintomas depressivos severos numa amostra de pacientes terminais com câncer e AIDS, mostrou que houve uma associação negativa entre a espiritualidade e

depressão, com indivíduos mais espirituais demonstrando níveis mais baixos de sintomas depressivos.

De forma mais decisiva, a segunda IC *“Sim, respeitando o que ele pensa e crê”*, se destaca pela convicção. O discurso coletivo mostra que a fé religiosa assume apoio relevante na vida do paciente idoso com câncer. A recomendação deve ser feita, naturalmente, respeitando a sua crença. Para LOTUFO NETO (1997) é importante reconhecer que a maioria dos clientes e pacientes acredita em Deus e muitos têm um estilo de vida espiritual. Esta dimensão deve ser explorada, compreendida e possivelmente, utilizada. Os problemas éticos decorrentes devem ser analisados. KOENIG (1999c) relata que há um crescente e sólido volume de pesquisas mostrando que as pessoas religiosamente ativas podem ser fisicamente mais saudáveis no fim da vida e viverem mais do que as pessoas não religiosas.

Pela primeira vez no discurso coletivo médico aparece o termo - tratamento segmentado. A idéia repassada no discurso é de que o paciente deve ser tratado em todos os aspectos. Neste sentido, o resultado passa ser animador, porque dá um rumo com mais apreço ao idoso. A oração surge como um estado de graça e conforto e o paciente passa a ter um objetivo mais claro. *“Eu recomendaria qualquer tipo de atividade. Eu acho que não só ajudaria, como acho indispensável. Você nunca pode tratar o paciente de uma forma segmentada. Você trata do corpo, do espírito e da alma. o tratamento inspira o caminho, uma coisa fundamental, quando você trata de um paciente como um todo”*. Vários pesquisadores apontam a participação em atividades religiosas e espirituais como sendo positivas, se adequadamente conduzidas. STANZIANI (2002) ao questionar se o médico mantinha abertura ou disponibilidade para recomendar a busca de orientação espiritual ou religiosa a seus pacientes, obteve que 34 (18%) dos entrevistados afirmaram “sim definitivamente” e 82 (43%) como “tendo a manter”. ELLIS et al. (2002) obteve como resultado de pesquisa sobre o que pensavam os médicos de família sobre a espiritualidade na prática clínica, que todos os respondentes apoiaram uma proposta centrada no paciente para avaliação espiritual na qual os médicos procederiam com total integridade e tomariam o cuidado necessário para não abusar de sua posição. JONES (1990) relatou que tem havido um interesse pela medicina integral, reconhecendo que os cuidados de saúde envolvem o tratamento do corpo, da mente e do espírito

das pessoas. COHEN et al (2001) também destacou que dar atenção integral, envolvendo a crença religiosa e espiritual dos pacientes tem sido a prática da medicina ao longo dos séculos. Para SOUZA e MORAES (1998) os valores religiosos podem ser uma força positiva para o conforto e recuperação do paciente se ele estiver seguro de que seus valores serão respeitados. Similarmente, MATTHEWS (2000) descreveu que as questões religiosas devem ser encaminhadas gentilmente e apropriadamente com dignidade, respeito e integridade. Para O'BRIEN (1996), quando apropriado, o médico pode providenciar grande conforto e consolação aos pacientes, reconhecendo o componente espiritual de seu sofrimento, estando aberto as questões sensíveis e aprofundando as discussões pessoais ou se preparando para o aconselhamento

Ao mesmo tempo, outros autores se posicionaram contrariamente a prática dos profissionais de saúde em abordar ou se envolver com os aspectos religiosos e espirituais dos pacientes no tratamento. Isto ocorre devido ser uma questão que é intrusa e embaraçosa, difícil, com caráter manipulador e que pode violar a liberdade do paciente, também pela falta de formação adequada e de tempo hábil, dentre outras, por parte dos médicos (SLOAN et al. 2000; HARDWIG 2000; VANDECREEK 1999).

Um outro ponto abordado no discurso coletivo é o relacionamento da religião e das ciências médicas. *“Há relatos na medicina que pacientes melhoram toda a condição, a multiplicação celular, a divisão celular”*. De acordo com STANZIANI (2002), ao questionar médicos e estudantes de medicina se espiritualidade ou a religiosidade do paciente podia contribuir para a cura, 79 (42%) dos sujeitos do estudo afirmaram como “sim definitivamente” e 104 (55%) como “tendo concordar”. Inúmeras pesquisas científicas têm demonstrado a importância da religiosidade e da espiritualidade na saúde. Uma revisão de mais de 1200 estudos de religião e saúde desenvolvidos no século XX foi conduzida por KOENIG et al. (2001b). Esta pesquisa evidenciou que, em no mínimo dois terços dos artigos avaliados, houve uma associação significativa em ter uma atividade religiosa e uma melhor saúde mental, uma melhor saúde física ou menor uso dos serviços de saúde. Aproximadamente 850 estudos já examinaram o relacionamento entre envolvimento religioso e alguns indicadores de saúde mental. Muitos dos estudos foram conduzidos junto a pacientes

idosos com doenças crônicas em tratamento. A grande maioria destes estudos de fato indicou que o envolvimento religioso estava associado com um maior bem-estar e satisfação de vida, maior propósito e significado de vida, maior esperança e otimismo, menor ansiedade e depressão, maior estabilidade no casamento e menores taxas de abuso de substâncias. Inúmeros outros estudos têm colocado em destaque a relação entre religiosidade e saúde. KOENIG (2000a) afirma que há pouca dúvida de que há um corpo de pesquisas sistemáticas mostrando que não há relacionamento entre religião e saúde ou de que este seja negativo.

A não recomendação de alguma atividade religiosa, aparece na terceira IC *“Não. Tem que ser uma coisa de livre e espontânea vontade”*. O coletivo se manifesta em não sugerir qualquer atividade ligada à religião para o paciente idoso, mas não há contrariedade em sua participação, desde que seja de acordo com o interesse do paciente. *“Não seria contra. Eu acho que a crença das pessoas é uma coisa que deve ser respeitada e aceita”*. AI et al. (2002) descrevem que os médicos independentes de suas tradições religiosas deveriam dar atenção e ao mesmo tempo respeitar a espiritualidade ou a situação religiosa dos seus pacientes quando utilizadas no enfrentamento das doenças. Esta situação pode servir como uma fonte de melhora para eles. Neste contexto, LOTUFO NETO (1997) aponta que os clínicos precisam conhecer melhor o contexto cultural de seus pacientes, especialmente sua visão religiosa, ao invés de negar a importância desta maneira de ver o mundo e obrigá-los a usar linguagem e conceitos que lhes são estranhos. É necessário ampliar os horizontes para poder empatizar com pessoas que vivem de outra maneira. Para COHEN et al. (2000), muitas discussões envolvem a questão religiosa. Pela importância que assume frente aos cuidados dos profissionais de saúde junto aos pacientes, enquanto pessoas que buscam um tratamento completo, a ética profissional impõe certos constrangimentos na condução desta questão. Uma das propostas vem no sentido de explorar os caminhos nos quais profissionais de saúde possam responder proveitosamente e apropriadamente aos pacientes as questões religiosas. DAALEMAN e NEASE (1994) descrevem que existem muitos médicos sensíveis espiritualmente aos cuidados primários, e que embora reconheçam que os seus pacientes têm necessidades espirituais ou outros problemas, gostariam de

direcionar estas questões, mas hesitam em fazê-las porque não se sentem seguros sobre a receptividade dos pacientes.

Por último, na quarta IC aparece a manifestação pela “*Busca de fortalecimento interior*”. O discurso mostra que a atividade religiosa é uma questão de opção pessoal. A recomendação médica vai na direção do crescimento interior, seja pela fé em Deus, seja pela confiança, ou seja, pelo amor. A busca do fortalecimento interior é de grande importância quando se trata de um problema de saúde, principalmente quando ele é grave. Em um levantamento com 210 médicos de família a respeito das questões espirituais em relação à saúde, a maioria (60%) acreditou que a força das convicções religiosas afetou positivamente a saúde física e mental dos pacientes idosos (KOENIG et al. 1989). ELLIS et al. (1999) avaliaram as questões de bem-estar espiritual entre os médicos de família e suas barreiras frente os pacientes, e concluíram que 96% deles consideraram que o bem-estar espiritual foi um importante indicador de boa saúde.

Observa-se nos discursos dos médicos que embora possa haver colocações de que “*a fé não interfere no trabalho*”, há também as de que “*a fé sustenta e conforta o paciente*”. Por outro lado, embora o médico não recomende a oração, o seu discurso nunca é no sentido da rejeição, mas antes revela um profundo respeito à opinião e a iniciativa do paciente quanto a buscar Deus e atividades religiosas. Resta saber se, com tantas evidências na literatura sobre a ação positiva da fé, da crença em um Deus, não seria interessante que as faculdades de medicina e os médicos comessem a abrir o debate e a valorizar a questão da religiosidade e a espiritualidade?

3.3 Variáveis sócio-demográficas – Enfermeiras

Quadro 3 - Características de 10 enfermeiros do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira”, segundo variáveis sócio-demográficas, São Paulo, Brasil, janeiro a março de 2001.

Sexo		Idade (anos)	
Feminino	10	Média	47,4
Masculino	0	Amplitude	37- 62
Pós- Graduação		Estado civil	
Especialização	8	Casado	1
Sem especialização	2	Solteiro	8
		Divorciado	1

3.3.1 Análise dos dados

Os sujeitos do estudo (quadro 3), conforme as variáveis sócio-demográficas, eram todos do sexo feminino. A idade média foi de 47,4 anos. Entre as enfermeiras, 8 possuíam pós-graduação *latu sensu* na área. O estado civil predominante foi o de solteira.

3.3.2 Discursos do Sujeito Coletivo -Enfermeiras

1. O que significa para o(a) senhor(a) em seu trabalho a sua fé religiosa?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Uma fonte de energia. É a força que impulsiona no dia a dia.	Representa uma fonte de energia. É a força que me impulsiona e que dirige as nossas vidas. No dia a dia ela me ajuda a caminhar e a conduzir o meu trabalho pra que eu possa estar conseguindo passar pra aquela pessoa que esta procurando alguma coisa, além do seu tratamento, além daquilo que a medicina pode oferecer - coisas que eu chamo até às vezes de palpável. Alguma coisa que ele possa sentir, mas que não está escrito num livro, que ele não vai conseguir de um tratamento, de uma receita médica, de uma intervenção qualquer a nível médico. Então, procurar executar da melhor maneira possível, exercer a profissão da gente com amor e dedicação. Porque não é só profissionalismo. Tem que ser diferente. Então você se doa a pessoa pra transmitir alguma coisa pra aquele que às vezes não tem esperança no leito que está morrendo, aquele último momento. Se você não tiver uma fé e não acreditar em Deus, num ser superior, você não é nada!
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Crer em alguma coisa.	É você crer em alguma coisa, é acreditar em Deus. Se estou doente, eu acredito que vou me curar. O relacionamento com o paciente, essa fé que a gente não tem que buscar apenas no momento de emergência. É algo que a gente tem que estar semeando.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Respeitar o outro	É respeitar o outro. Se eu não tiver uma fé eu não posso respeitar o outro, como ser humano em todos os aspectos. Porque se eu não tenho conteúdo, eu não

	posso dar, né? Eu faço uma análise enquanto estou cuidando dos pacientes, como que ele é religiosamente, qual é a fé desse paciente para que ele reestruture a sua fé.

2. Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o(a) senhor(a) falasse um pouco a respeito.

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
No momento mais crítico as pessoas se aproximem mais de Deus.	Existem alguns pacientes que são muito religiosos, normalmente se apegam muito a Deus e tem uma fé muito grande. Existem alguns que não tem isso tão exacerbado e alguns que não crêem em nada. Porém, quando é feito o diagnóstico e a proposta de tratamento, vem aquela crise desesperadora, e a gente vê que o paciente se aproxima mais da religiosidade, a crença aumenta, ele corre atrás da religião, ele chama Deus. Isto ocorre no momento mais crítico, onde o perigo eminente de rompimento com vida é muito verdadeiro, porque ele já não consegue ver resultado com as coisas daqui. Então, ele busca nem que seja uma palavra, um conforto de uma pessoa ligada à vida religiosa, ou qualquer outra pessoa até não profissional da área de saúde, que consiga passar alguma coisa que transmita paz, que resgate aquela fé, e que existe alguma chance dele talvez melhorar. Assim, eles se agarram pra tentar vencer e acreditar que vão ter que ter a doença, e que lutando, vai contribuir e ajuda-los a vencer a doença e se curar, ou pelo menos amenizar um sofrimento maior. O paciente coloca muita esperança que Deus vai ajudá-lo a caminhar, se sair bem no tratamento. Parece que durante o tratamento a fé do paciente é mais exteriorizada. A gente percebe que ele começa a barganhar com o Deus dele. Eles acham que estão com os dias mais curtos que as outras pessoas. Então você tem que respeitar, né, e dar uma força, porque eles também dependem da gente. Quando eles perguntam – vou ficar bom, eu acredito em Deus, eu acredito em Jesus, Jesus vai me curar? Então eu sempre digo – se você acredita que Deus vai te curar, então acredite, não abandone o tratamento médico, que os dois juntos vão chegar lá. O paciente quanto mais idoso, eu acredito que a fé parece ser maior, eles se apegam muito mais. Eu acho que a fé religiosa contribui bastante no tratamento

	do paciente com câncer. O paciente nessa fase sabe que tem alguém que está ajudando-o, que está sofrendo junto. Então o paciente idoso já tem outro perfil, ele compreende mais o sofrimento, ele compreende mais as coisas da vida, o tratamento em si e até consegue ter um descanso mais em paz.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Se não tiver um Deus, fica difícil a cura.	Se ele não tiver um Deus, uma religião, fica difícil a sua cura. Eu sempre falo – segura na mão de Deus e vai...
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Quando ele esta ciente do diagnóstico, ele se manifesta no sentido da aceitação. Quando não tem, ele se rebela.	Quando ele esta ciente do diagnóstico, ele se manifesta de uma forma maravilhosa, no sentido da aceitação. Ele não se revolta, ele procura, ele não pede também a Deus que o cure, ele diz será feita à vontade dele na minha vida. Se ele quiser que eu me cure vou curar. Você percebendo as reações do paciente, né, que ele não deixa de comer, não fica triste, não demonstra nervosismo nem nada. Então a gente sente com ele essa maravilha. Agora quando não tem, ele se rebela mesmo; ele faz contra a família, os filhos, a esposa, a ele mesmo, ele recusa a alimentação, ele começa a emagrecer muito mais rápido.

3. O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o paciente idoso com câncer?

Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Sim, eu acho que faz parte.	Eu recomendaria. Eu acho que faz parte. Quando tem o paciente ali, esta necessitando, ai eu recomendo oração, pedir a Deus ajuda com mais frequência, proteção. Nós somos Bio-psíquico-espiritual. Precisamos cuidar dele (do paciente) como bio-psíquico-espiritual. Eu acho que vale a pena ter uma assistência na fé que ele processa, é muito importante para ele. Ele se vê mais reconfortado, porque é equipe... É o momento que ele tem prá estar indo de encontro com aquela fé, aquela prática que não é palpável. Então é o emocional com o psicólogo transcendendo. Eu tenho exemplo, um parente. Depois que percebeu tudo... começou a ir a igreja , ajudar na Igreja.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2

Quando o paciente toca no assunto eu estímulo	Quando ele toca no assunto comigo, a partir do momento que ela deu algum sinal de que aquilo pra ela seria bom, consciência de que aquilo seria importante e que ela teria uma sensação boa de fé, de alívio, eu estímulo a fazer aquilo que ele tem vontade de fazer. Eu entendo que além de ser uma atividade que pode ter um efeito psicológico muito positivo, vai fazer que ele esqueça um pouco da doença e se sintá útil. Eu acho que ele vai responder ao tratamento melhor, porque ele começa a fazer uma atividade, ele não se deprime à noite, levanta dia, termina dia pensando que é um dia a menos.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Se ele já participou, então tudo bem. Ao contrário, não é válido.	Se a pessoa já tem alguma atividade religiosa, alguma carga religiosa anterior, é de freqüentar igreja e de acreditar em Deus, não digo tanto freqüentar a igreja, então tudo bem que ele continue. Agora se ele não tem eu acho que a gente impor pra que ele tenha alguma atividade religiosa, eu acho que não é válido. Ele só vai entrar na religião por interesse.
Idéia Central - 4	Discurso do Sujeito Coletivo -4
Eu nunca recomendei.	Se o paciente deseja, pede que venha um capelão, padre, pastor, a gente chama. Mas fora disso eu nunca tomaria iniciativa de chamar. Na minha atividade diária eu nunca recomendei.

3.3.3 Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Enfermeiras

A área de enfermagem desenvolve um papel de grande magnitude junto ao paciente. O enfermeiro aparece mais na rotina hospitalar que os demais profissionais de saúde. Este corpo de trabalhadores se faz presente nas 24 horas do dia (FERREIRA 1996b). Neste sentido, a primeira pergunta colocada a este profissional busca o significado de sua fé religiosa em seu trabalho. Como produto final, três IC foram desenvolvidas.

De acordo com a primeira IC, destaca-se o seguinte significado: *“Uma fonte de energia. É a força que impulsiona no dia a dia”*. O discurso coletivo das enfermeiras se apresenta tendo como alavanca um “motor propulsor” que conduz e que direciona as ações. A impulsão em relação ao trabalho dá ao coletivo, a

incorporação do sagrado, que pode propiciar ao enfermeiro repassar com mais entusiasmo seus ensinamentos. Neste sentido, haverá mais envolvimento do ponto de vista humanitário do que somente a utilização da tecnologia. O discurso se apresenta de forma a valorizar o repasse daquilo que a medicina não é capaz de fornecer ao paciente, principalmente, o amor e o conforto. *“É a força que me impulsiona e que dirige as nossas vidas. No dia a dia ela me ajuda a caminhar e a conduzir o meu trabalho pra que eu possa estar conseguindo passar pra aquela pessoa que está procurando alguma coisa, além do seu tratamento, além daquilo que a medicina pode oferecer”*. O’CONNOR (2001), ao discutir as características da espiritualidade, avaliação e oração na enfermagem holística, destaca que a qualidade e a mutualidade do relacionamento entre enfermeira e paciente ocupam a questão central no restabelecimento do paciente.

WEAVER et al (1997) realizaram um estudo de revisão sobre artigos cujo tema de interesse foi a religião ou espiritualidade, publicados em três principais jornais de enfermagem em saúde mental, entre os anos de 1991 a 1995. Estes estudos mostraram freqüentemente que as enfermeiras que possuíam um maior envolvimento com a espiritualidade e a religião eram as que apresentavam a maior probabilidade de buscar e estudar os fatores religiosos para sua formação profissional. As enfermeiras que possuíam esta prática reconheciam a importância que seus pacientes dão ao uso da fé para enfrentar os seus problemas. A enfermagem como profissão, tradicionalmente reconhece o valor clínico do cuidado espiritual. EBRIGHT e LYON (2002) afirmaram que a intervenção da enfermeira no tratamento de mulheres com câncer de mama, quando associado ao aumento da auto-estima, fortalecimento da ajuda social e de sustento da crença religiosa, pode ser importante para aumentar a crença, o potencial de luta e o nível de esperança.

O discurso coletivo se firma na premissa de que a competência técnica deve vir associada com o atendimento de caráter benevolente. *“Porque não é só profissionalismo. Tem que ser diferente. Então você se doa a pessoa pra transmitir alguma coisa pra aquele que às vezes não tem esperança no leito que está morrendo, aquele último momento”*. ARRUDA et al. (1996) objetivaram por meio de um estudo exploratório, conhecer os atributos profissionais do cuidador da pessoa com câncer, segundo a perspectiva das enfermeiras. Como resultado, a qualidade “ser humano”

recebeu o maior número de respostas (42), seguidos por “possuir conhecimento técnico e científico” (41). O sujeito coletivo reafirma isso quando diz que procura “*exercer a profissão com amor e carinho*”. Para SOUZA e SILVA (1992) optar pelo holismo espiritualista não é modismo; é uma opção consciente por um referencial espiritualista de pesquisa e de assistência na área da enfermagem, algumas vezes como único norte de análise.

A importância da crença espiritual e religiosa para ajudar os pacientes a encontrarem significado e manterem o sentimento de esperança é destacada em pesquisa realizada por SALEH e BROCKOPP (2001). Estes autores relataram que os enfermeiros têm uma importante função, que é avaliar o bem-estar espiritual e providenciar necessidades espirituais durante os cuidados oncológicos. No discurso ainda é reforçado que a fé e a crença em Deus são de grande relevância para o coletivo. Na vida, é o instrumento que norteia, conduz e dá esperança. “*Se você não tiver uma fé e não acreditar em Deus, num ser superior, você não é nada!*”. Em relação às perspectivas religiosas dos enfermeiros, KOENIG et al. (1991) encontraram que 100% dos entrevistados afirmaram que a sua crença estava baseada num poder mais alto. FERREIRA (1996a) a partir de uma investigação cujo objetivo foi identificar de que forma as emoções são enfrentadas pelos enfermeiros no dia a dia da assistência de enfermagem em oncologia, verificou que dentre os mecanismos individuais de defesa “foram mencionados a religião ou alguma forma de ajuda espiritual....”.

A segunda IC “*Crer em alguma coisa*”, apresenta um discurso que fortalece a necessidade de “*acreditar em Deus*”, para o enfrentamento das adversidades. É preciso ter uma fé presente em todos os momentos da vida e não apenas em situações de risco ou fraqueza: “*é algo que a gente tem que estar semeando*”.

Na terceira IC, aparece a expressão “*Respeitar o outro*”. O coletivo evidencia que é preciso antes de tudo ter fé, para depois poder transmitir e dialogar com o paciente. À medida que o coletivo vai conhecendo o paciente, a relação fica mais confiável e segura. “*Eu faço uma análise enquanto estou cuidando dos pacientes, como que ele é religiosamente, qual é a fé desse paciente*”. A avaliação das necessidades espirituais pode dar ao clínico, aos profissionais de saúde, ao clero, ou aos voluntários engajados, importantes informações para o planejamento e

intervenção frente à população assistida (KLIMBE 1995). O reconhecimento das necessidades espirituais é um pré-requisito para que as essencialidades sejam adequadamente encontradas (KOENIG et al. 1991). MICKLEY et al. (1992) relatam que perguntar ao paciente sobre a função da religião e de Deus em sua vida pode ser uma importante questão a ser avaliada inicialmente pela enfermagem.

Como a enfermeira vê a questão da fé religiosa e do tratamento médico em relação ao paciente idoso com câncer, foi a próxima indagação formulada. Três idéias centrais resultaram da entrevista.

A primeira IC, fornece um discurso que busca o fortalecimento – *“No momento mais crítico as pessoas se aproximem mais de Deus”*. No discurso do sujeito coletivo, as enfermeiras destacam que o ser humano em situações de perigo se aproxima de Deus. Esta situação freqüentemente ocorre quando o paciente enfrenta resultados desagradáveis que poderão mudar o destino de sua vida. *“Quando é feito o diagnóstico e a proposta de tratamento, vem aquela crise desesperadora, e a gente vê que o paciente se aproxima mais da religiosidade, a crença aumenta, ele corre atrás da religião, ele chama Deus”*. O diagnóstico de câncer pode desafiar todas as dimensões do indivíduo – física, emocional e espiritual. Certamente se o prognóstico for esperançoso, o paciente freqüentemente enfrenta os dilemas da qualidade e significado da vida (MICKLEY e SOEKEN 1993). O fato de uma circunstância dolorosa ter sido superada pode levar o indivíduo a fortalecer a sua fé, a sentir-se cada vez mais próximo de Deus, enfim, a resgatar e valorizar o lado espiritual. Sentir-se cada vez mais próximo de Deus parece também sugerir uma necessidade ou vontade crescente de se aproximar dos outros, já significando uma forma de enfrentamento (RZEZNIK e DALL’AGNOL 2000). E isto é destacado pelo discurso coletivo das enfermeiras que diz *“quando eles perguntam – vou ficar bom, eu acredito em Deus?... eu sempre digo – se você acredita que Deus vai te curar... não abandone o tratamento médico, que os dois juntos vão chegar lá”*.

Num momento em que a vida se torna refém de algo maior do que os próprios ideais, o coletivo busca a solidariedade e a amizade. A ajuda verdadeira das pessoas, seja elas da área técnica, ou não, passa ser vital e ao mesmo tempo, confortadora para o paciente. *“Ele busca nem que seja uma palavra, um conforto de uma pessoa ligada à vida religiosa, ou qualquer outra pessoa, que consiga passar alguma coisa que*

transmita paz, que resgate aquela fé, e que existe alguma chance dele talvez melhorar. O bem-estar espiritual impulsiona a esperança e fornece significado frente ao câncer que é caracterizado pelos momentos de incerteza (FERRELL 1996). Estudo desenvolvido por HERMANN (2001), cujo objetivo foi identificar as necessidades espirituais e a sua definição para pacientes em situações de alta gravidade, revelou que dentre os seis temas categorizados, o companheirismo se destacou como uma necessidade primária: “You need help...” “I need to talk...” “People don’t come to visit much...”. Segundo SILVA (1999), o profissional de saúde deve ser capaz de transmitir vida, de mostrar vida nas suas ações, nas suas palavras, nas suas intenções, nos seus projetos. Neste sentido, a mensagem que precisa ser transmitida deve ser de luta e de esperança.

Para o sujeito coletivo, em relação a fé religiosa, o idoso se apega com mais frequência e de forma mais fervorosa a Deus. Na visão do enfermeiro, ele, assim, estará mais bem preparado para enfrentar o fim da vida. *“O paciente quanto mais idoso, eu acredito que a fé parece ser maior, eles se apegam muito mais. Eu acho que a fé religiosa contribui bastante no tratamento do paciente com câncer”*. Em seu discurso, o enfermeiro julga que o idoso já enfrentou muitas situações adversas ao longo da vida. *“Então o paciente idoso já tem outro perfil, ele compreende mais o sofrimento, ele compreende mais as coisas da vida, o tratamento em si e até consegue ter um descanso mais em paz”*. Reforçando estes achados LEVIN e TAYLOR (1997) observaram que as pessoas idosas rezavam mais frequentemente do que os adultos mais jovens. Nesta mesma direção, LEVIN (1988) observa que entre as pessoas idosas, a frequência religiosa está positivamente relacionada a medidas gerais de ajuste pessoal e esta associação não parece declinar com o elevar da idade.

Quanto à segunda IC *“Se não tiver um Deus, fica difícil a cura”*, o discurso coletivo tende a valorizar a presença de Deus na vida do paciente. O estado de espírito do paciente idoso com câncer, será tanto mais positivo e animador quando alguém superior se faz presente em sua vida, além dos amigos e parentes. O coletivo aponta Deus como sendo o diferencial para ultrapassar a fase da doença com mais segurança. *“Se ele não tiver um Deus, uma religião, fica difícil a sua cura. Eu sempre falo – segura na mão de Deus e vai”*. GHEZZI (1982) descreve que a esperança nunca deverá ser abafada e, sempre que possível, assegurar-lhe que, nessa

batalha ele nunca estará só, mas sim acompanhado constantemente pelo médico, enfermagem, familiares e amigos. O discurso coletivo aponta por uma experiência de transcendência junto ao paciente, sob a responsabilidade do enfermeiro. BOFF (2000) relata que a transcendência principalmente se dá no encontro com as pessoas. Em momentos de crise existencial, quando se está sem rumo, você encontra alguém que tem palavras seminais, que lhe acende uma luz, que coloca a mão no seu ombro, que aponta um caminho.

Na terceira IC aparece a expressão *“Quando ele esta ciente do diagnóstico, ele se manifesta no sentido da aceitação. Quando não tem, ele se rebela”*. Nesta afirmação o discurso do coletivo se manifesta em duas situações. A primeira é de que quando há clareza e objetividade no diagnóstico e o paciente compreende o processo terapêutico, há melhor aceitação e o caminhar pode ocorrer de maneira mais natural. Deus está presente na vida dele. *“... ele se manifesta de uma forma maravilhosa. Ele não se revolta, ele procura, ele não pede também a Deus que o cure, ele diz será feita à vontade dele na minha vida.”* Por outro lado, o discurso coletivo destaca que quando o paciente não tem Deus, o processo pode tomar um rumo negativo, um caminho nada promissor. O paciente encara o problema com muito desânimo e a desesperança se instala bloqueando os mecanismos de defesa. *“... ele se rebela mesmo; contra os filhos, a esposa, a ele mesmo, ele recusa a alimentação, ele começa a emagrecer muito mais rápido”*.

A recomendação de atividade religiosa para o paciente idoso com câncer, foi à próxima inquirição colocada ao enfermeiro. Quatro IC foram descritas. Já na primeira IC, se sobressaiu a frase *“Sim, eu acho que faz parte”*. De forma direta, o discurso tende a apontar para a necessidade da recomendação de atividade religiosa. É importante buscar a Deus com mais frequência, no sentido de não estar sozinho no campo espiritual. *“Eu recomendaria. Quando tem o paciente ali, está necessitando, ai eu recomendo oração, pedir a Deus ajuda com mais frequência, proteção. Precisamos cuidar do paciente como bio-psíquico-espiritual. Eu acho que vale a pena ter uma assistência na fé que ele processa, é muito importante para ele. Ele se vê mais reconfortado”*. O coletivo destaca a deferência em tratar o paciente em todos os aspectos, não se limitando ao biológico. STRANG et al. (2002) relatou

que quanto as necessidades espirituais, conforme definido pelo corpo de enfermagem sueca, a grande maioria delas julga que o pessoal de enfermagem deveria dar atenção as necessidades espirituais e existenciais dos pacientes e de que estas necessidades fazem parte dos cuidados holísticos. TAYLOR et al. (1994) ao pesquisarem as atitudes, crenças e práticas, com referência aos cuidados espirituais de enfermeiras clínicas, afirmam que a maioria das entrevistadas relacionou os cuidados espirituais como importantes para a promoção do bem-estar junto aos cuidados holísticos. Os enfermeiros consideraram que o cuidado e o conforto do espírito fornece um importante suporte para o bem-estar físico e emocional no cuidado do paciente. O O'CONNOR (2001) reforça que a enfermagem holística está caminhando por si própria e a espiritualidade tem assumido papel importante na literatura. De acordo com WRIGHT (1998) a espiritualidade é um importante aspecto da bondade, sendo indispensável em cuidados éticos em enfermagem. A obrigação ética e profissional instiga a enfermeira a fornecer conforto e desenvolver a habilidade para providenciar cuidados espirituais.

Já em relação a tão polêmica questão de quem deve providenciar ou recomendar cuidados espirituais e religiosos, ANDERSON (2001) afirma que o cuidado espiritual não é limitado a profissionais treinados ou a capelães ou ministros educados na teologia, mas que, qualquer pessoa pode se engajar em cuidados espirituais.

Em estudo realizado na Suécia com objetivo de definir as necessidades espirituais do corpo de enfermagem, STRANG et al. (2002) descreveram que 98% dos sujeitos envolvidos em todas as unidades e de todos os grupos da pesquisa, afirmaram que o cuidado holístico foi de grande importância. A espiritualidade foi incorporada nos cuidados holísticos por 76% das entrevistadas. Estimular a fé é uma tarefa válida e considerável na vida do paciente, pois este instrumento trás alívio. É a busca do transcendental, do preenchimento interior, que não se encontra nos meios tecnológicos. KOENIG (1999c) destaca que recentemente "The Cancer Treatment Centers of America" começou a oferecer aos pacientes um programa chamado corpo, alma e espírito, como parte integrante da terapia. No programa, os conselheiros trabalham com os pacientes e seus familiares e oferecem uma variedade de serviços espirituais, num trabalho desenvolvido com muito amor. São incluídas orações

individuais ou em grupo, encontro de um conselheiro de fé com o paciente, naturalmente da escolha do paciente, serviços religiosos semanais e serviços de comunhão e grupos de suporte que enfoquem sobre cura, fé e aspectos positivos da vida. De acordo com ELLOR e BRACKI (1995), os recursos para providenciar as necessidades religiosas e espirituais deveriam ser incluídos no plano de tratamento se a resposta esperada para o indivíduo é da esfera holística. Práticas espirituais tradicionais podem ser altamente relevantes para a pessoa, ou possibilitar aquilo que é necessário para a sustentação espiritual, embora isto não seja muito tradicional para muitos.

Em relação à segunda IC *“Quando o paciente toca no assunto eu estímulo”*, o coletivo se expressa no sentido de que é preciso conhecer o paciente e sentir a sua necessidade, para em seguida tomar uma decisão. É fundamental na perspectiva humanística o respeito ao indivíduo e a sua religiosidade ou de sua perspectiva filosófica sobre a vida (STRANG et al. 2002). Conforme STRANG et al. (2002) na perspectiva do corpo de enfermagem da Suécia sobre as questões espirituais gerais, alguns respondentes destacaram o seguinte conteúdo quanto às implicações éticas: *“for me in my work, it means openness for the patient’s wishes to allow space for patient’s individual views situation, his place in life, without influencing him.... to be treated with respect”*.

O discurso coletivo igualmente valoriza a participação em atividade religiosa, pois esta manterá o paciente com a mente ocupada, trazendo vantagens para a sua recuperação. O tratamento seria enfrentado de forma salutar e a sua adesão tenderia a ser maior. *“Quando ele toca no assunto comigo, consciência de que aquilo seria importante e que ela teria uma sensação boa de fé, de alívio, eu estímulo. Eu entendo que além de ser uma atividade que pode ter um efeito psicológico muito positivo, vai fazer que ele esqueça um pouco da doença e se sinta útil. Eu acho que ele vai responder ao tratamento melhor”*. A participação em serviços religiosos é onde muitos idosos constituem amizade e recebem apoio emocional (KOENIG 1998). A qualidade de vida pode ser aumentada se os profissionais de saúde forem além da religião, principalmente quando avaliam os aspectos espirituais dos pacientes. Avaliar as necessidades espirituais dos pacientes é uma função importante da enfermeira. Infelizmente nem sempre há tempo suficiente para ajudar o paciente a

contar as suas histórias, mas é preciso ter consciência desta importante necessidade (HERMANN 2001). Melhorar ou manter a qualidade de vida dos pacientes com câncer é um objetivo significativo para a enfermagem (MICKLEY e COWLES 2001).

A terceira IC *“Se ele já participou, então tudo bem. Ao contrário, não é válido”* chama a atenção para a experiência religiosa do paciente. A fala do coletivo emerge em dois sentidos. O primeiro transpareceu que se o idoso com câncer tiver uma preparação religiosa então é importante que ele prossiga. Por outro, se o idoso não teve um preparo religioso, não deve ser estimulado, pois o paciente somente buscará vantagem para o seu problema específico. *“Se a pessoa já tem alguma atividade religiosa, alguma carga religiosa anterior, então tudo bem que ele continue. Agora se ele não tem eu acho que não é válido. Ele só vai entrar na religião por interesse”*. Por que não abrir as janelas da esperança para o paciente? Por que não buscar o conforto na religião? Por que não encorajá-los a encontrar sentido na vida por meio da religião?

Por último a quarta IC, aparece de forma oposta as três IC anteriores, com a seguinte síntese: *“Eu nunca recomendei”*. Neste discurso das enfermeiras, o coletivo somente se manifestará caso o paciente o interpele. É importante que o profissional estimule o lado psíquico e espiritual dos pacientes. Encorajar os pacientes no sentido de utilizarem a sua crença religiosa para encontrar as suas necessidades e lutar frente à doença e a morte, foi o que a maioria dos enfermeiros respondeu em estudo sobre as necessidades espirituais dos pacientes (TAYLOR et al. 1994). Nestas duas últimas idéias centrais fica claro que apesar do vasto volume de referências na literatura favoráveis ao estímulo de atividades espirituais e religiosas, muitos profissionais de saúde ainda relutam. Seria realmente respeito ao paciente ou uma questão ética, ou isso reflete um desconhecimento do profissional de saúde frente a novas tendências e o medo de mudar? MICKLEY e CARSON (1995) afirmam que as enfermeiras têm tradicionalmente incluído os aspectos espirituais na rotina dos cuidados de enfermagem. Como uma dimensão da espiritualidade, a religião pode influenciar imensamente os resultados de saúde. Neste novo século frente aos múltiplos desafios em cuidados de saúde, as enfermeiras podem explorar as dimensões religiosas na saúde, que pode servir como um importante aliado para providenciar cuidados efetivos de enfermagem. Para WRIGHT (1998) se as enfermeiras abraçarem

verdadeiramente o conceito holístico da pessoa, então haverá uma obrigação ética frente os cuidados espirituais.

3.4 Variáveis sócio-demográficas - Psicólogos

Quadro 4 - Perfil de 10 psicólogos do Hospital do Servidor Público Estadual – Francisco Morato de Oliveira” e Hospital Pérola Byington, segundo variáveis sócio-demográficas, São Paulo, SP/Brasil, janeiro a março de 2001.

Sexo		Idade (anos)	
Feminino	8	Média	35,1
Masculino	2	Amplitude	27- 56
		Média	39,5
		Amplitude	32- 47
Pós- Graduação		Estado civil	
Especialização	3	Casado	5
Sem especialização	4	Solteiro	4
Mestrado em andamento	1	Divorciado	1
Mestrado completo	1		
Doutorado	1		

3.4.1 Análise das variáveis

Conforme o quadro 4, a maioria dos psicólogos pertencia ao sexo feminino (8). A idade média das mulheres foi de 35,1%. Cinco dos 10 entrevistados já havia cursado pós-graduação, tanto o *lato sensu* como o *strictu sensu*. Quanto ao estado civil, cinco dos psicólogos eram casados.

3.4.2 Discursos do Sujeito Coletivo - Psicólogos

1. O que significa para o(a) senhor(a) em seu trabalho a sua fé religiosa?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Você tem que se apresentar ao paciente no seu lado profissional.	Eu acho complicado falar em religião dentro desse trabalho, dentro da psicologia. O meu trabalho tem toda uma teoria que me embasa e sempre quando eu entro pra atender um paciente eu acabo me desapegando da minha religião. Não vejo qualquer interferência. Você tem que se apresentar à pessoa que está no sofrimento, no seu lado profissional e tentar fazer o melhor possível. Mas tem uma coisa de fé, de acreditar que o meu trabalho é importante. Não sei se é uma fé religiosa, uma fé no meu trabalho, uma fé na importância do papel do psicólogo junto desses pacientes.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Energia transformação, esperança.	É energia transformação, é esperança, um pensar, uma tentativa de ver o paciente, de uma forma que não seja somente a doença, que assim o que está sendo feito tem um sentido, tem um valor. Eu acho que faz parte de todo ser humano que ele tenha uma fé religiosa, viva com essa fé todos os momentos da vida. É uma das condições da humanidade. Eu sou uma pessoa religiosa no sentido mais amplo. Eu acho que sem a minha fé, essa energia que eu... tenho crença, das transformações, das mudanças, não teria como trabalhar. A doença te remete muito a fazer essa ponte com a fé, com a religião, porque a gente precisa se segurar em algo maior, pra que a gente possa continuar. Enfim, são respostas pra mim mesma no meu contato com os pacientes, nas suas indagações sobre a morte, sobre morrer ou viver.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
IC.3. Eu não sei como isto acaba influenciando o meu trabalho.	Eu nunca parei pra pensar sobre isso. Eu sei que eu penso em Deus, numa fé. Eu não sei como isto acaba influenciando o meu trabalho. Eu acho que é uma coisa interna em mim, se tem algum significado, é de uma maneira que não é exatamente tipificada.

2. Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco a respeito.

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
A pessoa que tem fé tem muito mais força de vontade para enfrentar a doença.	Eu percebo que há algo fundamental. Eu percebo um sentimento muito grande de desamparo, um sentimento muito grande de insegurança, um medo do que vai acontecer, da dependência, da doença, do precisar do outro. Então, isto dá este sentimento de um total desamparo e falta de uma perspectiva. O que a religião dá pra esse idoso? Dá idéias, as quais ele pode se afirmar e se apoiar. Ele tem um Deus que protege, existe um objetivo na vida dele e existe um futuro, né, e sem o Deus ele não consegue. A fé é muito importante pro paciente, pra ele estar indo a busca da procura de si, estar entendendo a parte como uma etapa da vida e não como uma quebra na vida. A fé muitas vezes ajuda o paciente a se segurar nessa relação toda e até lidar melhor tanto com a doença quanto até com a família. As pessoas quando tão com câncer aparece mais à fé, parece que ela busca mais a ajuda de Deus. Isso é uma maneira que o paciente tem de se conformar com a doença, de não estar tão revoltado. Isto ajuda na aceitação da doença ou de que ele não consegue explicar, o médico também não consegue explicar, isso não é explicável por nenhum profissional. Então ele busca essa explicação na fé e em Deus. A fé ajuda muito porque ele tem uma esperança, ele olha prá aquilo, é uma maneira dele buscar, é uma ajuda positiva pra ele, né. A questão religiosa está sempre presente em todo o momento, nas respostas, em todas as manifestações. Eu penso que é um dado importante pra gente. A gente pode estar atenta pra ouvir as explicações, né.... O paciente idoso com câncer, a pessoa que tem fé, que expressa algum sentimento religioso tem muito mais força de vontade, porque ela acredita em algo. Esse acreditar em algo é que faz com que a pessoa tenha mais estímulo prá se tratar, prá se cuidar e ir adiante com o tratamento. Muitas vezes contribui no ajustamento, na adesão ao tratamento. Isso ajuda muito e é muito interessante porque ele se apegar na religião dele e aceita melhor esse ciclo da vida. O desapego, a missão, a idade, as doenças que vem com a idade..Eu acho extremamente importante a religião. A gente tenta resgatar isso de alguma forma. A religião é o que ele acredita, são os dogmas dele. Eu vejo como um ponto positivo. Isso independente da crença da pessoa. Eu nunca tento desmistificar ou tirar crença da pessoa ou fé da pessoa naquilo que ...então é, se ela crê que vai ser

	curada, então creia nisso e bote fé mesmo. O paciente idoso tem a certeza absoluta que Deus está com ele, que Deus vai ajuda-lo. Ele precisa ter isso com ele, Se Deus criou os médicos, então, é porque eu tenho que me tratar e tenho que ficar boa. Deus pôs a mão no médico pra tratar.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Há os que se protegem do desespero e há os que têm um esclarecimento mais tranquilo.	Você encontra pacientes que se mostram muito desesperadas, e aí elas entram numa fé religiosa que acaba meio paralisando todo um mecanismo de pensamento dela. Então, Deus vai curar, mas muito se protegendo do desespero que propriamente tendo uma fé. Nas pacientes que estão mais próximas do óbito e que já tem uma consciência mais desenvolvida sobre qualquer prosseguimento da doença. Elas sabem que Deus vai estar cuidando dela, ela não faz cobranças de que Deus vai cura-la ou vai atenuar o sofrimento, não, ela entra num outro tipo de relação. Deus está olhando por mim, e eu estou tranquila seja qual o destino que ele me escolheu. Elas fazem um pacto consigo mesmo e tem um esclarecimento mais tranquilo e mais livre de tudo isso.

3. O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o paciente idoso com câncer?

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Uma atividade religiosa seria uma das opções.	Olha, eu recomendaria. Tudo que for bom, eu recomendo o paciente a ta fazendo. A partir do momento que ele tem o diagnóstico, a vida não é mais a mesma. Então, eu acabo sempre querendo saber se a pessoa tem alguma religião, se ela pertence a algum grupo...Eu sempre oriento a procurar esses grupos, não se distanciar, chamá-los, trazer eles pra dentro de sua casa. Isso tem toda aquela participação, movimento de fé, de esperança, de contato com outras pessoas, o carinho, a pessoa não sente só, abandonada, com medo. Até porque tem todo um contexto de socialização, de troca, pra ela poder se inserir na sociedade mesmo, né. Eu acho que ela tem que desenvolver a sua espiritualidade seja do que jeito que ela entende essa espiritualidade. Aqui na enfermaria eu sou a primeira pessoa a procurar um capelão, um pastor, a comunidade, pra pode estar junto com a pessoa, prá

	poder rezar junto, porque eu acho que faz sentido. Um paciente com câncer tem que dar um ressignificado pra vida dele e uma atividade religiosa, seria uma das opções.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Depende. Antes de recomendar eu preciso saber no que ele acredita.	Antes de recomendar eu pergunto se o paciente acredita em alguma coisa. Eu procuro resgatar como era antes de ser idoso, de estar doente, o que você fazia? E por que não fazer agora? Eu acho super válido, eu acho bom, acho que precisam ter uma religião, seja ela qual for, mas recomendar não. Eu procuro ver no que ele acredita, como ele acredita e o que é importante pra ele nesse acreditar e como a fé pode estar lhe ajudando a enfrentar toda essa situação. Não tento dar nada que não seja do próprio paciente. Se é um paciente que me fala da sua religiosidade, que já tem as suas ligações, então isto é instrumentalizado, O que eu percebo é que aqueles pacientes idosos que inclusive participam de uma religião, que participam de um grupo, eles não são sozinhos. E com isto além de um Deus, tem gente que o ajuda, tendo as mesmas idéias, participando dos grupos religiosos onde sem sentem úteis, onde fazem obras assistenciais, participam de bazar, que faz o seu crochêzinho, que se sentem úteis, se sentem gente. Eu acho que depende da família também, eu acho que tem que respeitar tanto o paciente como a família. Se ele demonstrar uma coisa, mesmo assim, a gente pode até não recomendar.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Não é o meu papel, não faz parte de como trabalho.	Recomendar? Eu não! Porque eu acho que esse não é meu papel, não faz parte de como trabalho, pelo menos por enquanto. Mas se a pessoa vem com essa proposta de estar procurando eu estímulo, porque eu acho que vai fazer bem prá ela, desde que ela queira. Às vezes me espanta muito, a maneira como o paciente vem falar de Deus, de sua fé, e como isso é capaz de deixar aquela pessoa bem, como aquilo apazigua a angustia. Então quando eu vejo isto eu fico feliz! Porque é uma maneira positiva daquela pessoa passar por esse momento da vida.

3.4.3 Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Psicólogos

O papel da psicologia junto à equipe multiprofissional, em se tratando do paciente idoso com câncer, assume papel altamente relevante. Para melhor compreensão desta questão, buscou-se entender o significado da fé religiosa no trabalho do psicólogo. Como resultado desta indagação, surgiram três idéias centrais (IC).

A primeira IC, se afirma na expressão *“Você tem que se apresentar ao paciente no seu lado profissional”*. A fala do social se fortalece conforme o ofício técnico dos bancos escolares. É necessário desempenhar a tarefa de maneira eficiente e com competência. O discurso aponta para uma crença, uma confiança no trabalho a ser executado, não especificamente uma fé religiosa. *“O meu trabalho tem toda uma teoria que me embasa e sempre quando eu entro pra atender um paciente eu acabo me desapegando da minha religião. Você tem que fazer o melhor possível”*. Apesar do discurso coletivo se apresentar num tom tecnicista, no mundo contemporâneo vários são os pesquisadores que reflexionam a questão do trabalho dos psicólogos com as organizações religiosas, no sentido de providenciar modelos concretos de parceria. Muita discussão deverá ocorrer na área, pois se trata de um contexto desafiador. É preciso estar atento quanto ao valor da função histórica que as comunidades religiosas têm ocupado tanto na manutenção quanto na melhoria da saúde mental. Atualmente nos EUA tem havido um interesse ascendente do profissional de psicologia pela espiritualidade. Os psicólogos estão procurando outros caminhos para promover a diversidade profissional. Neste sentido, parece inevitável que estes profissionais comecem a trabalhar mais próximo do clero e das organizações religiosas no futuro do que eles trabalharam no passado (MCMINN et al. 2001).

Ao contrário da primeira IC, a segunda IC manifesta-se com a seguinte síntese: *“Energia transformação, esperança”*. O Discurso coletivo indica que a fé religiosa faz parte do cotidiano deste sujeito. É um instrumento que encoraja e fortalece o profissional a disseminar o bom humor e a alegria de viver ao paciente que está acamado e que precisa além da terapia convencional, carinho e amor. O coletivo dá a idéia que é possível acreditar que há espaço tanto para a ciência como

para o lado psico-espiritual. Assim, o enfrentamento da doença pelo paciente poderá ser reforçado, quando do atendimento, levando em conta que a fé é uma “semente” que deve ser regada sempre na tentativa de que ela cresça e se dissemine. *“É energia transformação, é esperança, uma tentativa de ver o paciente, de uma forma que não seja somente a doença, que assim o que está sendo feito tem um sentido, tem um valor. Eu sou uma pessoa religiosa no sentido mais amplo. Eu acho que sem a minha fé, não teria como trabalhar. A gente precisa se segurar em algo maior, pra que a gente possa continuar”*. O discurso apresentado pelo coletivo de psicologia apresenta características do *Cristão Profissional de Saúde*, termo que sugere segundo LOUSSIER (1997) um compromisso radical por parte da pessoa, uma qualidade que lhe permeia toda a vida, particularmente a vida profissional como um profissional da saúde. Assim, os pacientes esperarão mais deste profissional, do que simplesmente a prestação de um serviço.

Na terceira IC há o momento da dúvida *“Eu não sei como isto acaba influenciando o meu trabalho”*. Apesar do coletivo não negar a reflexão com Deus, não há clareza da maneira como a fé interfere em suas relações no trabalho. O discurso aponta para uma questão de fórum íntimo, sendo que não é repassado para a rotina.

Fé religiosa do paciente idoso e tratamento de câncer foram o próximo tema abordado com o psicólogo, sendo que duas idéias centrais foram destacadas.

A primeira IC se apresenta de forma decisiva, afirmando que *“A pessoa que tem fé tem muito mais força de vontade para enfrentar a doença”*. O discurso do sujeito coletivo realça a importância do crer, no sentido do fortalecimento interior para o enfrentamento da enfermidade. AUBERT (1998) numa das considerações finais da pesquisa sobre a experiência da oração acolhida na clínica psicológica, relata que a oração traz em si, um significado de “re-ligare”, vivificando a ligação com Deus e ao mesmo tempo, ou como consequência, fortalecendo a ligação com os elementos da própria vida. A fé também ajuda o paciente a se descobrir, se afirmar e entender melhor a vida, mantendo uma relação mais confortável com aqueles que o cercam *“Ele tem um Deus que protege, existe um objetivo na vida dele e existe um futuro, né, e sem o Deus ele não consegue. A fé é muito importante pro paciente, pra*

ele estar indo a procura de si. A fé muitas vezes ajuda o paciente a se segurar nessa relação toda e até lidar melhor tanto com a doença quanto até com a família”. Para JOHNSON e SPILKA (1991), há muita evidência de que a fé pode ser um grande conforto quando a pessoa se encontra frente a uma doença ameaçadora como o câncer. Em um estudo sobre enfrentamento do câncer de mama, a função do clero e da fé, 85,4% das mulheres pesquisadas afirmaram que a religião as ajudou no enfrentamento das doenças. BERG (1980) afirma que a fé é mais do que a força de um pensamento positivo. Ela obtém força a partir da convicção de que Deus, como inteligência suprema, tudo sabe, e como amor divino está disposto a tudo fazer para o seu bem.

O discurso coletivo reafirma quão importante é a fé em pacientes que possuem doenças graves. Nestas situações a fé é mais exteriorizada, a busca de Deus fica mais constante, tornando o paciente mais conformado e menos agressivo. *“As pessoas quando tão com câncer aparece mais a fé, parece que ela busca mais a ajuda de Deus. Isso é uma maneira que o paciente tem de se conformar com a doença, de não estar tão revoltado”.* A crença e a prática religiosa se tornam particularmente importantes para as pessoas idosas quando elas se tornam doentes (KOENIG 1999b). Para O’CONNOR et al. (1990), em uma pesquisa sobre o entendimento de pacientes recém diagnosticados com câncer de mama, pulmão, cólon e reto, pela busca de um significado, relataram que a fé ajudou os sujeitos da pesquisa a lutar contra o câncer, a renovar a sua fé religiosa e a desenvolver esperança como resultado de sua fé.

O discurso do sujeito coletivo destaca que muitas respostas são encontradas na própria fé, pois esta fornece a esperança, que é um alimento positivo em sua vida. *“Ele não consegue explicar, o médico também não consegue explicar, isso não é explicável por nenhum profissional. Então ele busca essa explicação na fé e em Deus. A fé ajuda muito porque ele tem uma esperança, ele olha pra aquilo, é uma maneira dele buscar, é uma ajuda positiva pra ele”.* SALEH E BROCKOPP (2001) descrevem em estudo sobre a esperança entre pacientes hospitalizados com câncer antes do transplante de medula óssea, o seguinte discurso: “when I go to church and hear the preaching of God’s word encourages me. What I am doing here right now, sitting here studying the sunday school lesson and study of God’s word and the

fellowship of the Christians, it encourages me”. AUBERT (1998) assegura que se a premência da vivência religiosa, tão freqüente em determinados momentos da vida religiosa não for bem recebida na terapia como um elemento de seu desenvolvimento, o processo terapêutico ficará truncado e incompleto, dificultando à pessoa completar-se como uma unidade.

O idoso tende a viver mais intensamente a sua religião e os espaços de sua vida são geralmente preenchidos por meio de uma fé fervorosa. A fé alimenta e dá muito mais energia para ir à busca de algo, a busca do inatingível, conseqüentemente ele pode aderir com mais vigor ao seu tratamento e lutar com mais intensidade contra a doença. As questões espirituais são potencialmente úteis na promoção do senso de bem-estar do paciente e na resposta ao tratamento (MCKEE e CHAPPEL 1992). *“A questão religiosa está sempre presente em todo o momento, nas respostas, em todas as manifestações. O paciente idoso com câncer, a pessoa que tem fé, tem muito mais força de vontade, porque ela acredita em algo. Isto faz com que a pessoa tenha mais estímulo pra se tratar, pra se cuidar e ir adiante com o tratamento. Muitas vezes contribui no ajustamento, na adesão ao tratamento”*. A religião apresenta muitas conseqüências observáveis que contribuem construtivamente para o ajuste, adaptação e a integração do processo de envelhecimento das pessoas (MOBERG 1965).

O discurso coletivo indica que a religião é um fator relevante para o idoso, sem levar em conta qual a religião, mas respeitando a crença de cada um. Há uma certeza de que Deus se faz presente na vida do coletivo idoso e ele acredita muito nisto e espera a ajuda divina. Neste sentido, é passível que se Deus instituiu o médico, é para que este execute os seus ofícios junto ao idoso e promova o restabelecimento de sua saúde. *“A religião é o que ele acredita, são os dogmas dele. Isso independente da crença da pessoa. O paciente idoso tem a certeza absoluta que Deus está com ele, que Deus vai ajudá-lo. Se Deus criou os médicos, então, é porque eu tenho que me tratar e tenho que ficar boa”*.

Na segunda IC, o pensamento assim se destaca: *“Há os que se protegem do desespero e há os que têm um esclarecimento mais tranquilo”*. O enunciado coletivo sugere dois caminhos. O primeiro evidencia que a fé religiosa possui um poder de bloqueio sobre o idoso com câncer. Neste sentido o paciente se interioriza e se fecha esperando que somente Deus poderá livrá-lo do problema. Aqui o coletivo mostra

que este processo parece mais uma fuga, do que a verdadeira fé religiosa. O segundo, em relação aos pacientes com a doença mais avançada, se apresentam de maneira mais tranqüila e com melhor preparo. Há consciência de que o Sagrado está à frente deles, independente do caminho a ser tomado, e esta fase tenderá a ser mais tranqüila.

Recomendar algum tipo de atividade religiosa para o paciente idoso com câncer não é uma tarefa fácil. É natural que as concepções sejam diferentes entre os psicólogos. Esta indagação gerou três IC, as quais são expostas abaixo.

Já na primeira IC, a tendência foi pela possibilidade positiva. *“Uma atividade religiosa seria uma das opções”*. Este pensamento coletivo se traduz numa vontade do profissional psicólogo, para que o coletivo idoso se fortaleça e busque aquilo que lhe faz bem. *“Tudo que for bom, eu recomendo o paciente a tá fazendo”*. HINTIKKA et al. (2001) por meio de uma pesquisa envolvendo o tema frequência religiosa e satisfação de vida na população finlandesa, concluíram que a atividade religiosa estava associada com o bem-estar mental. A pesquisa ainda sugere que a atividade religiosa pode aumentar a satisfação de vida, pode proporcionar uma função benéfica na manutenção mental e no bem-estar geral e facilitar a recuperação.

Para um grande número de pessoas, quando uma doença grave se apresenta em sua vida, há muita tristeza e é um caminho fértil para o desenvolvimento de quadros depressivos. A vida toma um rumo diferente. É preciso se despojar de algumas coisas e renovar outras para encontrar forças para enfrentar este novo desafio. *“A partir do momento que ele tem o diagnóstico, a vida não é mais a mesma”*. O diagnóstico do câncer muitas vezes provoca uma crise de significados e frequentemente debilita antecipadamente uma fé na realidade (HIGHFIELD 1992).

O discurso realça que em primeiro lugar, o sujeito coletivo busca conhecer a vida religiosa do paciente idoso para poder contribuir e fortalecer os laços comunitários. Assim, procurará fornecer o encorajamento e a esperança será aliada. A inserção do idoso na sociedade poderá resgatar a solidariedade social e trazer conseqüentemente o espírito de cooperação dos indivíduos. *“Eu acabo sempre querendo saber se a pessoa tem alguma religião, se ela pertence a algum grupo. Eu sempre oriento a procurar esses grupos, não se distanciar, trazer eles pra dentro de*

sua casa. Isso tem toda aquela participação, movimento de fé, de esperança, de contato com outras pessoas, o carinho, a pessoa não sente só, com medo. Tem todo um contexto de socialização, de troca, pra ela poder se inserir na sociedade mesmo". AUBERT (1998) ao investigar "a experiência da oração acolhida na clínica psicológica", mencionou que na prática clínica as questões religiosas têm surgido em ritmo crescente, geralmente acopladas a questões existenciais e a temas éticos e morais. Na maioria das vezes, a religiosidade aparece sob uma forma velada, as pessoas começam por exemplo: se perguntando sobre seus destinos, sobre a morte e terminam por manifestar a busca de algum tipo de fé, de confiança absoluta, a crença em um ser superior. De acordo com KOENIG et al. (1988a) a família e os amigos ocupam uma função vital em providenciar apoio e encorajamento durante os períodos de angústia.

É importante que o paciente almeje um crescimento em sua espiritualidade. O paciente com câncer precisa dar um novo sentido a sua vida. *"Eu acho que ela tem que desenvolver a sua espiritualidade. Aqui na enfermaria eu sou a primeira pessoa a procurar um capelão, um pastor, a comunidade pra poder rezar junto, porque eu acho que faz sentido. Um paciente com câncer tem que dar um ressignificado pra vida dele.* A oração cria muitos sentimentos nas pessoas com câncer. Ela conforta, consola, acalma, dá sentido, dá alívio, dá tranquilidade e confiança (TAYLOR e OUTLAW 2002). Pesquisa desenvolvida por LANDMARK et al. (2001) com o objetivo de descrever como 10 mulheres norueguesas com diagnóstico de câncer experienciavam a vida com a doença, mostrou que viver com câncer de mama envolveu uma consciência existencial, com diferentes níveis de expectativa, luta contra a morte, vida para o futuro, crença religiosa e dúvidas e aumento de consciência dos valores na vida. GONÇALVES (2000) numa das propostas finais do seu estudo com pacientes com diagnóstico de câncer, enfatiza que seria importante convidar as comunidades religiosas a participarem da luta contra o câncer como um reforço de ambas as partes (médica e religiosa). COHEN et al. (2001) afirmaram que quando a crença e os valores religiosos e espirituais são conduzidos cuidadosa e respeitosamente na vida do paciente, podem revelar informações capazes de instruir o procedimento médico.

Na segunda IC o discurso se mostra cauteloso. *“Depende. Antes de recomendar eu preciso saber no que ele acredita”*. O coletivo se manifesta pelo respeito e pela busca do conhecimento do paciente idoso. Ter noção do passado é fundamental para se tomar medidas acertadas. Não há uma recomendação direta, mas sim, um estímulo para buscar aquilo que ele já praticava. O discurso enfatiza a importância do paciente idoso com câncer possuir uma religião, até como recurso que o ajude a se apoiar e enfrentar as adversidades da vida. O que o paciente idoso já conquistou no passado, ou seja, a sua prática religiosa será motivada para que o coloque em exercício, mas sem impor nada que não lhe seja típico. *“Eu pergunto se o paciente acredita em alguma coisa. Eu procuro resgatar como era antes de ser idoso, de estar doente. Eu acho que precisam ter uma religião, seja ela qual for, mas recomendar não. Eu procuro ver no que ele acredita e como ele acredita. Se é um paciente que me fala da sua religiosidade, que já tem as suas ligações, então isto é instrumentalizado”*. O’HARA (2002) ao indagar se há uma função para oração e a espiritualidade em cuidados de saúde, relata que a oração e a religiosidade necessitam ser entendidas dentro de um contexto da espiritualidade do paciente e não como definido pelo reducionismo atômico do materialismo científico.

O discurso coletivo chama a atenção quanto aos pacientes que fazem parte da religião ou de um grupo religioso. Os idosos não seguem solitários, mas sim, com Deus e com os amigos. Sentir-se proveitoso nesta altura da vida tem um valor extraordinário, dá condições aos pacientes de poderem participar de várias atividades e ocupar a mente. *“O que eu percebo é que aqueles pacientes idosos que inclusive participam de uma religião, que participam de um grupo, eles não são sozinhos. E com isto além de um Deus, tem gente que o ajuda, tendo as mesmas idéias, participando dos grupos religiosos... onde sem sentem úteis, sentem gente”*. Pertencer e participar de um grupo religioso pode trazer consequências psicossociais saudáveis que influenciam positivamente a saúde. A religião promove coesão social, sensação de pertencer, incorporar e participar, sanciona continuidade dos relacionamentos, padrões familiares e outros sistemas de apoio (LOTUFO NETO 1997). A religião, quando usada como enfrentamento, não deve ser direcionada apenas para a cura da doença, mas também para o bem-estar mais amplo das pessoas (PAIVA 1998). SORAJJAKOOL (1998) em estudo de revisão sobre gerontologia,

espiritualidade e religião, relata que a religião recompõe a realidade e, portanto, visa reduzir o sofrimento. Numerosos estudos têm mostrado que as pessoas idosas têm um grande interesse pela religião, especialmente como um meio de luta nas condições de saúde e em várias questões do envelhecimento.

A terceira IC *“Não é o meu papel, não faz parte de como trabalho”* nega a recomendação de qualquer tipo de atividade religiosa. A primeira impressão do discurso coletivo aponta para uma tendência tecnicista, ficando a questão religiosa sem ser explorada. Porém o discurso não é tão inflexível, respeita-se a necessidade do paciente idoso. Quando há interesse pelo assunto, há espaço e incentivo para a sua busca. A fala do coletivo destaca o quanto a presença de Deus e a sua respectiva fé encoraja e conforta os momentos tristes da vida do paciente. *“Recomendar? Eu não! Pelo menos por enquanto. Mas se a pessoa vem com essa proposta de estar procurando eu estímulo, porque eu acho que vai fazer bem. Às vezes me espanta muito, a maneira como o paciente vem falar de Deus, de sua fé, e como isso é capaz de deixar aquela pessoa bem, como aquilo apazigua a angústia”*. As crenças e as práticas religiosas são instrumentos que os pacientes costumam usar para amenizar os seus sentimentos de angústia durante a doença (KOENIG 2001). Como assunto reemergente, a temática - religião ganha agora atenção especial na Associação Americana de Psicólogos (APA), com a criação de um departamento para psicólogos interessados na interface entre religião e psicologia (O’CONNOR 2001). Existe pouca dúvida de que a profissão de psicologia esteja em transição. Entre as muitas mudanças estão as tendências que apontam que o caminho não está seguindo o rumo dos serviços diretos, mas sim para serviços mais consultivos e indiretos, incrementando a consciência de espiritualidade como uma área de diversidade humana, compromisso maior com as pessoas marginalizadas e injustiçadas e com a globalização da psicologia (MCMINN et al. 2001).

3.5 Variáveis sócio-demográficas - Capelães

Quadro 5 - Perfil de cinco capelães de base hospitalar, segundo variáveis sócio-demográficas, São Paulo, SP/Brasil, janeiro a março de 2001.

Sexo		Idade (anos)	
Feminino	1	Média	53,8
Masculino	4	Amplitude	48- 61
Pós- Graduação		Estado civil	
Especialização	2	Casado	2
Sem especialização	2	Solteiro	3
Mestrado completo	1		

3.5.1 Análise das variáveis

A amostra (quadro 5) foi composta por 2 padres católicos, 2 pastores evangélicos e um rabino. A média de idade foi de 53,8 anos. Quanto a pós – graduação, 3 deles haviam cursado no mínimo um curso, seja *lato sensu* ou *strictu sensu*. Já em relação ao estado civil, 2 eram casados e três eram solteiros.

3.5 Variáveis sócio-demográficas - Capelães

Quadro 5 - Perfil de cinco capelães de base hospitalar, segundo variáveis sócio-demográficas, São Paulo, SP/Brasil, janeiro a março de 2001.

Sexo		Idade (anos)	
Feminino	1	Média	53,8
Masculino	4	Amplitude	48- 61
Pós- Graduação		Estado civil	
Especialização	2	Casado	2
Sem especialização	2	Solteiro	3
Mestrado completo	1		

3.5.1 Análise das variáveis

A amostra (quadro 5) foi composta por 2 padres católicos, 2 pastores evangélicos e um rabino. A média de idade foi de 53,8 anos. Quanto a pós – graduação, 3 deles haviam cursado no mínimo um curso, seja *lato sensu* ou *strictu sensu*. Já em relação ao estado civil, 2 eram casados e três eram solteiros.

3.5.2 Discursos do Sujeito Coletivo - Capelães

1. O que significa para o(a) senhor(a) em seu trabalho a sua fé religiosa?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
A fé é a resposta para todas as circunstâncias.	Indiscutivelmente, como religioso e tendo sido praticamente educado o tempo todo a partir de uma fé cristã, tendo o próprio modelo do evangelho, eu considero este trabalho não apenas o trabalho junto a doentes, mas principalmente o trabalho na pastoral da saúde, na pastoral hospitalar... A fé é a resposta para todas as circunstâncias. É quase que um ditado - difícil com fé, sem fé seria muito mais difícil ainda encontrar as soluções. Eu sempre falo que quem tem fé também tem problemas, mas quem tem fé tem forças para enfrentar, ir à busca de caminhos que levem a respostas positivas na nossa vida. Eu acredito que demonstrar a minha fé, é um estímulo para aqueles que às vezes até têm, mas que está um pouco adormecida. Eu acho que a minha fé me dá força pra que eu possa fazer os outros enfrentarem os seus problemas, me ajuda encarar as minhas dificuldades.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
É o fundamento de tudo!	É o fundamento de tudo! Não é? Porque desde que nos propusemos a ministrar sobre esperança, o básico é a fé... Sem a fé seria impossível, né? Então, tem que tomar parte, senão não posso ter autoridade para transmitir alguma coisa a alguém, daquele que eu não conheço, que eu não experimentei. E a minha ação tem que ser reintegradora das condições vitais, naturais da vida humana, não é? Então eu fazendo isso certamente há para mim uma grande satisfação, uma grande alegria de poder ser portador de um trabalho, de um discurso, de sentimentos com os quais eu faço uma troca com eles, não é?
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo - 3
Uma das atividades é visita e ajudar os doentes.	Como parte da minha fé, temos obrigações religiosas e uma das obrigações é visitar os doentes. Agora a minha fé em Deus faz parte disto. Os doentes são aflitos, são ocupados, então é uma obrigação religiosa visitar e ajudar os doentes.

2. Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco a respeito.

Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
A fé religiosa ajuda o paciente a encarar a própria doença, para que possa viver bem.	A fé do idoso é uma fé mais centrada num Deus, numa esperança de vida eterna, uma fé de agradecimento pela vida que teve. Então a resposta da fé o ajuda a encarar a própria doença, para que possa viver bem. Alguém que tem fé consegue olhar para trás, ver a sua caminhada e principalmente no caso de um idoso, encontrar pela fé, ainda muito para agradecer. Ao poder agradecer a Deus, ele também encontra energia, aquele último substrato de energia que o permite continuar lutando pela vida. A resposta a um tratamento de câncer é certamente, muito mais positiva quando o sujeito se coloca pela fé nas mãos de Deus do que em alguém que considera a vida pura e simplesmente do lado material, do lado agnóstico, sem crença nenhuma. O paciente idoso já fez o ciclo normal da vida. Então no fundo, você percebe que a fé o ajuda a viver como se fosse um lucro e até celebrar um pouco a vida. Por pior que seja a experiência do idoso ou o sofrimento, ele confia, porque a mensagem é sempre de esperança - de um ano, de um mês, de dois meses, de uma semana, de um dia, alguns minutos, então fé. Eu creio apesar do sofrimento, apesar da dor, apesar da morte eu continuo crendo. Então eu vou esperar, eu vou continuar crendo nesse Deus, apesar de todas as coisas, eu amo esse Deus.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Situação cultural e vivência religiosa conservadora.	O paciente idoso nos remete a um tempo bem anterior a esse que nós vivemos, portanto, há uma situação cultural, há uma situação de vivência religiosa que nós basicamente podemos compreender como um contexto conservador. Então há muito desse conservadorismo interferindo na fé, na expectativa desse paciente frente à doença ou frente ao futuro mais global, com características de fatalismo. Eles entendem que essa é a vontade de Deus e que nós nos rendemos à vontade de Deus, quando na verdade não deve ser assim, não é? Devemos ter e fazer com que eles reflexionem a respeito de uma fé que os promovam, não é? Que de a eles as condições de viver esses momentos tristes da vida, apesar dessas dificuldades, até mesmo muito sombrio, mas com esperança, tranquilidade, paz e segurança.

Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo - 3
As pessoas idosas são mais ou menos reconciliadas com a vida.	Eu me esforço prá dar esperança e comentar que as coisas estão indo bem, a pessoa talvez parece melhor esta semana do que a semana anterior. Muitas vezes dá prá ver, dá prá perceber uma mudança na situação da pessoa de uma semana prá outra, que não dá prá ver essa mudança diariamente. Então se a pessoa não parece muito melhor, eu me esforço prá dar mais força, mais otimismo, mais esperança. As pessoas idosas são mais ou menos reconciliadas com a idéia que já estão na última parte da vida, né, e senão por câncer, então vai ser um infarto ou alguma outra coisa, né?

3. O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o paciente idoso com câncer?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Eu recomendaria	Eu recomendaria. Há muita coisa que se possa fazer com o idoso. O que ele gosta de fazer, o que ele sempre fez? É lendo a Bíblia? Fazendo oração? A leitura dos Salmos é muito bom prá ler como ato religioso. Isso faz muito bem para o paciente, não é? A experiência de fé que ele tem é muito importante prá ele, e é importante até para o pessoal que vem trabalhando, que está ministrando fé.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
Desde que em condições de vida.	Se o sujeito já tem fé e se está dentro de instituições que me possibilite e se ele tem condições de vida.... de uma certa qualidade boa de vida, a melhor atividade religiosa ainda está na linha da participação nas atividades comunitárias, da oração pessoal, do estudo da palavra de Deus, da leitura da Bíblia e principalmente do colocar-se a serviço dos que também estão em condições talvez piores do que ele próprio se julgue estar.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo - 3
A partir do momento que ele tenha curado a sua própria ferida.	Seria importante se ele tivesse uma atividade religiosa, a partir do momento que ele tenha curado a sua própria ferida. Isso não significa curar o câncer, né, curar a doença, não necessariamente; quer dizer, uma coisa que você conseguiu vencer, superar, aprender a conviver com o seu problema. Se você não curar a sua "ferida", vai colocar em contato com a "ferida" de outro... Eu acho que pode virar uma "ferida" ainda maior, né?

Idéia Central - 4	Discurso do Sujeito Coletivo - 4
Depende da experiência com Deus.	O paciente idoso que não teve qualquer relação com a religião torna-se muito difícil. Ele pode até aceitar, agarrando-se a religião não como uma contextualização das necessidades de relação dele com o ser superior que é o senhor Deus, né, mas como uma coisa muito particularizada no sentido de resolver este problema que agora ele está passando. Mas isto é muito vazio! Não pode haver no indivíduo essa situação, esse princípio, essa idéia de barganha, porque a religião não é isso! Agora, alguém que já vem numa fé muita grande, muito crescente, com grandes experiências, torna-se extremamente fácil fazer com que essa fé passe a ter uma dominação sobre os sentimentos dele. Isso faz caminhar maravilhosamente bem, né. Agora, o ateu fica muito mais difícil.

3.5.3 Análise dos Discursos do Sujeito Coletivo – Capelães

A fé religiosa para o capelão é um instrumento que direciona e fortalece as suas ações. Por meio desta ferramenta ele transmite confiança, desperta a esperança e proporciona conforto e amor para as pessoas que dele necessitam.

O significado da fé religiosa junto ao trabalho do capelão, parece ser uma pergunta sugestionada, porém, de valor relevante. O material colhido do discurso forneceu três idéias centrais.

Num tom bastante fervoroso, a primeira IC se mostra como a prova de fogo deste sujeito “*A fé é a resposta para todas as circunstâncias*”. No discurso coletivo o trabalho na pastoral hospitalar assume grande relevância para o capelão. O discurso enfatiza a fé como a solução para a vida e a busca de respostas positivas para o enfrentamento dos problemas. Sem ela poderá ocorrer um ofuscamento e os problemas poderão ser encarados com maior dificuldade. A presença da fé na vida do coletivo se expressa de maneira a produzir forças internas, e nesse sentido, poder ajudar os pacientes a se fortalecerem e encontrarem um caminho mais seguro. O discurso evidencia que mesmo para aqueles dotados de fé, as situações da vida poderão nem sempre ser maravilhosas. Por outro lado, as pessoas sem fé sofreriam

muito mais para transpor os obstáculos da vida. *“A fé é a resposta para todas as circunstâncias. “Quem tem fé também tem problemas, mas quem tem fé tem forças para enfrentar, ir à busca de caminhos que levem a respostas positivas na nossa vida. A minha fé me dá força pra que eu possa fazer os outros enfrentarem os seus problemas, ela me ajuda encarar as minhas dificuldades”.*

A segunda IC se afirma na expressão *“É o fundamento de tudo!”*. O discurso aponta para a fé como sendo uma necessidade básica e propulsora do cotidiano. O que chama a atenção é o quanto à fé capacita o coletivo para poder transmitir uma mensagem de esperança aos pacientes. A vivência na fé é uma atividade prática que precisa ser experimentada diariamente e este experimentar pode nutrir o corpo como um todo. Assim, este envolvimento poderá permitir que o coletivo dirija e impulse a vida da melhor forma possível, no sentido da união e do amor fraterno. *“... Desde que nos propusemos a ministrar sobre esperança, o básico é a fé... Sem a fé seria impossível. Então, tem que tomar parte, senão não posso ter autoridade para transmitir alguma coisa a alguém, daquele que eu não conheço, que eu não experimentei”.*

Na terceira e última IC, a seguinte expressão se destaca: *“Uma das atividades é visitar e ajudar os doentes”* Nesse discurso o coletivo se manifesta como uma tarefa religiosa a visita aos doentes, sendo que a fé é parte integrante dessa arquitetura. Os doentes possuem menor poder de deslocamento e a assistência religiosa se torna um preceito junto ao cuidado do paciente. Cuidar de alguém em saúde exige uma atitude constante de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento de ternura com o semelhante (PESSINI 2000a). O ambiente para o cuidado deve ser interpessoal e propício ao desenvolvimento da pessoa, isto é, um espaço terapêutico que se constitua e se mantenha pelo “acolhimento” (AUBERT 1998).

A segunda inquirição destinada a este sujeito foi a busca de sua percepção quanto a fé religiosa e o tratamento de câncer do paciente idoso. O resultado produziu 3 idéias centrais.

Com ênfase no lado positivo, a primeira IC emerge com a manifestação a seguir: *“A fé religiosa ajuda o paciente a encarar a própria doença, para que possa*

viver bem”. O discurso coletivo realça que o idoso tem em Deus a fé como ponto principal, pois acredita que a vida é para o sempre. Pela grandiosidade da fé, há força para enfrentar as situações desafiantes e ainda viver melhor. O discurso destaca que o indivíduo com fé consegue olhar o passado e ser grato pela vida que já gozou. O enfrentamento do câncer pode se tornar mais seguro, quando o paciente caminha com Deus. *“A fé do idoso é uma fé mais centrada num Deus, numa esperança de vida eterna, uma fé de agradecimento pela vida que teve”*. A oração do idoso é mais de história de vida do que de projetos; é mais sentimento do que de inteligência; é mais de entrega e de oferta, do que de petição; é mais de certeza do ministério do que de dúvida da presença. Mesmo que não tenha idéias e conceitos claros sobre a vida depois da morte, ele crê (BASSINI 2000). A esperança é capaz de transcender o finito (RICHARDSON 2000). No discurso ainda é enfatizado que o crer dá sustentação para o enfrentamento de um agravo. *“Então a resposta da fé o ajuda a encarar a própria doença, para que possa viver bem”*. EBRIGHT e LYON (2002) estudando os fatores que aumentam a esperança em mulheres com câncer de mama relataram que os achados sugerem que as diferenças no pensamento e na avaliação foram influenciadas pela auto-estima e pela ajuda da crença religiosa. FEHER e MALY (1999) investigaram 33 mulheres idosas recém diagnosticadas com câncer de mama quanto às estratégias religiosas e espirituais de enfrentamento, e numa das conclusões foi assinalado que no seu relacionamento com Deus, elas foram capazes de criar um senso de suporte emocional e espiritual. Além disso, a fé religiosa e espiritual providenciou significado para a maioria das participantes.

O discurso coletivo dos capelães afirma que o idoso já venceu uma etapa importante da vida. Assim, a fé vem ajudá-lo a viver mais. Nesse sentido, o discurso sugere que o idoso que tem fé tende a conseguir uma melhor preparação para a morte, porque a paciência já é uma virtude conquistada em sua vida e a esperança é sua grande aliada. A fé em Deus faz com que a dor e a morte sejam mais bem encaradas e suportadas, tendo a devoção no sagrado o ponto mais alto. *“O paciente idoso já fez o ciclo normal da vida e a fé o ajuda a viver como se fosse um lucro. Por pior que seja a experiência do idoso, ele confia, porque a mensagem é sempre de esperança. Então eu vou esperar, eu vou continuar crendo nesse Deus, apesar de todas as coisas, eu amo esse Deus”*. Quando o paciente se encontra frente ao câncer,

o sentimento de esperança pode proporcionar significado, direção, motivação e a razão de ser (POST-WHITE et al. 1996).

Na segunda IC aparece à expressão “*Situação cultural e vivência religiosa conservadora*”. O discurso destaca que o paciente idoso se baseia muito no passado, onde o ambiente é permeado por uma fé de rendição à vontade de Deus. Há toda uma expectativa negativa frente a um agravo. Esta situação sufoca o paciente, e o mantém imobilizado. Em outro sentido mais reativo, o discurso evidencia a necessidade de uma fé de ascensão, que conforte os idosos com câncer para transpor este período tenebroso, com confiança e alegria.

A terceira IC relata um coletivo mais tranquilo “*As pessoas idosas são mais ou menos reconciliadas com a vida*”. O discurso coletivo assinala que os idosos são mais bem preparados para as adversidades da vida, e conseqüentemente, poderão enfrentar a morte de forma mais tranqüila. Com a experiência acumulada na luta existencial, a pessoa idosa fica mais propensa a pensar e repensar a sua história, os acontecimentos de sua vida, voltando-se para si mesma. É na sua intimidade que vai descobrindo que é o seu próprio eu, mas que ultrapassou suas capacidades de controle racional. Algo que está ligado diretamente aos seus sentimentos e ao desejo de imortalidade, perenidade existencial. A sua história não pode ser destruída (BASSINI 2000).

É interessante observar que estas duas últimas idéias centrais mostram visões de “fatalismo” e “reconciliação”. Mais que qualquer outro profissional que trabalha com o paciente idoso com câncer, o capelão descobre no paciente o destino do próprio homem. Há que viver bem, mas todas as pessoas caminham para um mesmo destino.

A necessidade de fé por parte do paciente é percebida com mais clareza pelo capelão. Sendo a fé religiosa um instrumento de sustentação diário nas capelarias, a pergunta subsequente a este sujeito foi se ele recomendaria alguma atividade religiosa para o paciente idoso com câncer. Quatro idéias centrais foram apontadas.

A primeira IC está contida na expressão “*Eu recomendaria*”. Buscar uma atividade prazerosa, traz alegria e satisfação. A fala do coletivo enfoca o lado positivo do paciente idoso. Situações em que ele viveu no passado e que poderá

repetir agora desde que esteja disposto; seja lendo a Bíblia, fazendo oração ou outra atividade religiosa. Neste sentido, qualquer estímulo encorajador, se torna muito importante nesta fase da vida. O idoso por ter vivido um longo tempo, possui experiências de fé muito ricas e a sua contribuição se torna salutar até para a equipe que o atende. *“Eu recomendaria. O que ele gosta de fazer, o que ele sempre fez? É lendo a Bíblia? Fazendo oração? Isso faz muito bem para o paciente”*. A atuação do capelão no ambiente hospitalar é fundamental. Para GIBBONS et al. (1999) as atividades dos capelães dentro do hospital, são conduzidas frente à promoção da transcendência espiritual, promovendo a integridade espiritual, e ordenando o ministério. O clero e as necessidades espirituais estão intimamente relacionados com a saúde física e psicológica das pessoas e não pode ser ignorado pelos profissionais de saúde (KOENIG 1994).

KING et al (1999), em um estudo prospectivo, analisando a função da crença espiritual sobre os resultados clínicos de 250 pacientes do setor de cardiologia e ginecologia, constataram que os pacientes com forte crença espiritual foram 2,3 vezes mais prováveis de permanecer com o mesmo quadro clínico até nove meses depois. Os autores argumentam que embora os resultados sejam preliminares, os achados mostraram que a força da crença espiritual é mais preditivo do efeito, do que do estado físico avaliado por clínicos ou do estado psicológico auto-referido na admissão, sugerindo que a crença espiritual é um fator que não pode continuar a ser ignorado em resultados de pesquisa. O envolvimento religioso aparece como fator de proteção para a saúde física e mental, na promoção do bem-estar das pessoas idosas, no encorajamento de comportamento positivo saudável, afetando os modelos de cuidados de utilização de saúde (LEVIN et al. 1996).

Já na segunda IC, há uma condição para que isto ocorra, *“Desde que em condições de vida”*. No discurso coletivo a experiência de fé e as condições físicas do paciente são pré-requisitos para que ele seja estimulado a desenvolver alguma atividade religiosa. O paciente com fé e que possui uma doença de maior gravidade, pode ainda ser útil às pessoas que estão em estado mais grave do que ela. Isto poderá ser um estímulo para o seu crescimento interior, para a sua auto-estima. Os capelães profissionais possuem recursos espirituais bastante experimentados e ajudam os

pacientes a buscarem no significado transcendental, uma proposta e um valor para as suas vidas (VANDECREEK e BURTON 2001).

Em relação à terceira IC *“A partir do momento que ele tenha curado a sua própria ferida”*, a fala do coletivo realça a importância do saber conviver com a sua doença. Aqui o discurso do sujeito coletivo sugere que o idoso antes de participar de qualquer atividade, precisa vencer os seus preconceitos internos e aceitar a doença. Não significa aceitar passivamente o agravo, mas lutar em favor da vida, o que é diferente de entregar-se à doença e viver amargurado e deprimido. Caso isto aconteça o sujeito poderá não ser útil a outras pessoas, e as suas feridas espirituais ficariam expostas, com tendência a agravar ainda mais o quadro da pessoa a ser ajudada. Quando ele vencer esta questão, se torna fundamental desenvolver uma atividade religiosa. *“Seria importante se ele tivesse uma atividade religiosa, a partir do momento que ele tenha curado a sua própria ferida. Se você não curar a sua “ferida”, vai colocar em contato com a “ferida” de outro... Eu acho que pode virar uma “ferida” ainda maior, né?”*.

Por fim, a quarta IC traz a dúvida *“Depende da experiência com Deus”*. As situações de fé que envolve um paciente idoso com câncer podem ter vários caminhos. No discurso coletivo, são apontadas três situações. A primeira destaca o idoso sem ligação com a religião. Aqui poderá haver uma aproximação com a religião, conforme a necessidade momentânea, no sentido de viver esta situação drástica e após se desligar. Este envolvimento funciona como se fosse uma negociata, com extrema superficialidade. O coletivo deixa claro que essa situação deve ser condenada, pois assume a mediocridade de um relacionamento. *“O paciente idoso que não teve qualquer relação com a religião torna-se muito difícil”*. Por outro lado, a segunda afirma que o sujeito idoso que possui uma prática real e profunda da fé se torna perseverante e mais tranquilo. *“Alguém que já vem numa fé muita grande, com grandes experiências, torna-se extremamente fácil. Isso faz caminhar maravilhosamente bem”*. Já a terceira se contempla no paciente ateu e conseqüentemente esta fase se torna mais complicada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou identificar o significado da intervenção médica e da fé religiosa na vida do paciente idoso com câncer. O outro ponto levantado foi quanto a percepção da fé religiosa na vida dos profissionais envolvidos e também na vida dos pacientes.

- **Sujeito coletivo idoso com câncer**

O discurso do sujeito coletivo idoso com câncer permitiu a interpretação de vários significados em relação a intervenção médica, medicina e a fé religiosa.

Intervenção médica e medicina

Há um sentimento de satisfação e de agradecimento aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento e na aplicação dos recursos tecnológicos, fato este destacado no discurso coletivo do idoso com câncer. O discurso mostra que a eficiência do procedimento médico adotado capacitou o idoso a renovar a sua esperança e uma nova luz brilhou em sua vida. O discurso também revela que o idoso tem pouco conhecimento das conseqüências da terapia intervencionista, e que somente o tempo poderá lhe trazer mais clareza. Também aparece o discurso de que quanto menos agressiva for a técnica instituída, está melhor será para o seu bem-estar. Há preferência pelo procedimento cirúrgico que exige menor tempo de tratamento e menos efeitos adversos.

Por outro lado, o coletivo idoso destaca em seu discurso que acredita que a religião pode ajudar a medicina no tratamento do câncer. A religião pode propiciar tanto ao médico quanto ao paciente, a humildade, a confiança, o pensamento positivo e força interior. O sujeito coletivo argumenta que a mão do médico está nas mãos de Deus e que a religião ajuda e fortalece o indivíduo para suportar o tratamento.

A busca pela terapia alternativa foi evidenciada pelo sujeito coletivo idoso e embora o discurso aponte para a fidelidade ao tratamento médico, há o idoso coletivo que, em face da gravidade do câncer, procura por qualquer tratamento que lhe seja oferecido.

Significado da fé religiosa

O discurso do sujeito coletivo idoso se manifesta por uma fé religiosa baseada no fortalecimento, na esperança e no equilíbrio. O discurso prima pela ligação com Deus. A fala do coletivo é contundente quanto à importância da religião como entidade que estimula a perseverança e promove o conforto. Também aparece o discurso daquele que só acredita vendo. Que necessita de uma prova para crer.

Noutra etapa do discurso do paciente idoso com câncer emerge a presença de uma fé inalterada, porém, um sentimento diferente face ao câncer. As evidências apontadas no discurso sugerem que a doença o atinge com profundidade tal que o leva a encontrar e semear o amor e a solidariedade junto às pessoas que talvez estejam mais necessitadas do que ele próprio se julga estar.

O discurso do sujeito coletivo elege a fé como o instrumento chave para o enfrentamento da doença: A fé capacita e fortalece para lutar contra a doença e até proporciona serenidade para aceitá-la. O discurso sugere que quando a mente está concentrada em algo saudável, o resultado é o encorajamento. A fé passa a ser a couraça que protege, conforta e prepara o idoso para conquistar mais vida.

Para o sujeito coletivo a fé e o tratamento são parceiros íntimos e a sinergia é positiva para enfrentar o problema de saúde. A religião pode complementar a terapêutica instituída. Há uma força que resulta de vários procedimentos e que vão atuar conjuntamente para o benefício do paciente. O discurso mostra claramente que o aprofundamento por meio da leitura de textos religiosos (Bíblia, etc.) forneceu maturidade, segurança, conforto e otimismo em relação ao tratamento instituído e ao valor da fé, como meios norteadores intrínsecos de esperança e de vida.

O papel da fé e da religiosidade parece se manifestar como numa onda: fé, coragem, força para enfrentar a doença e o seu tratamento, tudo conduzindo para um

maior bem-estar e serenidade que dá ao idoso crente um poente feliz. O inverso é a amargura, que revela o medo e fortalece o estigma do câncer como doença terrível.

Novos estudos nesta área devem ser desenvolvidos buscando novos significados e melhor compreensão do problema.

- **Sujeito Coletivo Médico**

Significado da fé religiosa no trabalho do sujeito coletivo médico

O significado da fé religiosa no discurso coletivo médico aparece como um instrumento que conforta e direciona as suas atividades. As expressões destacam um discurso permeado pela riqueza do buscar em Deus o amparo para a manutenção das atividades. A fé o supre de firmeza e tranqüilidade para apoiar e compreender o paciente, de forma que sem ela seria difícil transmitir-lhe segurança e direcionamento. O discurso enaltece a importância do crer em alguma coisa além dos conhecimentos técnicos.

Um outro discurso coletivo evidencia um profissional amparado por uma força divina, embora o sujeito não atribua esta energia a alguma religião em especial. É um estado animador, uma força a mais que coloca o coletivo num crescente empenho no seu trabalho e que é explicada pela espiritualidade. O sujeito coletivo destaca que esta ajuda é importante, pois a área de trabalho é delicada e o bem-estar vem se somar a sua habilidade profissional.

Num outro ângulo, o discurso coletivo médico se fortalece na percepção de que a fé não interfere em sua rotina, o trabalho é baseado em atividade científica. O coletivo afirma que o tratamento médico é administrado a todos os pacientes, independentemente da crença religiosa de cada um. O discurso coletivo médico afirma que a fé religiosa não faz parte de sua vida.

Significado da fé religiosa atribuída pelo sujeito coletivo médico no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer.

O discurso coletivo médico reforça a crença de que a fé sustenta o paciente; ajuda a encarar melhor a doença; dá motivação para o tratamento e mantém a esperança. Na perspectiva do coletivo médico, a fé religiosa é um fator que auxilia o tratamento formal. O discurso médico destaca que para enfrentar uma situação adversa, em se tratando de caso grave, é necessário que o paciente esteja preparado, principalmente do ponto de vista emocional e espiritual. A fé conforta e dá forças para que o paciente creia nesse processo, sendo um dos principais motivos para que o paciente idoso com câncer mantenha-se vivo e adira ao tratamento.

Para o coletivo médico, a ciência proporciona a tecnologia necessária, porém cabe ao paciente se apegar a sua fé religiosa para manter a esperança. Segundo o coletivo médico, ela mantém o paciente motivado e mais participativo da terapêutica, traduzindo-se, muitas vezes, na melhora de seu quadro.

Relata ainda que o diagnóstico exerce uma pressão muito grande sobre o paciente e que aquele que possui uma fé religiosa, tem maior suporte e mais confiança no médico.

O lado negativo destacado no discurso médico diz respeito a alienação ao tratamento médico proposto em nome da fé religiosa. Nessa linha, o paciente pode, ao invés de enfrentar a doença de forma mais eficiente, vir a utilizar a fé em sentido contrário, acarretando prejuízos para a sua saúde.

Finalmente, aparece um discurso destacando que a fé religiosa ajuda a suportar a moléstia, mas não altera a evolução do quadro.

Quanto à recomendação de atividade religiosa pelo sujeito coletivo médico ao paciente idoso com câncer.

A primeira constatação se traduz na não recomendação de atividades religiosas, mas há incentivo e total apoio ao paciente idoso com câncer que a deseja. O discurso frisa a importância de respeitar a crença do paciente, mesmo o de não ter nenhuma crença. Para este coletivo médico o paciente que acredita em alguma coisa

se fortalece para a convivência social em atividades religiosas ou em grupos de trabalho, o que poderá propiciar melhores resultados, pois a mente estará concentrada em coisas positivas.

Outra constatação é a do sujeito coletivo médico recomendar atividade religiosa ao paciente idoso com câncer. O discurso sugere que qualquer atividade deveria ser recomendada, naturalmente respeitando a sua crença, pois seria uma proteção a mais ao paciente. O discurso coletivo reforça a idéia do tratamento integral ao paciente, corpo, alma e espírito. O lado psicológico positivo que a oração e a fé trazem ao indivíduo, pode renovar o pensar das pessoas. O discurso destaca que esta situação pode até mudar o lado tecnicista, já impregnado na categoria.

Há o discurso coletivo médico que ao invés de recomendar uma atividade religiosa específica, pois acredita ser direito do indivíduo em fazer a escolha, sugere a busca de fortalecimento interior, do amor, da fé e da confiança.

Numa outra direção se apresenta o discurso coletivo da negação, porém, não sendo contrário a crença do indivíduo, aceitando-a e respeitando-a.

- **Sujeito Coletivo Enfermeira**

Significado da fé religiosa no trabalho do sujeito coletivo enfermeira

O discurso deste sujeito coletivo evidencia que a fé religiosa em seu trabalho é uma fonte de energia, é uma força que impulsiona no dia a dia. O discurso coletivo das enfermeiras realça que a força proporcionada pela fé capacita-a a fornecer ao paciente um horizonte diferente, transmitindo esperança e amor-doação. A fé, a crença em Deus, faz parte do cotidiano coletivo e o contrário poderia inutilizar o ser humano.

O respeito ao paciente é uma premissa relevante do discurso das enfermeiras e este respeito começa pela crença religiosa do coletivo.

Significado da fé religiosa atribuída pelo sujeito coletivo enfermeira no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer

O discurso do sujeito coletivo das enfermeiras mostra que no momento mais crítico as pessoas se aproximam de Deus. Apesar da religiosidade ser distinta entre os pacientes, para o coletivo enfermeira no momento do diagnóstico, que é bastante crítico, os idosos se voltam para a religião, para Deus, buscando alguma serenidade e consolo.

O coletivo das enfermeiras afirma que a presença de Deus na vida do paciente idoso com câncer é resgatada com mais frequência, com mais profundidade, pois a esperança de que Deus vai ajudá-los nesta fase difícil é algo intrínseco na vida destes pacientes. O discurso das enfermeiras fortalece o sinergismo entre a fé religiosa, Deus e a terapêutica para o idoso. Para as enfermeiras a fé pode contribuir para que o idoso enfrente o tratamento médico de forma mais serena, já que há uma maior compreensão e clareza da vida.

Conhecer o diagnóstico, estar ciente da enfermidade é um ponto considerado relevante no discurso coletivo das enfermeiras. Os pacientes que tem clareza desta situação, são mais pacíficos, se alimentam mais, há menos revolta e procuram caminhar com Deus sem exigir a sua cura. Quando isso não ocorre, o paciente se revolta consigo mesmo e com aqueles que o rodeiam, recusa à alimentação e vai se debilitando.

Quanto à recomendação de atividade religiosa pelo sujeito coletivo enfermeira ao paciente idoso com câncer.

O discurso coletivo das enfermeiras enfatiza a necessidade de recomendar atividade religiosa ao paciente idoso com câncer. Esta categoria profissional enaltece o comportamento holístico. É preciso se preocupar com o paciente na esfera bio-psíquico-espiritual. Para esse coletivo é fundamental que o idoso busque a fé, seja mais participativo, vá de encontro ao que lhe é mais profundo.

Em outro sentido, aparece o discurso do coletivo que somente vai comentar sobre atividade religiosa a partir do momento que o idoso com câncer resgate o assunto. Quando este ato é percebido pelo coletivo como bom, como positivo, é o

momento de trazer à tona a importância da fé. O discurso das enfermeiras indica que a atividade religiosa pode ter um efeito psicológico positivo sobre a vida do idoso com câncer e que ele tenderá a não valorizar tanto os seus problemas e se sentirá mais útil. Nesta linha, o coletivo afirma que até o tratamento médico poderá ser melhor enfrentado.

- **Sujeito Coletivo – Psicólogo**

Significado da fé religiosa no trabalho do sujeito coletivo psicólogo

Um dos discursos do sujeito coletivo dos psicólogos vem apresentar o lado técnico: é preciso se apresentar ao paciente no lado profissional e executar o melhor papel. O discurso destaca que o trabalho é apoiado por teorias, e a religião fica ausente no atendimento aos pacientes.

Já outro discurso do coletivo da psicologia, valoriza a fé religiosa em seu trabalho, sendo que ela é a energia transformadora, a esperança. O discurso deste coletivo enaltece a fé como um instrumento que encoraja e fortalece o profissional para disseminar o bom humor e a alegria de viver ao paciente que está acamado e que precisa, além da terapia convencional, de carinho e de amor. O coletivo sugere a idéia de que é possível acreditar que há espaço tanto para a ciência como para o psico-espiritual. A enfermidade lança desafios e o coletivo também precisa ser confortado, ser protegido para que desempenhe o seu ofício da melhor forma possível.

Significado da fé religiosa atribuída pelo sujeito coletivo psicólogo no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer

O sujeito coletivo psicólogo num primeiro discurso salienta que a pessoa que tem fé tem muito mais força de vontade para enfrentar a doença. O que é distinguido pelo coletivo neste discurso é que os pacientes idosos apresentam muita insegurança,

medo do desamparo e da dependência. A religião vem preencher este vazio, vem dar apoio, conforto e um rumo na vida.

No discurso coletivo o psicólogo afirma que o idoso vive mais intensamente a sua religião e a fé alimenta e dá mais energia para ir em busca de algo, conseqüentemente ele poderá aderir com mais vigor ao seu tratamento e lutar com mais intensidade contra a doença.

Quanto a recomendação de atividade religiosa pelo sujeito coletivo psicólogo ao paciente idoso com câncer.

O discurso coletivo dos psicólogos, num primeiro momento destaca que recomendar uma atividade religiosa seria uma das opções. O coletivo afirma no discurso que tudo o que for positivo para o paciente será recomendado. É importante saber mais, conhecer o seu mundo religioso para poder ajudar, para estimular a procurar de grupos de amigos, grupos de fé, para a reinserção social. Desenvolver a espiritualidade é fundamental na vida do paciente idoso com câncer.

Num próximo momento o discurso coletivo dos psicólogos se afirma na expressão - antes de recomendar eu preciso saber no que ele acredita. O coletivo se manifesta pelo respeito e pela busca do conhecimento da religiosidade do paciente idoso. Não há uma recomendação direta, mas sim um estímulo. O discurso enfatiza a importância do paciente idoso com câncer possuir uma religião, até como recurso que o ajude a se apoiar e a enfrentar as adversidades da doença.

O discurso dos psicólogos destaca que a participação dos idosos em grupos religiosos e em atividades sociais faz com que eles não caminhem sozinhos, mas sim com Deus e com muitas pessoas ao seu lado e ao mesmo tempo se sintam valorizados.

Por último, há também o discurso coletivo dos psicólogos pela não recomendação explícita da atividade religiosa, embora não a rejeite.

- Sujeito Coletivo – Capelão

Significado da fé religiosa na vida do sujeito coletivo capelão

O discurso do sujeito coletivo capelão se sustenta na fé e esta passa a ser a resposta para todas as circunstâncias, promovendo-o, direcionando-o e impulsionando-o. Para o coletivo da capelania a fé é um instrumento que o fortalece e o capacita para levar esta fé a outras pessoas no sentido de apoiá-las, confortá-las e proporcionar a esperança.

O discurso aponta para a fé como uma necessidade básica e propulsora do cotidiano das pessoas. A vivência na fé é uma atividade prática que precisa ser experimentada diariamente e este experimentar “alimenta” o corpo como um todo.

Significado da fé religiosa atribuída pelo sujeito coletivo capelão no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer

O discurso do sujeito coletivo da capelania chama a atenção para três pontos. O primeiro é de que a fé religiosa ajuda o paciente a encarar a própria doença. A fé na vida do idoso com câncer propicia o enfrentamento da enfermidade. A presença de Deus é a chave para uma caminhada mais segura. A resposta a um tratamento pode ocorrer de forma mais madura e encorajadora.

Outro ponto colocado no discurso do capelão é de que a fé religiosa adquire um contexto conservador. O discurso destaca que o paciente idoso valoriza muito os atos do passado, onde o ambiente é permeado por uma fé de rendição à vontade de Deus e de negativismo frente a um agravo, sufocando e imobilizando o paciente. Em outro sentido mais reativo, o discurso evidencia a necessidade de uma fé de ascensão, que conforte os idosos com câncer para transpor este período tenebroso com confiança e alegria.

No terceiro ponto o discurso coletivo assinala que os idosos são mais reconciliados com a vida e melhor preparados para as adversidades, conseqüentemente poderão enfrentar a morte de forma mais tranqüila.

Quanto à recomendação de atividade religiosa pelo sujeito coletivo capelão ao paciente idoso com câncer.

A primeira afirmação pronunciada pelo sujeito coletivo da capelania foi no sentido da recomendação. Mas é preciso conhecer, saber da crença do idoso. A experiência de fé assume papel importante tanto na vida do paciente, quanto na vida daqueles que trabalham com ele. As atividades religiosas são positivas, podem levar o bem-estar ao idoso.

Numa segunda afirmação, o discurso destaca que a recomendação religiosa será estimulada desde que o paciente idoso com câncer esteja em condições de vida. O discurso coletivo que se o idoso tiver fé e puder colocar-se a serviço do próximo, que talvez esteja pior do que ele próprio, é um exemplo maior da vida e faz a diferença.

A outra afirmação do discurso coletivo destaca que a atividade religiosa será enfatizada ao idoso com câncer somente a partir do momento que ele tenha curado a sua própria doença espiritual provocada pelo câncer. O discurso do sujeito coletivo da capelania reforça a importância do saber conviver com a doença. O paciente idoso com câncer antes de participar de qualquer atividade, precisa vencer os seus preconceitos internos e aceitar a doença.

A quarta e última etapa do discurso deste sujeito condiciona a recomendação ao amadurecimento da fé do paciente idoso com câncer. Para o coletivo capelão as situações de fé que envolve um paciente idoso com câncer podem apresentar várias facetas. Um delas seria a do idoso sem ligação com a religião, que buscará uma aproximação da religião como se fosse uma negociata, de extrema superficialidade. Uma outra faceta seria a do idoso que possui uma prática real e profunda da fé e se torna perseverante e mais tranquilo. Já a terceira seria a do paciente ateu, o que dificultaria qualquer recomendação.

O discurso do capelão não parece ser tão diferente dos demais profissionais. A fé, a religiosidade e a espiritualidade são forças para o paciente poder tranquilizar-se e conseguir melhor adesão ao tratamento. A atividade religiosa pode e deve ser estimulada, mas é preciso considerar o que pensa o indivíduo. O capelão indica as facetas espirituais que devem ser reconhecidas na avaliação do papel da fé: o

paciente espera na crença em Deus uma barganha, ou um apoio, conforto e uma esperança ou nada espera.

4.1. FINALIZANDO

Os discursos coletivos dos profissionais de saúde apontam para o fortalecimento e a proteção oriundos da espiritualidade. Neste sentido, é possível que eles possam ser confortados e conseqüentemente propiciar algo mais profundo ao paciente do que simplesmente a tecnologia.

Nos discursos dos profissionais sente-se que há uma certa concordância quanto à importância do papel da fé e da religiosidade na recuperação do paciente.

Sente-se, de modo geral, que os profissionais respeitam o crer ou não crer do paciente, embora nem sempre recomendando a fé e a religião diretamente. Os profissionais em momento algum negam a importância da fé religiosa na vida dos pacientes. Pode-se interpretar esta posição como sendo o resultado da ética e do respeito às crenças dos pacientes. A maioria dos discursos é em tom de encorajamento da fé do paciente, para o enfrentamento desta fase difícil da vida. Um outro aspecto abordado foi o da recomendação ou da lembrança dos aspectos religiosos ou espirituais, valorizando a inserção nas comunidades religiosas ou o resgate da religiosidade particular.

Já para os pacientes idosos a fé religiosa se constitui num instrumento que pode proporcionar o fortalecimento, o encorajamento, o conforto e a esperança para o enfrentamento do câncer. O paciente idoso com câncer também se manifesta argumentando que a religiosidade e a espiritualidade lhe são essenciais e vitais na vida.

Poder-se-ia aqui considerar o presente momento com uma interface, antevendo-se o que KOENIG (1999c) já vislumbrava, afirmando acreditar firmemente que nós estamos à beira de uma grande e nova era na medicina: um tempo em que os profissionais de saúde começarão a ajudar as pessoas a recuperarem o controle sobre as suas vidas, oferecendo a eles as ferramentas espirituais para manter a saúde e o bem-estar. Deste modo, esses profissionais vão capacitar seus pacientes para que consigam o máximo de vantagem do poder restabelecedor que a fé pode dar a todos.

5. REFERÊNCIAS

- Ai AL, Peterson C, Bolling SF, Koenig HG. Private prayer and optimism in middle-aged and older patients awaiting cardiac surgery. **Gerontologist** 2002; 42:70-81.
- Ainlay SC, Singleton Jr R, Swigert VL. Aging and Religious participation: reconsidering the effects of health. **J Sci Stu Religion** 1992; 31: 175-82.
- Ainlay SC, Smith DR. Aging and religious participation. **J Gerontol** 1984; 39: 357-63.
- Anderson H. Spiritual care: the power of an adjective. **J Past Care** 2001; 55: 233-37.
- Arruda EN, Bittencourt MS, Gonçalves FA. Atributos dos profissionais cuidadores das pessoas com câncer: perspectiva de enfermeiras. **Cogitare Enferm** 1996; 1: 85-90.
- Asser SM, Swan R. Child Fatalities from religion-motivated medical neglect. **Pediatrics** 1998; 101: 625-9.
- Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. **Am J Med** 2001; 110: 283-7.
- Aubert MI. “A experiência da oração acolhida na clínica psicológica”. São Paulo, 1998. [Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. **J Adv Nurs** 2001; 34: 833-41.
- Bassini PF. Dimensão espiritual e a terceira idade. In: Duarte Yao e Diogo MJ D’elboux, coordenadoras. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 487-98.
- Bearon LB, Koenig HG. Religious cognitions and use of prayer in health and illness. **Gerontologist** 1990; 30: 249-53.
- Berg EP. Faith healing. **Aust Fam Physician** 1980; 9:303-7.
- Bergin AE. Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis. **Prof Psychol: Res Pract** 1983; 14: 170-184.
- Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Liberalesso A, Debert GG, organizadoras. **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus; 1999. p. 11-40.

Blazer D, Palmore E. Religion and aging in a longitudinal panel. **Gerontologist** 1976; 16: 82-5.

Boff L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sextante; 2001.

Boff L. **Tempo de transcendência. O ser humano como um projeto infinito**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.

Brandt BT. The relationship between hopelessness and selected variables in women receiving chemotherapy for breast cancer. **Oncol Nurs Forum** 1987; 14: 35-9.

Braverman RER. The religious medical model: holy medicine and the spiritual behavior inventory. **South Med J** 1987; 80: 415-20.

Brawer PA, Handal PJ, Fabricatore AN, Roberts R, Wajda-Johnston VA. Training and education in religion/spirituality within APA-Accredited Clinical Psychology Programs. **Prof Psychol: Res Pract** 2002; 33: 203-6.

Britten N, Fisher B. Qualitative research and general practice. Editorial. **Br J Gen Pract** 1993; 43: 270-71.

Burton LA, Bosek MSD. When religion may be an ethical issue. **J Rel Health** 2000; 39: 97-107

Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks JC. Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. **N Engl J Med** 1999; 340: 1733-9.

Byrd RC. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. **South Med J** 1988; 81: 826-9.

Carvalho VA. Psicoterapia em oncologia. In: Brentani MM, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowalski LP, organizadores. **Bases da Oncologia**. São Paulo: Lemar; 1998. p. 607-32.

Chibnall JT, Brooks CA. religion in the clinic: the role of physician beliefs. **South M J** 2001; 94: 374-9.

CNBB. **Fraternidade e pessoas idosas: texto –base CF-2003 / Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil**. São Paulo: Ed. Salesiana; 2002.

Coelho FRG. O controle da dor. In: Brentani MM, Coelho FRG, Iyeyasu H, Kowalski LP, organizadores. **Bases da Oncologia**. São Paulo: Lemar. 1998. p. 1-21.

Cohen CB, Wheeler SE, Scott DA, Anglican Working Group in Bioethics. Walking a fine line. Physician inquiries into patients' religious and spiritual beliefs. **Hastings Cent Rep** 2001; 31: 29-39.

Cohen CB, Wheeler SE, Scott DA, Edwards BS, Lusk P, Anglican Working Group in Bioethics. Prayer as therapy. As challenge to both religious belief and professional ethics. **Hastings Cent Rep** 2000; 30: 40-7.

Cole P, Rodu B. Analytic epidemiology: cancer causes. In: DeVita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA editors. **Cancer - principles & practice of oncology**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 241-52.

Cooper GM. **Elements of human cancer**. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1992.

Costa MM, Costa MAD, Vargas RCR. Tratamento de suporte em câncer de mama. In: Barros ACSD, Silva HMS, Dias EN, Nazario ACP, Figueira F^o ASS, organizadores. **Mastologia – condutas**. Rio de Janeiro: REVINTER; 1999. p. 143-152.

Cyrillo PI e Pazzoto M. O papel do psicólogo no tratamento oncológico. In: Baracat FF, Fernandes Jr HJ, Silva MJ. **Cancerologia atual. Um enfoque multidisciplinar**. 1^a ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 173-85.

Daaleman TP, Frey B. Spiritual and religious beliefs and practices of family physicians. A national survey. **J Fam Pract** 1999; 48: 98-104.

Daaleman TP, Nease DE. Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues. **J Fam Pract** 1994; 39: 564-8.

Dombeck M, Karl J. Spiritual issues in mental health care. **J Rel Health** 1987; 26: 183-97.

Dorland's illustrated medical dictionary. 28th, W.B. Saunders: Philadelphia; 1994.

Duggleby W. Enduring suffering: a grounded theory analysis of the pain experience of elderly hospice patients with cancer. **Oncol Nurs Forum** 2000; 27: 825-31.

Easterbrook E. Science and God: a warning trend? **Science** 1997; 227: 890-2.

Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. **Oncol Nurs Forum** 2002; 29: 561-8.

Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? **Arch Intern Med** 1999; 159: 1803-6.

Ellis MR, Campbell JD, Detwiler-Breidenbach A, Hubbard DK. What do family physicians think about spirituality in clinical practice? **J Fam Pract** 2002; 51: 249-54.

- Ellis MR, Vinson DC, Ewigman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physicians' attitudes and practices. **J Fam Pract** 1999; 48: 105-9.
- Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. **J Health Soc Behav** 1991; 32: 80-99.
- Ellison CG, Levin JS. The Religion-health connection: evidence, theory, and future directions. **Health Educ Behav** 1998; 25: 700-20.
- Ellor JW, Bracki MA. Assessment, referral, and networking. In Kimble MA, McFadden SH, Ellor JW, Seeber JJ. **Aging, spirituality and religion: a handbook**. Minneapolis: Fortress Press; 1995. p. 148-60.
- Epperly BG. Prayer, process and the future of medicine. **J Relig Health** 2000; 39: 23-37.
- Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer later in life: the role of religious faith. **Psycho-Oncology** 1999; 8: 408-16.
- Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. **Oncol Nurs Forum** 1997; 24: 663-71.
- Fernandes Jr HJ. Introdução ao estudo das neoplasias. In: Baracat FF, Fernandes Jr HJ, Silva MJ. **Cancerologia atual. Um enfoque multidisciplinar**. 1ª ed. São Paulo: Roca; 2000.
- Fernsler JJ, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. **Cancer Nurs** 1999; 22: 134-40.
- Ferreira NMLA. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Rev Esc Enf USP** 1996a; 30: 229-52.
- _____. O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. **Rev Bras Cancerol** 1996b; 42: 161-70.
- Ferrell BR, Dow KH, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. Quality of life in long-term cancer survivors. **Oncol Nurs Forum** 1995; 22: 915-22.
- Ferrell BR. The quality of lives: 1,525 voices of cancer. **Oncol Nurs Forum** 1996; 23: 907-16.
- Ferrell BR, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer. Part II: psychological and spiritual well-being. **Cancer Nurs** 1998; 21: 1-9.
- Fisher RA. Lung cancer and cigarettes? **Nature** 1958; 182: 108.

Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative research in health care: I. The scope and validity of methods. **J Eval Clin Pract** 1996; 2: 123-30.

Fundação IBGE. **Anuário Estatístico do Brasil 1999**. Rio de Janeiro; 1999.

Fundação IBGE. **Censo demográfico 2000**. [on line] 2000. Disponível em < URL: <http://www.ibge.gov.br/> [2002 abril 27].

Gall TR. Integrating religious resources within a general model of stress and coping: long-term adjustment to breast cancer. **J Relig Health** 2000; 39: 167-82.

Ghezzi MIL. Assistência de enfermagem ao paciente em fase terminal de câncer. **Rev Gaúcha de Enfermagem** 1982; 3: 119-25.

Gibbons G, Retsas A, Pinikahana J. describing what chaplains do in hospitals. **J Past Care** 1999; 53: 201-7.

Goldstein LL. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: Neri AL, organizadora. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus; 1993. p. 83-108.

Goldstein LL, Neri AL. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: Neri AL, organizadora. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus; 1993. p. 109-136.

Gonçalves M. “A religiosidade como fator de proteção contra transtornos depressivos em pacientes acometidas com patologia oncológica da mama”. Campinas; 2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp].

Griffiths F, Marinker M. Exploring qualitative research in general practice: introduction. **Fam Pract** 1996; 13(Suppl.1): S5-S9.

Hall CM. Religion and Aging. **J Relig Health** 1985; 24: 70-8.

Halstead MT, Fernsler JL. Coping strategies of long-term cancer survivors. **Cancer Nurs** 1994; 17: 94-100.

Hardwig J. Spiritual issues at the end of life: a call for discussion. **Hastings Cent Rep** 2000; 30: 28-30.

Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, Vacek JL, Jones PG et al. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. **Arch Intern Med** 1999; 159: 2273-78.

Hermann CP. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. **Oncol Nurs Forum** 2001; 28: 67-72.

Highfield MF. Spiritual health of oncology patients: nurse and patient perspectives. **Cancer Nurs** 1992; 15: 1-8.

Hintikka J, Koskela T, Kontula O, Kostela K, Koivumaa-Honkanen H-T, Viinamäki H. Religious attendance and life satisfaction in the Finnish general population. **J Psychol Theol** 2001; 29: 158-64.

Hodgson P, Pill R. A review of recently published qualitative research in general practice. More methodological questions than answers? **Fam Pract** 1997; 14: 313-9.

Holland JC, Passik S, Kash KM, Russak SM, Gronet MK, Sison A, et al. The roles of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. **Psycho-Oncology** 1999; 8: 14-26.

Howe HL, Wingo PA, Thun MJ, Ries LAG, Rosenberg HM, Feigal EG, Edwards B. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer (1973 Through 1998), Featuring Cancers With Recent Increasing Trends. **J Natl Cancer Inst** 2001; 93: 824-42.

Hubert M. Spiritual care for every patient. **J Nurs Educ** 1963; 2: 9-11, 29-31.

Hudak CM, Gallo BM. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

Hutchinson SA, Wilson ME, Wilson HS. Benefits of participating in research interviews. **Image: J Nurs Sch** 1994; 26: 161-4.

Idler EL, Kasl SV. Religion, disability, depression, and the timing of death. **Am J Sociol** 1992; 97: 1052-79.

(INCA) Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil [on line]** 2002; Disponível em < URL: <http://www.inca.gov.br> [2002 setembro 17].

Jenkins RA, Pargament KI. Religion and spirituality as resources for coping with cancer. **J Psychosoc Oncol** 1995; 13: 51-74.

Jenkins RA. Toward a psychosocial conceptualization of religion as a resource in cancer care and prevention. **Prev Hum Serv** 1991; 10: 91-105.

Johnson SC, Spilka B. Coping with breast cancer: the roles of clergy and faith. **J Relig Health** 1991; 30: 21-33.

- Jones AW. A survey of general practitioners' attitudes to the involvement of clergy in patient care. **Br J Gen Pract** 1990; 40: 280-3.
- Kalakun L, Viegas MAV, Gerhardt LM. A ética, o cliente com câncer e o enfermeiro. **Texto Contexto Enferm** 1995; 4: 38-47.
- Kark JD, Shemi G, Friedlander Y, Martin O, Manor O, Blondheim SH. Does religious observance promote health? Mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. **Am J Public Health** 1996; 86: 341-6.
- Kennedy BJ, Calabresi P, Carbone PP, Frei III E, Holland JF, Owens AH Jr, et al. Training programs in medical oncology. **Ann Intern Med** 1973; 78: 127-30.
- Kennedy BJ, Owens AH. Geriatric Oncology. **Cancer** 1996; 77: 1017-19.
- Kimble M. Pastoral Care. In: Kimble MA, McFadden SH, Ellor JW, Seeber JJ. **Aging, spirituality and religion: a handbook**. Minneapolis: Fortress Press; 1995. p. 131-147.
- King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. **J Fam Pract** 1994; 39: 349-52.
- King M, Speck P, Thomas A. The effect of spiritual beliefs on outcome from illness. **Soc Sci Med** 1999; 48: 1291-99.
- Kirov G, Kemp R, Kirov K, David AS. Religious faith after psychotic illness. **Psychopathology** 1998; 31: 234-45.
- Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2002. **Rev Bras Cancerol** 2002; 48: 175-179.
- Koenig HG, Bearon LB, Dayringer R. Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship. **J Fam Pract** 1989; 28: 441-8.
- Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **Am J Psychiatry** 1998a; 155: 536-42.
- Koenig HG, George LK, Siegler IC. The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. **Gerontologist** 1988a; 28: 303-9.
- Koenig HG, Hover M, Bearon LB, Travis III JL. Religious perspectives of doctors, nurses, patients, and families. **J Past Care** 1991; 45: 254-66.
- Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. **Ann Pharmacother** 2001; 35: 352-9.
- Koenig HG, Larson DB. Religion and mental health. **Encyclopedia Mental Health** 1998; 3: 381-92.

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. Oxford University Press: New York; 2001.

Koenig HG, Moberg DO, Kvale JN. Religious activities and attitudes of older adults in a geriatric assessment clinic **J Am Geriatr Soc** 1988b; 36: 362-74.

Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. **J Nerv Ment Dis** 1998b; 186: 513-21.

Koenig HG. **Aging and God: spiritual pathways to mental health in midlife and later years**. New York: The Haworth Pastoral Press; 1994.

Koenig HG. How does religious faith contribute to recovery depression? **Harv Ment Health Lett** 1999a; 15: 8.

Koenig HG. Religious and medicine I: historical background and reasons for separation. **Int J Psychiatry Medicine** 2000a; 30: 385-98.

Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. **Int J Geriatr Psychiatry** 1998; 13: 213-4.

Koenig HG. Spiritual aspects of surgery. **Ophthalmol Clin North Am** 2000b; 13: 71-83.

Koenig HG. MSJAMA: religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. **JAMA** 2000c; 284: 1708.

Koenig HG. Spiritual assessment in medical practice. **Am Fam Physician** 2001; 63: 30, 33-4.

Koenig HG. The Healing power of faith. **Ann Long – Term Care** 1999b; 7: 381-84.

Koenig HG. **The healing power of faith: science explores medicine's last great frontier**. New York: Simon & Schuster; 1999c.

Krause K. Contracting cancer and coping with it: patient's experiences. **Cancer Nurs** 1991; 14: 240-45.

Krause N, Ingersoll-Dayton B, Ellison CG, Wulff KM. Aging, religious doubt, and psychological well-being. **Gerontologist** 1999; 39: 525-33

Krause N, , Shaw BA, Marcum JP, Boardman JD. Church-based social support and religious coping. **J Sci Stud Religion** 2001; 40: 637-56.

Kübler-Ross E. **A roda da vida**. 4ª ed. Sextante: Rio de Janeiro; 1998.

Kune GA, Kune S, Watson LF. Perceived religiousness is protective for colorectal cancer: data from The Melbourne Colorectal Cancer Study. **J Royal Soc Med** 1993; 86: 645-47.

Kuyck WGE, Wit NJ de, Kuyvenhoven MM. **Fam Practice** 2000; 17: 230-32.

Kuzel AJ, Engel JD, Addison RB, Bogdewic SP. Desirable features of qualitative research. **Fam Pract Res J** 1994; 14: 369-78.

Landmark BT, Strandmark M, Wahl AK. Living with newly diagnosed breast cancer – the meaning of existential issues. **Cancer Nursing** 2001; 24: 220-26.

Larson DB, Koenig HG. Is God good for your health? The role of spirituality in medical care. **Clev Clin J Med** 2000; 67: 80-4.

Larson DB, Milano MAG. Are religion and spirituality clinically relevant in health care? **Mind/Body Med**. 1995; 1: 147-57.

Larson DB, Pattison EM, Blazer DG, Omran AR, Kaplan BH. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. **Am J Psychiatry** 1986; 143: 329-34.

Larson DB, Larson SS, Koenig HG. Mortality and religion/spirituality: a brief review of the research. **Ann Pharmacother** 2002; 36: 1090-98.

Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: **Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 1990 set; Campinas, Brasil. São Paulo: ABRASCO; 1990. p. 143-165.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS; 2000. p. 11-35.

Levin JS, Chatters LM, Ellison CG, Taylor RJ. Religious involvement, health outcomes, and public health practice. **Curr Issues Public Health**. 1996; 2: 220-5.

Levin JS, Larson DB, Puchalski CM. Religion and spirituality in medicine: research and education. **JAMA** 1997; 278: 792-3.

Levin JS, Schiller PL. Is there a religious factor in health? **J Relig Health** 1987; 26: 9-36.

Levin JS, Taylor RJ. Age differences in patterns and correlates of the frequency of prayer. **Gerontologist** 1997; 37: 75-88.

Levin JS. Religious research in gerontology, 1980-1994: a systematic review. **J Rel Gerontol**. 1997; 10: 3-31.

Levin JS, Vanderpool HY. Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion. *Soc Sci Med* 1987; 7: 589-600.

Levin JS. Religious factors in aging, adjustment, and health: a theoretical overview. *J Rel Aging* 1988; 4: -133-46.

Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK, Iliadou A, Kaprio J, Koskenvuo M, et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer. Analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *N Eng J Med* 2000; 343: 78-85.

Lippert MC, McClain R, Boyd JC, Theodorescu D. Alternative medicine use in patients with localized prostate carcinoma treated with curative intent. *Cancer* 1999; 86: 2642-48.

Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1999; 130: 744-9.

Longo DL. Oncology and hematology. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. **Harrison's – Principles of internal medicine**. 15th ed. USA: McGraw-Hill; 2001. p. 491-97.

Lotufo-Neto F. **Psiquiatria e religião – a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos**. São Paulo; 1997. [Tese de Livre - Docência – Faculdade de Medicina da USP].

Loussier L. A espiritualidade do profissional da saúde. O cristão profissional da saúde versus o profissional da saúde cristão. *Mundo Saúde* 1997; 21: 179-86.

Mansfield CJ, Mitchell J, King DE. The doctors as God's mechanic? Beliefs in the Southeastern United States. *Soc Sci Med* 2002; 54: 399-409.

Marwick C. Should physicians prescribe prayer for health? Spiritual aspects of well-being considered. *JAMA* 1995; 273: 1561-62.

Massie MJ, Chertkov L, Toth AJ. Psychological issues. In: DeVita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. **Cancer - principles e practice of oncology**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 3058-65.

Matthews DA, McCullough ME, Larson DB, Koenig HG, Swyers JP, Milano MG. Religious Commitment and Health Status. *Arch Fam Med* 1998; 7: 118-24.

Matthews DA. Prayer and spirituality. *Rheum Dis Clin North Am* 2000; 26: 177-87.

Matthews DA. Spirituality Returns to the fold in medical practice. **J Natl Cancer Inst** 1998; 90: 1255-6.

Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. **J Fam Practice** 1991; 32: 210-3.

McKee DD, Chappel JN. Spirituality and medical practice. **J Fam Pract** 1992; 35: 201-8.

Mcminn MR, Meek KR, Canning SS, Pozzi CF. Training psychologists to work with religious organizations: the Center for Church-Psychology Collaboration. **Prof Psychol: Res Pract** 2001; 32: 324-8.

Mehta KK. The impact of religious beliefs and practices on aging: a cross-cultural comparison. **J Aging Studies** 1997; 11: 101-14.

Meraviglia MG. Prayer in people with cancer. **Cancer Nurs** 2002; 25: 326-31.

Mickley J, Soeken K. religiousness and hope in hispanic - and anglo-american women with breast cancer. **Oncol Nurs Forum** 1993; 20: 1171-77.

Mickley JR, Carson V. Religion and adult mental health: state of the science in nursing. **Issues Ment Health Nurs** 1995; 16: 345-60.

Mickley JR, Cowles K. Ameliorating the tension: use of forgiveness for healing. **Oncol Nurs Forum** 2001; 28: 31-7.

Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. **Image: J Nurs Sch** 1992; 24: 267-72.

Miller RA. Gerontology as oncology. **Cancer** 1991; 68: 2496-501

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 1992.

(MS) Ministério da Saúde. **DATASUS. Mortalidade – Brasil. Óbitos por ocorrência 1999** [on line] 1999; disponível em < URL <http://www.datasus.gov.br/> [2002 setembro 17].

Mitka M. Getting religion seen as help in being well. **JAMA** 1998; 280: 1896-7.

Moberg DO. Religion in old age. **Geriatrics** 1965; 977-83.

Mull CS, Cox CL, Sullivan JA. Religion's role in the health and well-being of well elders. **Public Health Nurs** 1987; 4: 151-9.

Münstedt K, Kirsch K, Milch W, Sachsse S, Vahrson H. Unconventional cancer therapy – survey of patients with gynaecological malignancy. **Arch Gynecol Obstet** 1996; 258: 81-88.

Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. **Health Technol Assess** 1998; 2: 1-274.

Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. **Psychosomatics** 2002; 43: 213-20.

Neri AL, Cachioni M. Velhice bem-sucedida e educação. In: Neri AL, Debert GG, organizadoras. **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus; 1999. p. 113-40.

Norum J, Risberg T, Solberg E. Faith among patients with advanced cancer. A pilot study on patients offered “no more than” palliation. **Support Care Cancer** 2000; 8: 110-14.

O’Brien ME. Relief of suffering. Where the art science of medicine meet. **Postgrad Med** 1996; 99: 189-208.

O’Connor AP, Wicker CA, Germino BB. Understanding the cancer patient’s search for meaning. **Cancer Nurs**; 1990: 167-75.

O’Connor CI. Characteristics of spirituality, assessment, and prayer in holistic nursing. **Nurs Clin North Am** 2001; 36: 33-47.

O’Hara DP. Is there a role for prayer and spirituality in health care? **Med Clin North Am** 2002; 86: 33-46.

Oldnall A. A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. **J Adv Nurs** 1996; 23: 138-44.

Osler W. The faith that heals. **BMJ** 1910; 18 June: 1470-2.

Oxman TE, Freeman Jr DH, Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. **Psychosomatic Med** 1995; 57: 5-15.

Pace JC, Stables JL. Correlates of Spiritual well-being in terminally ill persons with AIDS and terminally ill persons with cancer. **J Assoc Nurs AIDS Care** 1997; 8: 31-42.

Paim L. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psicosociais e psico-espirituais dos pacientes. **Rev Bras Enferm** 1979; 32: 160-6.

Paiva GJ. AIDS, psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. **Psicologia: Teoria Prática** 1998; 14: 27-34.

Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients. **Arch Intern Med** 2001; 161: 1881-5.

Pargament KI, Haitsma KSV, Ensing DS. Religion and coping. In Kimble MA, McFadden SH, Ellor JW, Seeber JJ. **Aging, spirituality and religion: a handbook**. Minneapolis: Fortress Press; 1995. p. 47-67.

Pessini L. Editorial. O cuidado em saúde. **Mundo Saúde** 2000a; 24: 235-36.

Pessini L. Editorial. Saúde, religião e espiritualidade. **Mundo Saúde** 2000b; 24: 435-6.

Pessini L. **Distanásia: Até quando prolongar a vida?** São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo, Loyola; 2001.

Pessini L. Envelhecimento e saúde: ecos da II assembléia Mundial sobre envelhecimento. **Mundo Saúde** 2002; 26 (no prelo).

Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. **Ann Intern Med** 2000; 132: 578-83.

Post-White J, Ceronsky C, Kreitzer MJ, Nickelson K, Drew D, Mackey KW, et al. Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. **Oncol Nurs Forum** 1996; 23: 1571-9.

Pressman P, Lyons JS, Larson DB, Strain JJ. Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. **Am J Psychiatry** 1990; 147: 758-60.

Price J, Stevens H, LaBarre M. Spiritual caregiving in nursing practice. **J Psychosocial Nurs** 1995; 33: 5-9.

Reed PG. Spirituality and mental health in older adults: extant knowledge for nursing. **Fam Community Health** 1991; 14: 14-25.

Richardson RL. Where there is hope, there is life: toward a biology of hope. **J Past Care** 2000; 54: 75-85.

Ries LA, Wingo PA, Miller DS, Howe HL, Weir HK, Rosenberg HM, et al. The Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1997, with a special section on colorectal cancer. **Cancer** 2000; 15: 2398-424.

Ringdal GI. Religiosity, quality of life, and survival in cancer patients. **Soc Indic Res** 1996; 38: 193-211.

Risberg T, Kaasa S, Wist E, Melsom H. Why are cancer patients using non-proven complementary therapies? A cross-sectional multicentre study in Norway. **Eur J Cancer** 1997; 33: 575-80.

Risberg T, Wist E, Kaasa S, Lund E, Norum J. Spiritual healing among Norwegian hospitalised cancer patients and patients' religious needs and preferences of pastoral services. **Eur J Cancer** 1996; 32A: 274-81.

Roberts L, Ahmed I, Hall S. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. **Cochrane Database Syst Rev** 2000; (2): CD000368.

Rodrigues C, Kajiya M, Gazzi O. O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença e o tratamento. **Acta Oncol Bras** 1991; 11: 123-6.

Rosner F. Religion and Medicine. **Arc Intern Med.** 2001; 1811-12

Ross L. The Spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. **Int J Nurs Stud** 1995; 32: 457-68.

Rzeznik C, Dall'Agnol CM. (Re)descobrimos a vida apesar do câncer. **R Gaúcha Enferm** 2000; 21: 84-100.

Sadigursky D, Oliveira MR. Estudo de caso controle da associação entre prática religiosa e depressão em mulheres idosas. **Rev Baiana Enf** 1993; 6: 89-102.

Saleh US, Brockopp DY. Hope among patients with cancer hospitalized bone marrow transplantation. **Cancer Nurs** 2001; 24: 308-14.

Schnittker J. when is faith enough? The effects of religious involvement on depression. **J Sci Stud Religion** 2001; 40: 393-411.

Schoueri Jr R, Ramos LR, Papaléo Netto M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M organizadores. **Geriatrics – fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu; 2000. p. 9-29.

Scott JF. More money for palliative care? The economics of denial. **J Palliat Care** 1994; 10: 33-8.

Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Latif U, Plante TG, Burns SK et al. Measuring religious faith in cancer patients: reliability and construct validity of the Santa Clara strength of religious faith questionnaire. **Psycho-Oncology** 2001; 10: 436-43.

Silva LMG. Aspectos éticos e cuidados paliativos. **Rev Soc Bras Canc** 2000; 10: 55-9.

Silva MJP. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido. **Rev Soc Bras Canc** 1999; 8: 3-8.

Simioni AMC, Lefèvre F, Pereira Bicudo IMT. **Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teóricas e instrumentais**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1997. [Série Monográfica nº 2, Eixo - Promoção de Saúde].

Simone JV. Introduction. In: Goldman L, Bennett JC, editors. **Cecil – Textbook of medicine**. 21st ed. USA: W.B Saunders Company; 2001. p. 1029-32.

Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine. **Lancet** 1999; 353: 664-7.

Sloan RP, Bagiella E, Vandecreek L, Hover M, Casalone C, Hirsch TJ. Should physicians prescribe religious activities? **N Engl J Med** 2000; 342: 1913-15.

Sloan RP, Bagiella E. Data without a prayer. **Arch Intern Med** 2000; 160: 1870.

Sorajjakool S. Gerontology, spirituality, and religion. **J Past Care** 1998; 52: 147-56.

Souza D, Silva MJP. O holismo espiritualista como referencial teórico para o enfermeiro. **Rev Esc Enf USP** 1992; 26: 235-42.

Souza ZS, Moraes de MIDM. A ética médica e o respeito às crenças religiosas. **Bioética** 1998; 6: 89-93.

Stanziani AF. **Espiritualidade, religiosidade e medicina: a convicção de médicos sobre a influência da espiritualidade ou religiosidade na melhoria de pacientes**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Strang S, Strang P, Ternstedt B-M. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. **J Clin Nursing** 2002; 11: 48-57.

Swensen CH, Fuller S, Clements R. Stage of religious faith and reactions to terminal cancer. **J Psychol Theol** 1993; 21: 238-45.

Tarpley JL, Tarpley MJ. Spirituality in surgical practice. **J Am Coll Surg** 2002; 194: 642-7.

Taylor EJ, Highfield M, Amenta M. Attitudes and beliefs regarding spiritual care. **Cancer Nurs** 1994; 17: 479-87.

Taylor EJ, Outlaw FH. Use of prayer among persons with cancer. **Holistic Nurs Pract** 2002; 16: 46-60.

Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1987.

Vandecreek L, Burton L. Professional chaplaincy: its role and importance in healthcare. **J Past Care** 2001; 55: 81-97.

Vandecreek L. Professional chaplaincy: An absent profession? **J Past Care** 1999a; 53: 417-32.

Vandecreek L. Should physicians discuss spiritual concerns with patients. **J Relig Health** 1999b; 38: 193-201.

Vassão E. **No leito da enfermidade**. 3ª ed. Cultura Cristã: São Paulo; 1997. p. 43-60.

Verhoef MJ, Hagen N, Pelletier G, Forsyth P. Alternative therapy use in neurologic diseases. Use in brain tumor patients. **Neurology** 1999; 52: 617-22.

Vestal RE, Calabresi P. Geriatric clinical pharmacologist and medical oncologist: a new partnership ? **Clin Pharmacol Ther** 1997; 62: 361-4.

Weaver AJ, Flannelly LT, Flannelly KJ, Koenig HG, Larson DB. An analysis of research on religious and spiritual variables in three major mental health nursing journals, 1991-1995. **Issues Ment Health Nurs** 1997; 19: 263-76.

World Health Organization. **Active ageing: a policy framework**. Geneva; 2002. (WHO).

Wright KB. Professional, ethical, and legal implications for spiritual care in nursing. **Image: J Nurs Sch** 1998; 30: 81-3.

Wyatt GK, Friedman LL, Given CW, Given BA, Christensen K. Complementary therapy use among older cancer patients. **Cancer Pract** 1999; 7: 136-44.

Yancik R, Ries LG. Cancer in the aged. **Cancer** 1991; 68: 2502-10.

Yates JW, Chalmer BJ, James PSt, Follansbee M, McKegney FP. Religion in patients with advanced cancer. **Med Ped Oncol** 1981; 9: 121-28.

Ziegler RG, Hoover RN, Pike MC, Hildesheim A, Nomura AM, West DW et al. Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women. **J Natl Cancer Inst** 1993; 85: 1819-27.

6. GLOSÁRIO

Religião. O termo religião apresenta dezenas de definições. Para ASTROW et al. (2001) é um conjunto de crenças, práticas e linguagem que caracteriza uma comunidade que busca pelo significado da transcendência em um modo particular, geralmente baseado numa convicção Divina. Também pode ser entendida como uma espiritualidade organizada que inclui doutrinas, rituais preceituados e estruturas administrativas (BURTON e BOSEK 2000). DOMBECK e KARL (1987) definem como um conjunto organizado de pensamento e experiência acerca dos problemas fundamentais da existência; é um sistema organizado de fé. Já para HUBERT (1963) é o reconhecimento definitivo do homem como dependente de um ser superior.

Fé religiosa. É entendida nesta pesquisa num conceito amplo, como o significado pessoal que os indivíduos dão a um sistema particular de fé, aos valores, as normas de conduta e aos rituais. É mais do que a convicção, é acreditar, experimentar e agir (MICKLEY 1992; KOENIG 1994).

Intervenção médica. Qualquer medida cujo propósito é para melhorar a saúde ou alterar o curso de uma doença (DORLAND'S 1994).

Espiritualidade. O conceito de espiritualidade é mais amplo do que o de qualquer mundo religioso e dá uma dimensão humana profunda de todas as pessoas, indiferente da crença religiosa de cada um (PRICE et al. 1995). OLDNALL (1996) descreve a espiritualidade como o espírito compreendido dentro de cada indivíduo, que pode ser considerado como a força que dá

significado a vida de cada um em particular e fazendo isto, ajuda a criar um conjunto de valores e convicções que possam influenciar a conduta de suas vidas.

Bem estar espiritual. Inclui satisfação com a vida, afirmando um relacionamento positivo com Deus ou um poder mais alto, tendo a percepção de que a vida tem um significado (PACE 1997)

Cuidado espiritual. É um importante caminho usado pelo ser humano com a objetivo de ajudar um paciente a entender melhor o significado e propósito verdadeiro de vida; de nutrir a sua confiança e a sua fé em Deus; de aumentar a sua capacidade para amar; de sustentar e promover os valores espirituais ao invés daqueles de natureza material (HUBERT 1963).

Necessidades espirituais. São esforços conscientes ou inconscientes que surgem da influência do espírito humano na natureza bio-psicossocial. As necessidades espirituais são conseqüências do instinto humano no relacionamento com Deus, que também refletem a influencia de Deus sobre a humanidade e o desejo de Deus para se relacionar com a mesma (KOENIG 1994).

7. ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD3) - Paciente

1. O que o(a) senhor(a) acha dos tratamentos médicos contra a sua doença?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Nada a reclamar. Eu acho muito bom e penso que eles estão no caminho certo.	Eu acho muito bom. Aqui já tem um tratamento melhor e estou me sentindo bem. Eu estou achando importante. As primeiras quimio eu passei muito mal, vômito. Agora com esse tratamento eu acho que eles estão no caminho certo, fazendo o melhor pra gente. Eu não conseguia andar bem, sentar... fiquei aqui internado, tomando remédio e bem tratado. Eu acho que dentro do que a medicina dispõe, eles aplicaram em mim esses recursos. Não tenho nenhuma queixa, tive muito sucesso, está tudo sobre controle. Não esperava melhor, porque sem o tratamento médico eu não estaria aqui. Estou contente porque quero sair dessa. Agora estou sozinho e me sinto bem.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Eu acho excelente	Eu acho excelente, porque pelo menos eu tenho tido um tratamento.
E2. Eu acho ótimo.	Eu acho ótimo, controlando tudo direitinho, tudo sobre controle.
E4. Estou contente	Aqui no hospital foi uma beleza, o tratamento foi bom, Estou contente porque quero sair dessa.
E5. Eu acho que dentro do que a medicina dispõe, eles aplicaram em mim.	Não tenho nenhuma queixa... Eu acho que dentro do que a medicina dispõe, eles aplicaram em mim esses recursos.
E6. Foram ótimos até agora.	Pra mim foram ótimos até agora. Eu não tenho de dizer contra
E7. Foi bom.	Pra mim foi bom. Eu não conseguia andar bem, sentar... fiquei aqui

	internado e tomando remédio. Agora Estou sozinho e me sinto bem.
E8. Estou satisfeito	Eu estou sendo muito bem tratado. Estou satisfeito.
E9. Eu acho que eles estão no caminho certo.	Eu acho que eles estão no caminho certo, fazendo o melhor pra gente.
E10. Eu acho muito bom	Eu acho muito bom (risos) adoro, tive muito sucesso (risos).
E11. Ótimo!	Ótimo! Não esperava melhor.
E12. Ótimo!	Ótimo!
E13. Agora tem um tratamento melhor.	Ah, agora, aqui já tem um tratamento melhor e estou me sentindo bem. As primeiras quimio eu passei muito mal, vômito...
E14. Eu acho ótimo	Olha, agora com esse tratamento eu acho ótimo.
E15. Eu acho muito bom.	Eu acho muito bom pra mim.
E16. Eu acho muito bom	Eu acho muito bom, né.
E17. No momento eu estou achando muito bom.	No momento, eu estou achando importante, né, muito bom.
E18. Eu acho que ele é muito importante mesmo.	Olha, eu acho muito importante mesmo porque sem o tratamento medico eu não estaria aqui.
E19. Atualmente estou achando excelente.	Atualmente estou achando excelente, sem nada a desejar, nada a reclamar.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Eu não tenho muita profundidade	Eu não tenho muita profundidade. Não sei se tem cura, não sei o sofrimento daqui pra frente, ou se regride a doença com esse tratamento, de maneira que eu não tenho assim, um prognóstico.
Idéia Central respectiva	Expressões-chave respectivas
E3. Eu não tenho muita profundidade.	Eu não tenho muita profundidade. Não sei se tem cura, não sei o sofrimento daqui pra frente, ou se regride a doença com esse tratamento, de maneira que eu não tenho assim, um prognóstico.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -4
Depende do procedimento médico.	A cirurgia quando erradica, há possibilidade de resolver o problema totalmente e a pessoa não precisa de tratamento quimioterápico e radioterápico, eu acho que se torna mais fácil... Agora, quando a pessoa precisa de

	quimioterapia, esse tratamento está muito agressivo ao corpo humano, né?. Eu senti muito esse tratamento; tem diarreia, dor no reto, eu tive muito desconforto, isso mexe com o psiquismo da pessoa.
Idéia Central respectiva	Expressões-chave respectivas
E20. A cirurgia quando erradica, torna mais fácil. Agora, quando precisa de quimioterapia, eu acho que ainda tá muito agressivo ao corpo humano.	Eu acho o seguinte: o tratamento médico, a cirurgia quando erradica, há possibilidade de resolver o problema totalmente e a pessoa não precisa de tratamento quimioterápico e radioterápico, eu acho que se torna mais fácil... Agora, quando a pessoa precisa de quimioterapia, esse tratamento tá muito agressivo ao corpo humano, né?. Eu senti muito esse tratamento, tem diarreia, dor no reto, eu tive muito desconforto, isso mexe com o psiquismo da pessoa.

2. O (A) senhor (a) já participou ou participa de alguma atividade religiosa?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
Sim, eu participo.	Sim. Eu tenho meu centro. Eu faço pregação de casa em casa, tenho também as reuniões. Eu sou de frequentar missa aos domingos, assim por diante. Já participei de diversas coisas, membro de jovens com Cristo, grupo de oração né.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Sim, eu participo muito.	Sim. Eu faço pregação de casa em casa, tenho também as reuniões. Então eu participo muito.
E3. Eu frequento missas aos domingos.	Eu sou de frequentar missa aos domingos, assim por diante. Já participei de diversas coisas, membro de jovens com Cristo, né.
E9. Eu vou a igreja.	Eu simplesmente vou a igreja. Eu já estive num grupo de oração.
E12. Participo	Participo.
E13. Eu tenho meu centro.	Ah, eu tenho meu centro.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Eu já participei, mas atualmente não.	Atualmente eu não estou

	participando de nenhuma, mas eu tenho a minha fé lá na igreja dos irmãos. Agora eu não posso sair quase, mas eu já participei. De um tempo pra cá fui pensando primeiramente cuidar de mim, depois do próximo... Então a gente tem que estar bem com Deus, para poder cuidar do próximo. Está muito difícil pra mim ler letra miúda.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E6. Eu já participei, mas atualmente não.	Atualmente eu não estou participando de nenhuma, mas eu já participei.
E7. Eu participava, de um tempo pra cá fui pensando primeiramente cuidar de mim	Eu participava, depois de um tempo pra cá fui pensando primeiramente cuidar de mim, depois do próximo... Então a gente tem que estar bem com Deus, para poder cuidar do próximo.
E14. Está muito difícil, mas eu tenho a minha fé lá na igreja.	Eu estou meio assim, está muito difícil pra mim ler letra miúda. Mas eu tenho a minha fé lá na igreja dos irmãos.
E15. Atualmente eu quase não saio de casa	Eu não tenho condições de ir. Atualmente eu quase não saio de casa.
E16. Não participo porque não posso sair quase.	Não. Não participo agora, porque eu não posso sair quase.
E19. Atualmente não.	Atualmente não, por causa da perna não posso sair de casa.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Eu não participo de atividade religiosa	Não participo não. Não faço parte de nenhuma comunidade. Eu não sou de freqüentar, não sou assíduo. Eu sou meio divorciado, mas eu sou católico, eu já fui à igreja, eu acredito em Deus. Eu gosto de religião. Eventualmente eu recorro a um pensamento cristão.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E4. Não	Não, sou meio divorciado.
E5. Não	Não, não participo, não faço parte de nenhuma comunidade.
E10. Não,	Não. Eu gosto de religião.
E11. Não	Não, eu já fui à igreja. Eu não sou de freqüentar, não sou assíduo.
E17. Não	Não participo não, mas eu sou católico.

E18. Não.	Olha, assim de participar na minha comunidade não.
E20. Não.	Não, eu acredito em Deus. Eu continuei dentro da minha religião, eventualmente eu recorro a um pensamento cristão.
Idéia Central - 4	Discurso do Sujeito Coletivo -4
Na hora do aperto	Eu freqüento na hora do aperto.
Idéia Central respectiva	Expressão -chave respectiva
E8. Na hora do aperto.	Eu freqüento... na hora do aperto a gente...

3. Qual o significado da fé religiosa para o(a) senhor(a)?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Fortalecimento, esperança e equilíbrio. A fé religiosa é tudo!	A religião é uma religião de nós com o alto, com o supremo. Quem tem fé em Deus sempre consegue alguma coisa! Quem não tem fé, não consegue nada. A fé religiosa faz com que a gente viva bem com a vida, com o pessoal, se fortaleça, tenha esperança, confiança, equilíbrio, apego e um horizonte mais santo. Sem ela eu não estaria viva, só a fé me fez passar por quatro cirurgias em dois anos, quando todos achavam que eu não saia do hospital. Eu tenho fé num Deus, em Jesus, alguns santos também e eu peço que Deus de proteção e saúde a todos aqueles que estão em volta de mim. A fé remove montanhas. A religião é muito importante e eu sou muito fervoroso. A gente precisa ter fé, força de vontade, nunca pode desanimar, pois a fé deixa viver mais um pouco. Eu acho que a fé é tudo.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Muito!	Tem muito significado, porque tenho uma confiança muito grande, uma fé e uma esperança nele.
E3. Eu acho que é tudo!	Eu acho que é tudo! Eu sou muito fervoroso na fé, tenho muita fé e acho

	que a fé remove montanhas.
E4. Eu tenho muita fé em Jesus	Olha, eu tenho muita fé em Jesus, alguns santos também.
E5. Eu acredito num Deus	Eu acredito num Deus. Eu tenho fé num Deus, eu peço que Deus de proteção e saúde a todos aqueles que estão em volta de mim.
E6. É uma religião de nós com o alto	A religião é uma religião de nós com o alto, com o supremo.
E7. A fé deixa viver mais um pouco.	A fé deixa viver mais um pouco.
E8. É à força de vontade.	É a força de vontade, aquela fé dentro de nós... naturalmente em nome de Deus.
E9. É tudo!	É tudo! Sem ela eu não estaria viva, só a fé me fez passar por quatro cirurgias em 2 anos, quando todos achavam que eu não saia do hospital.
E10. Viver bem com a vida.	Viver bem com a vida, com o pessoal.
E11. Situação de equilíbrio.	Situação de equilíbrio, de apego.
E12. É fé.	É fé.
E13. Vida.	Eu tenho muita fé em Deus, porque se eu não tivesse essa fé que eu tenho, eu acho que não estaria viva aqui.
E14. Vida	Sem ela eu não podia viver.
E15. Quem tem fé em Deus sempre consegue alguma coisa.	Quem tem fé em Deus sempre consegue alguma coisa... A gente precisa ter fé, nunca pode desanimar.
E16. Eu acho que a fé é tudo!	Eu acho que a fé é tudo! Quem não tem fé, não consegue nada na vida.
E17. Muito importante ter fé.	Olha, tem bastante, muito importante a fé... Eu sempre tive fé.
E18. Tudo!	Tudo!
E19. É importante pra gente não desanimar.	Eu acho que a fé religiosa, a religião ajuda muito. Então a religião pra mim é importante pra gente não desanimar.
E20. A fé religiosa faz com que a gente se fortaleça, tenha uma esperança.	A fé religiosa faz com que a gente se fortaleça, tenha uma esperança, um horizonte mais santo.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Se eu não ver eu não acredito	Eu não acredito assim... Se eu não ver eu não acredito.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E2. Se eu não ver eu não acredito.	É difícil! Eu não acredito assim... Se eu não ver eu não acredito não.

4. Como era a fé religiosa do(a) senhor(a) antes de ter a doença? E como é agora?	
Idéia Central –1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Continua a mesma, porém, mudou a maneira de ser.	A mesma coisa. Não houve mudança. Eu acredito que Deus está me ajudando. Eu sempre fui religiosa. Eu sempre tive uma fé em Deus muito grande, uma esperança e fui aprendendo e crescendo e nunca mais eu deixei. Eu nunca desviei os caminhos e nunca misturei religião com as coisas materiais. Ela (a fé) em primeiro lugar, depois aqui (o tratamento). Claro que eu não poderia deixar um ou o outro. Um está muito intrínseco com o outro. O que eu fazia antigamente eu faço a mesma coisa, quem sabe até com um pouco mais de emoção, situação difícil... pede mais ajuda... A minha maneira de ser é muito diferente agora.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E2. Ta a mesma	Ta a mesma, né.
E3. Nunca mudou	Nunca mudou, sempre igual.
E4. Eu acho que é a mesma coisa.	A mesma coisa. Peço mais a Deus, né. A fé que eu tenho para com Jesus eu acho que é a mesma coisa.
E5. A mesma coisa	A mesma coisa. Não houve mudança.
E6. Não mudou, porque eu tenho esperança.	Não mudou porque eu tenho uma esperança, uma fé em Deus muito grande.
E7. Sempre foi à mesma.	Sempre foi à mesma.
E9. A minha maneira de ser é muito diferente agora.	Eu acredito em Deus, eu acredito que Deus está me ajudando. Eu sempre tive muita fé, mas a minha maneira de ser é muito diferente agora.
E11. A mesma coisa.	Olha, a mesma coisa... O que eu fazia antigamente eu faço a mesma coisa, quem sabe até com um pouco mais de emoção, situação difícil... pede mais ajuda..
E13. Eu acho que sempre foi igual, nunca modificou.	Eu acho que sempre foi igual. Eu nunca misturei religião com as coisas materiais. Nunca modificou.
E14. Eu sempre fui religiosa, nunca mais	Eu sempre fui religiosa, eu sempre

eu deixei.	tive fé e fui aprendendo e crescendo e nunca mais eu deixei.
E15. É a mesma coisa	É a mesma coisa... eu segui sempre, nunca desviei os caminhos.
E16. Continua a mesma.	Continua a mesma coisa. A gente tem muita fé e é o que vale.
E17. É a mesma, não mudou.	É a mesma, não mudou, nem subiu e nem desceu é a mesma fé.
E18. Ela em primeiro lugar, depois aqui.	Ela em primeiro lugar, depois aqui. Claro que eu não poderia deixar um ou o outro. Um está muito intrínseco com o outro.
E20. Não mudou nada.	Não mudou nada, não mudou nada.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Eu tinha muitas dúvidas. Agora estou mais segura.	Antes de ter a doença eu vivia muito constrangida, eu não tinha religião, não vivia bem, a minha fé era bem fraca. Depois que eu fiquei doente, vim me operar, eu acho que a minha fé cresceu, agora eu tenho religião. Mas eu acho que ainda tem de crescer mais. Antes eu tinha uma fé em Deus, mas não conhecia, eu tinha muitas dúvidas. Hoje é ao contrário, eu conheço muito bem a Bíblia, né, então a minha fé é diferente. Agora, eu estou mais garantida (risos), estou me dedicando, eu acredito que ter Deus... resolve muito. Eu fui salvo, Deus, os médicos e minha família.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Antes eu tinha uma fé em Deus, mas não conhecia. Hoje eu conheço muito bem a Bíblia.	Antes eu tinha uma fé em Deus, mas não conhecia. Hoje é ao contrário, eu conheço muito bem a Bíblia, né. Então a minha fé é diferente.
E8. Eu tinha muitas dúvidas, agora estou me dedicando.	Com a doença melhorou muito. Eu tinha muitas dúvidas, agora estou me dedicando, eu acredito que ter Deus... resolve muito. Eu fui salvo, Deus, os médicos e minha família.
E10. Eu vivia muito constrangida, agora estou mais garantida.	Antes de ter a doença eu vivia muito constrangida, não vivia bem...Depois que eu vim me operar eu estou mais garantida (risos)
E12. Antes eu não tinha religião e agora tenho.	Antes eu não tinha religião e agora tenho.

E19. Antes era bem fraca. Depois cresceu.	Antes de ter a doença era bem fraca. Depois que eu fiquei doente eu acho que a minha fé cresceu. Mas eu acho que ainda tem de crescer mais.

5. A fé religiosa ajuda a enfrentar a doença?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Ajuda e muito. A gente não pode esquecer da fé em Deus.	Pra quem tem fé, ajuda e muito. Nossa senhora! Ai se não fosse! Ajuda à aceitar, a ter força pra enfrentar, pra deixar forte, porque a mente concentrada em alguma coisa sadia ela remove montanhas. Eu me apego muito em Salmos e Pedro. No dia que estava vomitando sangue pelo nariz eu pedi a Deus e ali fiquei apavorado. É essa hora que a gente conhece que precisa dele pra sobreviver. Então a gente não pode esquecer. Você está aqui hoje, mas terá a sua partida, então você tem que aceitar e com ânimo, lutar até a hora de não poder mais. Se não fosse a fé, eu acho que a gente não conseguiria, porque só falar que Deus vai curar e ir a igreja, ao pastor – não vai resolver. Quem não tiver fé religiosa ainda que o câncer seja uma doença que quando tratada a tempo tem grande chance de ser curado, mas é uma doença que tem estigma ainda. Sem a fé em Deus a gente não é nada e não chega a lugar nenhum.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Muito!	Muito! Eu me apego muito em Salmos e Pedro.
E2. Lógico.	Lógico, né.
E3. Ajuda e muito	Ajuda e muito. Sem fé não chegaríamos a lugar nenhum.
E4. Creio que sim	Creio que sim, né..
E5. Eu acredito que sim	Pra quem tem fé eu credito que sim,

	porque a mente concentrada em alguma coisa sadia ela remove montanhas. Deixa forte...
E6. No entendimento que eu tenho, ajuda muito.	No entendimento que eu tenho ajuda muito, porque você está aqui hoje, mas terá a sua partida, então você tem que aceitar e com ânimo, lógico, lutar até a hora de não poder mais.
E7. Ajuda. A gente não pode esquecer.	Ajuda sim. No dia que estava vomitando sangue pelo nariz eu pedi a Deus e ali fiquei apavorado. É essa hora que a gente conhece que precisa dele pra sobreviver. Então a gente não pode esquecer.
E8. Ajuda, pensando em Deus e na sua vontade.	Ajuda sim, pensando em Deus e na sua vontade, consegue, porque só falar que Deus vai curar e ir a igreja, ao pastor – para mim não vai resolver.
E9. Totalmente	Completamente, totalmente.
E10. Ajuda sim	Ajuda sim, ajuda à aceitar. Ajuda a gente a ter força pra enfrentar.
E11. Ajuda	Ajuda, tranquilo.
E12. Ajuda e muito	Ajuda e muito. Sem a fé em Deus a gente não é nada e não chega a nada.
E13. Ajuda	Ajuda, ajuda...
E14. Ajuda	Ajuda, ajuda.
E15. Ajuda	Ajuda. Se a gente tem fé ajuda muito.
E16. Ajuda	Ajuda... se não fosse a fé, acho que a gente não conseguiria.
E17. Ajuda	Ajuda, ajuda porque eu tenho essa fé. Eu sempre tenho fé.
E18. Sim	E como, nossa senhora! Ai se não fosse!
E19. Ajuda.	Ajuda bastante
E20. Ajuda	Ajuda, né. Quem não tiver fé religiosa...ainda que o câncer seja uma doença que quando tratada a tempo tem grande chance de ser curado, mas é uma doença que tem estigma ainda.

6. O que tem mudado em sua vida desde o momento que soube que estava doente?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Minha qualidade de vida caiu muito.	Mudou muita coisa. Eu fiquei muito triste, muito deprimido. É uma doença que a gente fica naquela expectativa – será que o exame está bom? Será que não está? Eu tinha qualidade de vida muito boa. Eu andava pra todo canto, corria, batia papo, era alegre, tinha relação sexual quase diária... Eu era uma pessoa muito ativa. Tudo isso acabou. Minha qualidade de vida caiu muito. Eu ainda quero recuperar. A minha atividade é atualmente fazer crochê. Não posso mais sair sozinha, mas graças a Deus ainda estou conseguindo andar. Eu já tive de tudo na vida. Eu trabalhei desde os quinze anos sem interrupção e estou doente sem ganhar. Graças a Deus eu tenho cinco filhos e minha filha é um amor. Perdi tudo, não tenho mais ilusão. Não troco pelo que tenho hoje e ainda pretendo trabalhar. Eu tenho certeza que eu acarretei isso pra mim e Deus me deu uma rasteira pra eu saber que tenho que mudar muitas atitudes da minha vida em relação a esse tipo de doença.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E4. Eu acho que mudou bastante	Mudou muito, mudou bastante, porque eu trabalhei desde os quinze anos sem interrupção e estou doente sem ganhar.
E5. É uma doença de expectativa	É uma doença que a gente fica naquela expectativa – será que o exame está bom? Será que não está?
E8. Não tenho mais ilusão.	Eu já tive de tudo na vida... mas não troco pelo que tenho hoje. Perdi tudo, não tenho mais ilusão. Ainda pretendo trabalhar.
E10. Mudou muita coisa.	Na minha vida mudou muita coisa, a pessoa não pode fazer mais o que

	quer. De primeiro eu ia pra todo canto.
E13. Eu fiquei muito triste, muito deprimida.	Eu fiquei muito triste, muito deprimida, mas graças a Deus eu tenho 5 filhos e minha filha é um amor.
E15. Eu era uma pessoa muito ativa e agora não posso fazer mais isso.	A minha atividade é atualmente fazer crochê. Eu era uma pessoa muito ativa... e agora não posso fazer mais isso.
E16. Acho que mudou bastante.	Acho que mudou bastante, não posso fazer tudo o que eu fazia, não posso sair sozinha. Mas graças a Deus ainda estou conseguindo andar.
E17. Eu andava e hoje não estou andando mais.	Olha, só o que mudou foi que eu andava e hoje eu não estou andando mais.
E18. Tudo!	Tudo! Eu tenho certeza que eu acarretei isso pra mim e Deus me deu uma rasteira pra eu saber que tenho que mudar muitas atitudes da minha vida em relação a esse tipo de doença.
E20. Mudou muito.	Mudou muito, porque eu tinha qualidade de vida muito boa, né. Eu andava, corria, batia papo, era alegre, tinha relação sexual quase diária... Tudo isso acabou. Minha qualidade de vida caiu muito. Eu ainda quero recuperar.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Não mudou nada. Eu levo a vida normal	Nada! Eu levo a vida normal. Sinto-me perfeitamente bem. Eu fui operado e voltei pra casa. Estou vivo, alegre, não entrego os pontos. Tem que continuar, nunca pensar negativo. Continuo indo ao hospital, aos tratamentos, então não mexeu com nada. A doença é a doença, a minha fé é a minha fé, o meu Deus é o meu Deus, né?
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E2. Não entrego os pontos, estou assim até hoje.	Ah, sempre estou vivo, alegre, não entrego os pontos... Por isso que estou assim até hoje.
E6. Nada. Eu levo a vida normal.	Nada. Eu levo a vida normal, é a mesma coisa que nada.
E7. Não mudou nada	Não mudou nada, tem que continuar,

	nunca pensar negativo, pensar positivo.
E11. Não mudou é nada. Sinto-me perfeitamente bem	Pra mim não mudou é nada, viu! Sinto-me perfeitamente bem. Eu fui operado e voltei pra casa...
E12. Nada!	Nada! Eu levo a vida normalmente sem problema nenhum.
E14. Não mudou nada	Eu acho que nada... não mudou nada. Continuo indo ao hospital, aos tratamentos, então não mexeu com nada. A doença é a doença, a minha fé é a minha fé, o meu Deus é o meu Deus, né?
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
No início eu fiquei triste. Agora eu penso mais em Deus.	No principio foi muito triste. Eu fiquei meio revoltado e aborrecido. Então mudou em parte, mas nunca me deixei cair sobre o que possa acontecer. Eu superei tudo através da minha fé. Depois eu fui entendendo melhor. Minha pessoa melhorou bastante. Agora eu penso mais em Deus, sinto que estou mais perto dele, tenho mais humildade, mais paciência, mais compreensão, muito mais amor ao próximo. Eu levo a minha vida normal.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. No começo foi muito triste, mas através da minha fé eu superei.	No começo foi muito triste, mas eu superei tudo através da minha fé.
E3. Em parte fiquei triste, mas nunca me deixei cair sobre o que possa acontecer.	Isso pra mim mudou em parte, fiquei triste, fiquei aborrecido. Mas nunca me deixei cair sobre o que possa acontecer. Eu levo a minha vida normal.
E9. Mais humildade, muito mais amor ao próximo.	A mudança foi assim, mais humildade, mais paciência, mais compreensão, muito mais amor ao próximo.
E19. No principio eu fiquei meio revoltada. Agora eu penso mais em Deus.	No principio eu fiquei meio revoltada, depois eu fui entendendo melhor. Minha pessoa melhorou bastante. Agora eu penso mais em Deus, sinto que estou mais perto dele.

7. Na sua opinião a religião pode ajudar a medicina no tratamento do câncer?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
A religião ajuda muito o médico.	Pode! A religião ajuda muito o médico nesse campo e ao paciente pela sua própria fé. A religião ajuda à maneira de pensar, você fica mais humilde. O senhor tendo fé no médico, no tratamento e nas palavras que serão ditas, pensamento positivo, consegue melhor as coisas. Tem horas que a gente esta muito desanimada e se não se agarrar a Deus, vai se agarrar em quem? A mão do médico esta nas mãos de Deus, né? Quando a gente vai fazer uma cirurgia a gente reza e pede pra Deus.... palavras que dão alento pra gente aprender a enfrentar e adquirir força interna, força espiritual. Então quem tem fé sabe que vai acontecer coisa boa e que vai sarar.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Pode. A religião ajuda muito o médico.	Pode. A religião ajuda muito o médico nesse campo.
E2. Pode sim	Ah, pode sim
E4. Eu acho que ajuda.	Eu acho que ajuda, ajuda à maneira de pensar, você fica mais humilde.
E5. Eu acho que pode. Ele aprende a enfrentar e adquirir força interna, força espiritual.	Eu acho que pode. Eu acho que pode o paciente se tratar aqui e ir a igreja ou conversar com o pastor ou com o padre... palavras que dão alento pra gente aprender a enfrentar e adquirir força interna, força espiritual.
E7. Eu acho que ajuda.	Eu penso que pode. A gente conversando, fica conformado, né? Eu acho que ajuda.
E9. Pode e muito.	Pode e muito, porque se a gente tiver fé, pensamento positivo, colabora com tudo. Então quem tem fé sabe que vai acontecer coisa boa e que vai sarar.
E10. Pode!	Pode!
E11. Eu creio que sim.	Eu acho que sim, tanto na parte médica, como do paciente. Eu creio que sim.

E12. Pode	Pode, pela fé da própria pessoa.
E13. Pode! Porque a mão dos médico esta na mão de Deus.	Pode! Porque eu acho que a mão do médico esta nas mãos de Deus, né. Então, quando a gente vai fazer uma cirurgia a gente reza e pede pra Deus.
E14. Pode, se a pessoa fazer o tratamento com fé.	Pode. Pode se a pessoa tiver fé, fazer o tratamento com fé.
E16. Eu acho que sim.	Eu acho que sim. A gente tendo fé consegue melhor as coisas.
E17. Pode ajudar.	A religião pode ajudar. O senhor tem fé no médico e também tem fé nas palavras que serão ditas.
E18. Claro que pode!	Claro que pode, pode sim.
E19. Eu acho que sim.	Eu acho que sim. Ela pode ajudar bastante, porque tem horas que a gente esta muito desanimada e se não se agarrar a Deus, vai se agarrar em quem?
E20. Eu acho que pode.	Eu acho que pode. Veja. O médico não nota muito a parte sensível da pessoa. Então eu acho que o entrosamento do médico com o paciente é importante pra cura, para o restabelecimento.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
A religião pode ajudar em tudo, mas vai depender da fé de cada um.	A religião pode ajudar em tudo, mas isso não é só. Depende de cada um. A pessoa precisa ter fé dentro de si, porque senão não adianta. A pessoa precisa entender, ir se moldando para o futuro.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E3. Ajuda, depende de cada um.	Depende de cada um, depende da fé. No meu modo de entender ajuda.
E6. Depende muito da pessoa.	Eu acho que depende muito da pessoa entender, ir se moldando para o futuro.
E8. A religião pode ajudar em tudo, mas não só.	A religião pode ajudar em tudo, mas isso não é só. Ela dá uma força... só a religião não vai resolver.
E15. Se a pessoa tem fé, porque senão não adianta.	Se a pessoa tem fé, porque senão não adianta. A pessoa precisa ter fé dentro de si.

8. O(a) senhor(a) já recorreu a outro tipo de tratamento para a sua doença?	
Idéia Central -1	Expressões-chave -1
Não. Por enquanto estou acompanhando tudo o que os médicos falam.	Não. Por enquanto estou acompanhando tudo o que os médicos falam e pela minha fé em Deus. Eu vou seguir as orientações. Não procurei nenhum outro alternativo. Somente o tratamento do hospital.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Não.	Não, só aqui no Hospital, aqui no médico, só esse tratamento.
E2. Não.	Não, não recorri.
E3. Não.	Não, nunca.
E4. Por enquanto não recorri.	Não, por enquanto estou acompanhando tudo que os médicos falam. Por enquanto não recorri.
E5. Não.	Não, só me tratei aqui no hospital mesmo.
E6. Não.	Não. Foi só aqui mesmo.
E7. Não.	Não, não recorri.
E10. Não.	Somente o tratamento do hospital
E12. Não	Não... só médicos e pela minha fé em Deus.
E13. Não	Não. Só aqui no servidor.
E14. Não.	Não.
E15. Não	Não. Eu só vou ao hospital.
E16. Não	Não, só no hospital.
E17. Ainda não.	Ainda não. Basicamente o tratamento do hospital.
E20. Não.	Não. Eu vim aqui e vou fazer tudo o que eles mandarem. Eu vou seguir as orientações, mas não procurei nenhum outro alternativo.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2

A gente procura de tudo.	Já. E a gente procura de tudo, né? Sempre pelo lado bom. Eu estou tomando ervas, ginseng, iodo, sal amargo, babosa, comprei comprimidos, não tem contra-indicações, não faz mal e está resolvendo... Eu estou me sentindo bem. Um padre benzeu, espiritualistas vieram aqui e fiz algumas sessões de cura pelas mãos. O tratamento oficial eu não aconselho deixar.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E8. Eu tenho.	Eu tenho. Eu estou tomando ervas, comprei comprimidos, não tem contra-indicações, não faz mal e está resolvendo... eu estou me sentindo bem. Ginseng, iodo, sal amargo.
E9. Sim.	Eu fiz algumas sessões de cura pelas mãos.
E11. Sim.	Hoje eu fui buscar uma erva, fortalece, faz bem.
E19. Já.	Já. E a gente procura de tudo, né? Sempre pelo lado bom. Um padre benzeu, espiritualistas vieram aqui, fiz babosa. O tratamento oficial eu não aconselho deixar.
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Tudo! Mas agora apenas o tratamento médico.	Tudo! Tudo o que se possa imaginar. O que era me falado que dava certo eu ia. Fui e achei que não era o caminho que eu devia seguir. Apenas faço o meu tratamento médico.
Idéia Central respectiva	Expressões-chave respectivas
E18. Tudo! Mas agora apenas o tratamento médico.	Tudo! Tudo o que se possa imaginar. O que era me falado que dava certo eu ia. Fui e achei que não era por aí, não era o caminho que eu devia seguir. Apenas faço o meu tratamento médico.

Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD3) - Médico

1. O que significa para o(a) senhor(a) em seu trabalho a sua fé religiosa?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
É uma coisa que conforta, que ajuda e que norteia a minha atividade.	A minha fé religiosa é muito importante, é o meu sustentáculo. Ela norteia a minha atividade e me dá equilíbrio. Eu acho que o cristianismo, essa questão da fé numa filosofia de vida é uma coisa que conforta, que me ajuda. Tendo fé, você pode transmitir alguma coisa, dar um sentido e segurança para os pacientes. Se você não tem fé, não acredita em nada, acaba não tendo condições de transmitir nada disso. Eu acho que acreditar em alguma coisa além do que a gente consegue comprovar cientificamente é uma coisa importante. Na oncologia a gente não tem explicação científica para muitas coisas. Os conhecimentos científicos vão até um determinado ponto. Então você ter uma perspectiva de alguma coisa além do que a gente está vivendo é uma coisa importante para estar passando para o paciente. A gente luta com muita tristeza, você vê muita desgraça, não só do paciente mas todo o contexto familiar. Assim, se não tiver a fé, você não entende o porque daquilo. Só a fé mesmo, a que está em Deus, é que tem um caminho, um outro lado para a pessoa poder superar isto tudo. O ser humano é composto de concreto e de abstrato e que tem estar em equilíbrio. Esse equilíbrio do abstrato é dado por qualquer religião, porque o Deus é único. A minha formação religiosa faz com que eu tenha uma visão diferente. Eu acho que um pouco menos técnica, lógico, sem deixar de lado o aspecto técnico. A fé me

	acompanha em todos os momentos. Não só no trabalho como fora do trabalho. Eu trabalho dentro dos princípios da minha fé.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E2. Eu acho que é um sustento.	Eu acho que é um sustento, porque o ser humano é composto de concreto e de abstrato e que tem estar em equilíbrio. Esse equilíbrio do abstrato é dado por alguma... qualquer religião serve, porque eu acho que o Deus é único.
E3. De alguma forma ela me incentiva a dar um sentido para os pacientes.	Eu acho que de alguma forma ela me incentiva a dar um sentido para os pacientes. Nesse sentido ela colabora com o acompanhamento dos pacientes.
E6. A fé é fundamental na vida.	A fé é fundamental na vida.
E7. Eu acho que norteia a minha atividade.	A minha fé é muito importante, eu acho que norteia a minha atividade e trabalho dentro dos princípios da minha fé.
E10. É uma coisa que conforta, que me ajuda.	Eu acho que acreditar em alguma coisa além do que a gente consegue comprovar cientificamente é uma coisa importante. Na oncologia a gente não tem explicação científica para muitas coisas. Então você ter uma perspectiva de alguma coisa além do que a gente está vivendo, é uma coisa importante para estar passando para o paciente. Eu acho que o cristianismo, essa questão da fé numa filosofia de vida é uma coisa que conforta, que me ajuda.
E11. Você pode transmitir alguma coisa para o paciente.	Importante que você tendo, você pode transmitir alguma coisa para o paciente. Se você não tem fé, não acredita em nada, acaba não tendo condições de transmitir nada disso.
E12. Você pode dar segurança, quando tem fé.	Você pode dar segurança quando tem fé, seja ela uma fé religiosa de qualquer religião. Você está seguro de que a fé pode ajudar.
E13. Eu acho de extrema importância.	Eu acho de extrema importância tendo em vista que os conhecimentos científicos vão até um determinado ponto.

E14. Para mim especialmente e particularmente, significa bastante.	Para mim, especialmente e particularmente significa bastante, sobretudo pela minha formação religiosa faz com que eu tenha uma visão diferente. Eu acho que um pouco menos técnica, lógico, sem deixar de lado o aspecto técnico.
E17. É fundamental. A fé me acompanha em todos os momentos.	É fundamental, porque norteia a minha... não só no trabalho como fora do trabalho. A fé me acompanha em todos os momentos.
E18. A minha fé religiosa é o meu sustentáculo.	A minha fé religiosa é o meu sustentáculo. A gente luta com muita tristeza, você vê muita desgraça, não só do paciente, mas todo o contexto familiar, principalmente na oncologia. Assim, se não tive a fé, você não entende o porque daquilo. Eu acho que só a fé mesmo, a que está em Deus, é que tem um caminho, um outro lado para a pessoa poder superar isto tudo. É a fé que mantém o equilíbrio.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
A fé não interfere. O trabalho é baseado em atividade científica.	A fé religiosa tem relativamente pouca importância, significa quase nada ou absolutamente nada. O meu trabalho é mais baseado na formação científica do que propriamente nos problemas de religiosidade, de fé. Eu não trato mais um com fé ou sem fé, é tudo igual, não tem interferência nenhuma no trabalho. Eu não tenho, não tenho fé religiosa.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E4. Não significa absolutamente nada.	A minha fé religiosa no meu trabalho não significa absolutamente nada.
E5. Quase nada.	Pouco, muito pouco, quase nada.
E9. A fé não interfere. O tratamento é igual para todos os pacientes. .	Olha, eu não trato mais um com fé ou sem fé, é tudo igual, não tem interferência nenhuma no trabalho.
E15. O meu trabalho é mais baseado na formação científica.	A fé religiosa tem relativamente pouca importância. O meu trabalho é mais baseado na formação científica do que propriamente nos problemas de religiosidade, de fé.
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3

Presença da espiritualidade, não religião especificamente.	Eu acredito em alguma coisa muito forte, talvez seja Deus. Eu acho que essa crença me ajuda a manter animada, porque eu tenho muito ânimo pro trabalho. Eu acho que a gente fica com uma garra, uma vontade muito grande de trabalhar, de fazer as coisas. Eu atribuo esse ânimo a alguma espiritualidade, mas não religião específica, não uma fé religiosa. Eu acredito que o bem estar espiritual de alguma forma influi na minha relação com o paciente. A gente trabalha numa área muita crítica. Então eu acho que de alguma forma eu tenho que ter uma ajuda a mais que só a minha habilidade, meu conhecimento.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Eu acho que alguma coisa muito forte, que me anima pro trabalho.	Eu acho que eu acredito em alguma coisa muito forte, talvez seja Deus. Eu acho que essa crença me ajuda a manter animada, porque eu tenho muito ânimo pro trabalho. Eu acho que a gente fica com uma garra, uma vontade muito grande de trabalhar, de fazer as coisas. Eu acho que eu identifico nisso alguma especificidade. Eu atribuo esse ânimo a alguma espiritualidade, mas não religião específica.
E8. Alguma coisa a mais que a minha habilidade, meu conhecimento.	A gente trabalha numa área muita crítica. Então eu acho que de alguma forma eu tenho que ter uma ajuda a mais que só a minha habilidade. Agora não como uma fé religiosa. Eu acho que ter alguma força a mais do que simplesmente a minha habilidade, meu conhecimento.
E20. Eu acredito que o bem estar espiritual de alguma forma influi na minha relação com o paciente.	Eu sou uma pessoa até certo ponto espiritualista, mas não religiosa. Eu acredito em determinadas coisas, acredito que o bem estar espiritual de alguma forma influi na minha relação com o paciente, eu não diria uma religião.
Idéia Central -4	Discurso do Sujeito Coletivo -4

Eu não tenho fé religiosa.	Eu sou atéia. Só isso!
Idéias Centrais respectivas	Expressão-chave respectiva
E16. O meu trabalho é baseado em atividade científica.	Olha, não tem uma importância no meu trabalho. Eu não tenho, não tenho fé religiosa. O meu trabalho é baseado em atividade científica.
E19. Eu sou atéia.	Eu sou atéia. Só isso!

2. Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco a respeito

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -2
A fé sustenta o paciente. Ajuda a encarar melhor a doença, dá motivação para o tratamento e mantém a esperança.	A fé religiosa é uma sustentação, e é um dos principais motivos de vida do paciente idoso com câncer. É o que se torna mais importante, até mais importante do que a presença do médico, de um familiar e até da medicação. Quando o paciente tem uma fé religiosa, uma espiritualidade, que desenvolve alguma coisa além do habitual, ele consegue tolerar melhor, encarar com mais serenidade a própria dor, a própria doença e algumas situações e ter ânimo para ir a luta, persistir e acreditar no tratamento. Eu acho que esse é o lado positivo. Mas também existe um lado negativo de pessoas que acreditam que somente a fé poderá curá-los e abandonam o tratamento. Eu acho que a fé religiosa favorece o tratamento e vão atuar como fatores coadjuvantes, indispensáveis no processo. A pessoa que aceita tem duas conotações: aceita a situação e batalha por ela e aceita a situação e se deprimi. Tem gente que pra se esclarecer se acalma e tem gente que se embute nos seus preconceitos e morre ali sufocado. Paciente que tem Deus tem uma direção, uma postura. O que não tem fica muito perdido, batendo a

cabeça na parede. Com o paciente religioso, fica fácil poder conversar alguma coisa da doença, dos sinais, da sensação de abandono. Quando a gente consegue saber sobre essa crença, eu acho que ajuda o contato, pois todo aquele que acredita em alguém quer viver e ser tratado. O paciente com câncer avançado, nessa hora tudo vale porque é algo a mais para ajudar, do que simplesmente a tecnologia, o conhecimento, a habilidade. A ciência aplica os seus conhecimentos e resta um pouco de fé, de esperança para o doente e que ele consiga uma qualidade de vida, uma sobrevivência satisfatória se apegando a fé religiosa. Enquanto você mantém a esperança, você tem motivação para o tratamento e participa ativamente dele. Isto tem importância grande, até porque muitas vezes isso melhora. O sujeito se sente mais forte e ajuda principalmente nesse tipo de doença terminal. O câncer inicial, só a ciência talvez de conta do recado, mas quando a coisa complica, então você se socorre de outras coisas inclusive a religião, por que não? Eu diria que não só a fé religiosa, mas a pessoa tendo bom coração, boa índole, tendo amor, né? E com isso ela pode mesmo ajudar a si próprio e também ajudar ao próximo. Então essa fé, esse amor, isso que a pessoa transmite, que a pessoa irradia, ajuda e cresce a si mesmo. O tratamento de câncer é muito difícil, tem muito efeito colateral. Por ser um tratamento agressivo e pelo ser humano enfrentar situações tão adversas, quem tem fé consegue se fortalecer interiormente de forma a superar esse período de dificuldades. Eu acho que é muito importante você

	se apegar numa fé, crer em alguma coisa superior aos nossos limites seja ela que nome a gente acabe dando e que possa trazer uma esperança de cura que é o objetivo do tratamento oncológico. A gente percebe nos pacientes oncológicos que há uma extrema carência. Quando da notícia eles se desarmam, eles ficam totalmente depressivos. Isso é natural diante do diagnóstico. A fé religiosa serviria para manter um apoio muito importante moral e também a confiança no médico. Eu acho muito importante para o doente. A fé não só como numa situação de agravamento da doença, de uma doença de alta gravidade, prognóstico em geral ruim, ajuda a suportar todos os sofrimentos que a vida oferece. Então é importante que se o médico ou a ciência não conseguir controlar a sua doença, ele terá uma vida em outros planos, de acordo com a sua fé pessoal. Eles têm as crenças deles e elas devem ser respeitadas, fazem parte como verdadeiras, fazem parte do espiritual deles. Na grande maioria eu acho que talvez pela educação, os outros tempos que viveram, os idosos são mais fervorosos, tem um maior grau de aceitação da doença e encaram a morte mais tranquilamente.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Eu acho que ajuda o paciente a encarar melhor a doença.	Eu acho que ajuda sim. Quando o paciente é religioso, quando o paciente tem uma fé, eu acho que encara melhor. Então fica fácil poder conversar alguma coisa das fases da doença, dos sinais, da sensação de abandono. Eu acho que quando a gente consegue saber sobre essa crença, eu acho que ajuda o contato, ajuda a encarar melhor.
E2. Paciente que tem Deus tem uma direção, o que não tem fica muito perdido.	Os pacientes idosos independente de religião têm um maior grau de

	aceitação. Agora a pessoa que aceita tem duas conotações: aceita a situação e batalha por ela e aceita a situação e se deprimi. Tem gente que pra se esclarecer se acalma e tem gente que se embute nos seus preconceitos e morre ali sufocado. Paciente que tem Deus tem uma direção, uma postura. O que não tem fica muito perdido, batendo a cabeça na parede.
E3. A fé religiosa aliada ao tratamento é muito positiva.	Eu acho que a fé religiosa pode ajudar no sentido de dá ânimo para o paciente ir a luta, persistir no tratamento e acreditar no tratamento. Eu acho que esse é o lado positivo. Mas também existe um lado negativo de pessoas que acreditam que somente a fé poderá curá-las, e abandonam o tratamento. Então eu acho que são importantes as duas coisas. Eu acho que a fé ajuda no tratamento, que os dois vão juntos. Eu acho que isso é muito positivo.
E4. O paciente religioso tem maiores condições de enfrentar a doença do que o individuo sem fé.	Todo paciente religioso, na minha concepção, tem maiores condições de enfrentar a doença do que o individuo sem fé, sem religião alguma.
E6. Se ele não tiver a fé religiosa é a certeza que está no fundo.	Considero a fé religiosa fundamental na vida e principalmente em paciente com câncer, idosos com câncer que tem uma perspectiva de vida amenizada. Se ele não tiver a fé religiosa, não houver nada em que ele se apegue é a certeza que ele está no fundo.
E7. Eu acho que a fé religiosa favorece o tratamento.	Eu acho que a fé é muito importante eu acho que ajuda a pessoa. É a hora fundamental que a pessoa tenha fé e quem acreditar em alguma coisa, isso só ajuda. Eu acho que a fé religiosa favorece o tratamento, tanto a tese religiosa como a fé no tratamento. Eu acho que vão atuar como fatores coadjuvantes, indispensáveis no processo.
E8. Nessa hora é algo a mais para ajudar, do que simplesmente a tecnologia.	O paciente com câncer avançado, nessa hora tudo vale porque é algo a mais para a ajudar, do que

	simplesmente a tecnologia, o conhecimento, a habilidade. Isto tem importância grande, até porque muitas vezes isso melhora. O sujeito se sente mais forte com isso aí e ajuda principalmente nesse tipo de doença terminal, né. O câncer inicial, só a ciência talvez de conta do recado, mas quando a coisa complica, então você se socorre de outras coisas inclusive a religião, por que não?
E9. Acho que todo mundo tem que ter fé. Acho que é uma coisa que interfere no tratamento.	Acho que todo mundo tem que ter fé. Acho que também é uma coisa que interfere no tratamento, né. Todo aquele que acredita em alguém quer viver e ser tratado.
E10. Eles conseguem tolerar melhor algumas situações.	É uma coisa importante. Todo o paciente que tem uma fé, uma espiritualidade, que desenvolve alguma coisa além do habitual, realmente eles conseguem tolerar melhor algumas situações. Eles têm uma relação com a doença.
E11. A pessoa com fé ajuda a si própria e ao próximo.	Eu diria que não só a fé religiosa, mas a pessoa tendo bom coração, boa índole, tendo amor, né? E com isso ela pode mesmo ajudar a si próprio e também ajudar ao próximo. Então essa fé, esse amor, isso que a pessoa transmite, que a pessoa irradia, ajuda e cresce a si mesmo.
E12. A fé é uma sustentação. Ele encara com mais serenidade a própria doença.	Todo aquele que tem uma religião no decorrer de sua vida, a fé é uma sustentação para ele. Ele se segura na fé, fica mais tranquilo, encara com mais serenidade a próprio dor, a própria doença. Então eu acho que a fé é sempre positiva para o paciente.
E13. Em todos os pacientes é importante.	Eu acho que em todos os pacientes é importante. A ciência aplica os seus conhecimentos, né, e resta um pouco de fé, de esperança para o doente e que ele consiga uma qualidade de vida, uma sobrevivência satisfatória se apegando a fé religiosa.
E14. A fé mantém a esperança e você tem motivação pra tratamento.	Eu acho que é muito importante você se apegar numa fé, crer em alguma coisa superior aos nossos limites seja

	ela que nome a gente acabe dando e que possa trazer uma esperança de cura que é o objetivo do tratamento oncológico. A gente percebe nos pacientes oncológicos que há uma extrema carência. Quando da notícia eles se desarmam, eles ficam totalmente depressivos. Isso é natural diante do diagnóstico. A fé mantém a esperança e enquanto você mantém a esperança, você tem motivação para o tratamento e participa ativamente dele.
E15. Serve para manter apoio moral.	A fé religiosa serviria para manter um apoio muito importante moral para sustentar ou até a vontade de sobrevivência do paciente e também a confiança no médico.
E16. Ajuda a suportar todos os sofrimentos que a vida oferece.	Eu acho muito importante para o doente. A fé não só como numa situação de agravamento da doença, de uma doença de alta gravidade, prognóstico em geral ruim, ajuda a suportar todos os sofrimentos que a vida oferece. Então é importante que se o médico ou a ciência não conseguir controlar a sua doença, ele terá uma vida em outros planos, de acordo com a sua fé pessoal.
E17. Quem tem fé consegue se fortalecer interiormente de forma a superar esse período de dificuldades.	Tratamento de câncer é muito difícil, tem muito efeito colateral. Por ser um tratamento agressivo e pelo ser humano enfrentar situações tão adversas, quem tem fé consegue se fortalecer interiormente de forma a superar esse período de dificuldades. A fé é muito importante nesse sentido.
E18. Os idosos muitas vezes se largam mais, são mais fervorosos.	O paciente idoso em geral tem fé. Os idosos muitas vezes se largam mais, mas a fé é muito individual. Na grande maioria eu acho que talvez pela educação, pelos os outros tempos que viveram, os idosos são mais fervorosos. O idoso encara a morte mais tranquilamente.
E19. É um dos principais motivos de vida do paciente idoso com câncer.	Eu acho que é um dos principais motivos de vida do paciente idoso

	com câncer. É o que se torna mais importante, até mais importante do que a presença do médico, do que a presença de um familiar, até mesmo da medicação.
E20. As crenças fazem parte do espiritual deles e isso de alguma forma ajuda.	Eles têm as crenças deles e elas devem ser respeitadas, fazem parte como verdadeiras, fazem parte do espiritual deles e isso de alguma forma ajuda. A posição do médico é não deixar que a fé deles interfira na sequência do tratamento, renunciar o tratamento médico em prol da religião.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Ajuda a suportar a moléstia, mas não altera a evolução.	Não acho que alteraria a evolução da moléstia, mas ajuda um pouquinho a suportar a moléstia, mas não altera a evolução.
Idéia Central respectiva	Expressões-chave respectivas
E5. Ajuda a suportar a moléstia, mas não altera a evolução.	Não acho que alteraria a evolução da moléstia, mas ajuda, ajuda um pouquinho a suportar a moléstia, mas não altera a evolução.

3. O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o paciente idoso com câncer?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Eu não recomendo, mas incentivo e apoio integralmente.	Eu não recomendo. Eu costumo lembrar sobre o aspecto, a fé. Se ele quiser, se manifestar alguma vontade de ter atividade religiosa será apoiado integralmente. Se não, também será apoiado e respeitado integralmente. Nunca eu tentaria, forçaria pra aceitar ou não aceitar a religião. Eu tenho o hábito de avaliar como cada um já traz no decorrer de sua vida. Cada um tem a sua religião e tem que se apegar naquilo que acredita. Vai ser muito importante na recuperação, no convívio com a sociedade. Eu acho que qualquer pessoa que tiver uma

	religião, que praticar uma religião, oração, leitura, que participar de grupos de trabalhos, eu acredito muito na terapia ocupacional e que venham acompanhadas de coisas – “cabeça vazia, oficina do diabo”. Então se você tem oportunidade de ficar ligada a alguma coisa, só acrescenta em todos os sentidos, pois é muito melhor do que ficar excluído em casa. Eu incentivo. Você esta com dificuldade de ler a Bíblia e você gosta de ler Bíblia, está bom. Então porque você não mantém a sua atividade, se é uma coisa que você gosta? Eu acho que desde que o paciente tenha condições físicas pra isto e queira eu não vejo problema nenhum. Uma atividade religiosa poderá trazer uma energia positiva, alguma esperança e benefício maior para ele, no sentido de reforçar a crença no tratamento e a crença de que ele pode melhorar. O que a gente percebe é que as pessoas que acreditam em algo mais, elas tentam aparentemente um tratamento que é no mínimo mais tranquilo do que outros que às vezes não acreditam em nada e acabam tendo um tratamento mais conturbado. Envolver essa questão da espiritualidade é importante. No idoso que tem uma fé, que tem algum embasamento costuma em geral tolerar melhor. Eu sempre procuro deixar bem claro pra não se confundir as coisas, os médicos, os profissionais, os tratamentos, os recursos técnicos, eles existem porque é da vontade de Deus que isso exista. Então, de modo algum quando intervir esta indo contra, aliás, nós somos um instrumento nas mãos de Deus pra fazer isso. Eu procuro deixar bem claro pra que as coisas andem sinergicamente.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Eu não costumo falar, mas quando ele já tem eu incentivo.	Eu não costumo falar, eu acho bom quando ele já tem... Mas eu não costumo dizer para o paciente rezar ou orar ou ir

	aos cultos, ter alguma religião. Eu não recomendo não. Se ele quiser e se ele falar que tem, que faz eu falo que isso é ótimo. Eu incentivo. Você tá com dificuldade de ler a bíblia e você gosta de ler bíblia, tá bom. Então porque você não mantém a sua atividade, se é uma coisa que você gosta?
E3. Eu acho que o paciente ter uma atividade é muito melhor do que ficar excluído em casa.	Eu acho que desde que o paciente tenha condições físicas pra isto e queira eu não vejo problema nenhum. Eu acho que o paciente ter uma atividade é muito melhor do que ficar excluído em casa. Então é positivo. Uma atividade religiosa poderá trazer benefício maior para ele, no sentido de reforçar a crença no tratamento e a crença de que ele pode melhorar. O que a gente percebe é que as pessoas que acreditam em algo mais, elas tentam aparentemente um tratamento que é no mínimo mais tranquilo do que outros que às vezes não acreditam em nada e acabam tendo um tratamento mais conturbado.
E4. Se ele manifestar alguma vontade será apoiado integralmente.	Se ele quiser alguma... se manifestar alguma vontade de ter atividade religiosa será apoiado integralmente. Se não tiver nenhuma disposição, também será apoiado e respeitado integralmente. Nunca eu tentaria, forçaria pra aceitar ou não aceitar a religião.
E7. Qualquer pessoa que puder participar de um trabalho religioso eu sou favorável.	Eu acho que qualquer pessoa que tiver uma religião, que praticar uma religião, oração, que participar de grupos de trabalhos, eu acredito muito na terapia ocupacional e que venham acompanhadas de coisas, tanto na cabeça - cabeça vazia, oficina do diabo. Então se você tem oportunidade de ficar ligada a alguma coisa, com uma palavra boa, assim, só acrescenta em todos os sentidos. Qualquer pessoa que puder participar de um trabalho religioso eu sou favorável.
E9. Acho que é bom.	Acho que é bom, né, acreditar em alguém, aí você tem alguma esperança. A fé é muito importante.
E10. Ele se apegar em alguma coisa, trás sempre uma emergência positiva.	O paciente acreditar em alguma coisa é importante. Ele se apegar em alguma

	coisa, trás sempre uma energia positiva pra ele, quer seja através de oração, quer seja através de leitura. Envolver essa questão da espiritualidade é importante. No idoso que tem uma fé, que tem algum embasamento costuma em geral tolerar melhor...
E13. Cada um tem a sua religião e tem que se apegar naquilo que acredita.	Eu acho assim: cada um tem a sua religião e tem que se apegar naquilo que acredita. Eu acho que vai ser muito importante na recuperação, no convívio com a sociedade. E extremamente importante.
E14. Não diretamente, mas eu incentivo a crença, um apelo a Deus cai sempre bem.	Veja, não diretamente pra que ela vá frequentar uma igreja, mas eu incentivo a crença e muitas vezes pra não dizer sempre, um apelo a Deus, cai sempre bem. Eu acho que é algo importante, que ele seja incentivado. Eu sempre procuro deixar bem claro pra não se confundir as coisas, os médicos, os profissionais, os tratamentos, os recursos técnicos, eles existem porque é da vontade de Deus que isso exista. Então, de modo algum quando intervir tá indo contra, aliás, nós somos um instrumento nas mãos de Deus pra fazer isso. Eu procuro deixa bem claro pra que as coisas andem sinergicamente.
E17. Eu costumo lembrar a fé, a religião de cada um.	Eu costumo lembrar sobre o aspecto, sobre a força, a fé, a religião de cada um. Não exatamente, recomendo. Eu não tenho o hábito de recomendar. Eu tenho o hábito de procurar lembrar e de avaliar como cada um já traz no decorrer de sua vida.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Sim, respeitando o que ele pensa e crê.	Eu recomendaria qualquer tipo de atividade, respeitando o que ele pensa e crê. Nos pacientes que tem uma fé religiosa, eu acho que não só ajudaria, como acho indispensável. É mais um aparato, porque você nunca pode tratar o paciente de uma forma segmentada, você tem que tratar o paciente de uma forma global. Estão o tratamento inspira o caminho, uma coisa fundamental, quando você trata de um

	paciente como um todo. Você trata do corpo, do espírito e da alma. O sujeito reza, o sujeito ora eu acho que isso daí. E ainda a positividade psicológica do doente. O sujeito está imbuído daquilo, eu acho que isso é que vale. É uma coisa a mais e é surpreendente o efeito de tudo isso e como muda às vezes a cabeça das pessoas. Mudando assim essa visão muito tecnicista que a gente tem hoje. Há relatos na medicina que pacientes melhoram toda a condição, a multiplicação celular, a divisão celular. O câncer é uma doença multisetorial.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E6. Eu não só ajudaria, como acho indispensável.	Nos pacientes que tem uma fé religiosa, eu acho que não só ajudaria, como acho indispensável. É mais um aparo, porque você nunca pode tratar o paciente de uma forma segmentada, você tem que tratar o paciente de uma forma global. Estão o tratamento inspira o caminho, uma coisa fundamental, quando você trata de um paciente como um todo. Você trata do corpo, do espírito e da alma.
E8. Tudo!	Tudo! O sujeito reza, o sujeito ora, mas assim, o sujeito está imbuído daquilo, eu acho que isso que vale. É uma coisa a mais e é surpreendente o efeito de tudo isso e como muda às vezes a cabeça das pessoas. Mudando assim essa visão muito tecnicista que a gente tem hoje.
E18. Eu recomendaria.	Eu recomendaria sim, respeitando o que ele pensa e crê.
E19. Claro!	Claro! Qualquer tipo de atividade, qualquer crença... Há relatos na medicina que pacientes melhoram toda a condição, a multiplicação celular, a divisão celular. Então o câncer é uma doença multisetorial. E ainda a positividade psicológica do doente. Eu acho que vale a pena.
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Não. Tem que ser uma coisa de livre e espontânea vontade.	Recomendar? Não! Mas não seria contra. Eu acho que a crença das pessoas é uma coisa que deve ser respeitada e aceita. É uma necessidade de cada um. Tem que ser uma coisa de

	livre e espontânea vontade do paciente. Compete ao familiar, ao paciente fazer a sua escolha, porque eu não posso interferir no livre arbítrio de cada um.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E5. Não!	Não! Recomendar? Não!
E12. Não!	Não! Tem que ser uma coisa de livre e espontânea vontade. Compete ao familiar, ao paciente fazer a sua escolha, porque eu não posso interferir no livre arbítrio de cada um.
E15. Eu não recomendaria.	Eu não recomendaria, mas não seria contra. Eu acho que é uma coisa que deve ser respeitada e deve ser aceita.
E16. Não!	Não! Claro que não! Não sou contra e respeito às crenças das pessoas.
Idéia Central -4	Discurso do Sujeito Coletivo -4
Busca de fortalecimento interior.	Atividade religiosa, freqüentar alguma igreja, algum tipo de religião, eu acho que isso é individual de cada pessoa. Eu não recomendaria uma atividade específica. Mas recomendaria independente de ter uma atividade religiosa, que ele tenha fé, amor, confiança, vida interior. Ao você se interiorizar, você busca alguma coisa dentro da religião com Deus, né. Qualquer que seja o caminho.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E2. Eu recomendaria vida interior.	Eu recomendaria vida interior. Ao você se interiorizar, você busca alguma coisa dentro da religião com Deus, né. Qualquer que seja o caminho.
E11. Eu recomendaria que ele tenha fé, amor, confiança.	Eu não recomendaria uma atividade específica. Mas recomendaria independente de ter uma atividade religiosa, que ele tenha fé, amor, confiança. Isso eu acho que seria o principal.

Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD3) - Enfermeira

1. O que significa para o(a) senhor(a) em seu trabalho a sua fé religiosa?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Uma fonte de energia. É a força que impulsiona no dia a dia.	Representa uma fonte de energia. É a força que me impulsiona e que dirige as nossas vidas. No dia a dia ela me ajuda a caminhar e a conduzir o meu trabalho pra que eu possa estar conseguindo passar pra aquela pessoa que esta procurando alguma coisa, além do seu tratamento, além daquilo que a medicina pode oferecer - coisas que eu chamo até às vezes de palpável. Alguma coisa que ele possa sentir, mas que não está escrito num livro, que ele não vai conseguir de um tratamento, de uma receita médica, de uma intervenção qualquer a nível médico. Então, procurar executar da melhor maneira possível, exercer a profissão da gente com amor e dedicação. Porque não é só profissionalismo. Tem que ser diferente. Então você se doa a pessoa pra transmitir alguma coisa pra aquele que às vezes não tem esperança no leito que está morrendo, aquele último momento. Se você não tiver uma fé e não acreditar em Deus, num ser superior, você não é nada!
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E2 Representa uma fonte de energia.	Representa uma fonte de energia que eu posso estar conseguindo passar pra aquela pessoa que esta procurando alguma coisa além do seu tratamento, além daquilo que a medicina pode oferecer - coisas que eu chamo até às vezes de palpável. Alguma coisa que ele possa sentir, mas que não está escrito num livro, que ele não vai conseguir de um tratamento, de uma receita médica, de uma intervenção qualquer a nível médico.
E3. Eu acho que tudo! É a força.	Eu acho que tudo! É a força, é o que ajuda no dia a dia a ta contribuindo pra ajudar os doentes que dependem de mim.
E6. É aquilo que me leva a acreditar que existe uma força e que ta dirigindo	É aquilo que me leva a acreditar que existe uma força e que esta dirigindo as

as nossas vidas.	nossas vidas e que coloca essa força em meu trabalho pra me ajudar a caminhar e ajudar os pacientes a caminharem.
E7. Cem por cento no meu trabalho	Acho que cem por cento no meu trabalho, né. Se você não tiver uma fé e não acreditar em Deus, num ser superior, você não é nada, né?
E8. Ajuda a conduzir o trabalho da melhor maneira possível.	Eu acho que ajuda a conduzir o trabalho. A gente tem a formação religiosa, a gente tem uma certa crença em Deus. Então procura executar da melhor maneira possível, exercer a profissão da gente com amor e dedicação. Porque não é só profissionalismo. Tem que ser diferente. Então você doa a pessoa.
E10. Eu acho que é o que impulsiona você a fazer alguma coisa junto aos pacientes.	Eu acho que é o que impulsiona você a fazer alguma coisa junto aos pacientes. Eu acho que é muito importante, mesmo pra você transmitir alguma coisa pra aquele que às vezes não tem esperança no leito que está morrendo, aquele último momento.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Crer em alguma coisa.	É você crer em alguma coisa, é acreditar em Deus. Se estou doente, eu acredito que vou me curar. O relacionamento com o paciente, essa fé que a gente não tem que buscar apenas no momento de emergência. É algo que a gente tem que estar semeando.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E5. É você crer em alguma coisa.	É você crer em alguma coisa. O relacionamento com o paciente, essa fé que a gente não tem que buscar apenas no momento de emergência. É algo que a gente tem que estar semeando.
E9. É acreditar em alguma coisa.	A fé religiosa é acreditar em alguma coisa, é acreditar em Deus. Se estou doente, eu acredito que vou me curar. Eu acho que é meio caminho andado.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Respeitar o outro.	É respeitar o outro. Se eu não tiver uma fé eu não posso respeitar o outro, como ser humano em todos os aspectos. Porque se eu não tenho conteúdo, eu não posso dar, né? Eu faço uma análise enquanto estou

	cuidando dos pacientes, como que ele é religiosamente, qual é a fé desse paciente para que ele reestruture a sua fé.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Respeitar o outro.	É respeitar o outro, porque se eu não tiver uma fé eu não posso respeitar o outro, como um todo... como ser humano em todos os aspectos.
E4. Se eu não tenho conteúdo, eu não posso dar.	Eu acho que é importantíssimo, porque se eu não tenho conteúdo, eu não posso dar, né? Eu faço uma análise enquanto estou cuidando dos pacientes, como que ele é religiosamente, qual é a fé desse paciente, para que ele reestruture a sua fé.

2. Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o(a) senhor(a) falasse um pouco a respeito.	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
No momento mais crítico as pessoas se aproximem mais de Deus.	Existem alguns pacientes que são muito religiosos, normalmente se apegam muito a Deus e tem uma fé muito grande. Existem alguns que não tem isso tão exacerbado e alguns que não crêem em nada. Porém, quando é feito o diagnóstico e a proposta de tratamento, vem aquela crise desesperadora, e a gente vê que o paciente se aproxima mais da religiosidade, a crença aumenta, ele corre atrás da religião, ele chama Deus. Isto ocorre no momento mais crítico, onde o perigo eminente de rompimento com vida é muito verdadeiro, porque ele já não consegue ver resultado com as coisas daqui. Então, ele busca nem que seja uma palavra, um conforto de uma pessoa ligada à vida religiosa, ou qualquer outra pessoa até não profissional da área de saúde, que consiga passar alguma coisa que transmita paz, que resgate aquela fé, e que existe alguma chance dele talvez

	melhorar. Assim, eles se agarram pra tentar vencer e acreditar que vão ter que ter a doença, e que lutando, vai contribuir e ajudá-los a vencer a doença e se curar, ou pelo menos amenizar um sofrimento maior. O paciente coloca muita esperança que Deus vai ajudá-lo a caminhar, se sair bem no tratamento. Parece que durante o tratamento a fé do paciente é mais exteriorizada. A gente percebe que ele começa a barganhar com o Deus dele. Eles acham que estão com os dias mais curtos que as outras pessoas. Então você tem que respeitar, né, e dar uma força, porque eles também dependem da gente. Quando eles perguntam – vou ficar bom, eu acredito em Deus, eu acredito em Jesus, Jesus vai me curar? Então eu sempre digo – se você acredita que Deus vai te curar, então acredite, não abandone o tratamento médico, que os dois juntos vão chegar lá. O paciente quanto mais idoso, eu acredito que a fé parece ser maior, eles se apegam muito mais. Eu acho que a fé religiosa contribui bastante no tratamento do paciente com câncer. O paciente nessa fase sabe que tem alguém que está ajudando-o, que está sofrendo junto. Então o paciente idoso já tem outro perfil, ele compreende mais o sofrimento, ele compreende mais as coisas da vida, o tratamento em si e até consegue ter um descanso mais em paz.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E2. No momento mais crítico a crença religiosa aumenta.	Existem alguns pacientes que são muito religiosos, tem uma fé muito grande. Existem alguns que não tem isso tão exacerbado, porém, no momento mais crítico, onde o perigo eminente de rompimento com vida é muito verdadeiro, aí a crença religiosa dele aumenta, porque ele já não consegue ver resultado com as coisas daqui. Então, ele busca nem que seja uma palavra, um conforto de uma pessoa ligada a vida

	religiosa, ou qualquer outra pessoa até não profissional da área de saúde, que consiga passar alguma coisa que transmita paz, que resgate aquela fé, e que existe alguma chance dele talvez melhorar, talvez sofrer menos e até consegue ter um descanso mais em paz.
E3. É um apoio que eles tem pra tentar vencer a doença.	É um apoio que eles tem, né. Eles se agarram pra tentar vencer e acreditar que vão ter que ter a doença, e que lutando, né, a fé no Deus dele aumenta. É isso que vai contribuir e ajudá-los a vencer a doença e se curar, ou pelo menos amenizar um sofrimento maior.
E5. O idoso compreende mais as coisas da vida.	O paciente idoso já tem outro perfil, ele compreende mais o sofrimento, ele compreende mais as coisas da vida, né, o tratamento em si.
E6. As pessoas se aproximem mais de Deus.	Num primeiro momento quando é feito o diagnóstico e a proposta de tratamento, a gente vê que o paciente se aproxima mais da religiosidade, ele chama Deus, ele fala muito sobre Deus. Ele coloca muita esperança que Deus vai ajudá-lo a caminhar, se sair bem no tratamento. Parece que durante o tratamento a fé do paciente é mais exteriorizada. A gente percebe que ele começa a barganhar com o Deus dele. Eles acham que estão com os dias mais curtos que as outras pessoas... e eles se aproximam mais de Deus.
E7. O paciente normalmente se apegava muito a Deus.	O paciente normalmente se apegava muito a Deus, né. O idoso corre atrás da religião, então você tem que respeitar, né, e dar uma força, porque eles também dependem da gente.
E8. A fé religiosa contribui bastante no tratamento do paciente.	Eu acho que a fé religiosa contribui bastante no tratamento do paciente com câncer. O paciente nessa fase, né, sabe que tem alguma coisa que está preocupando ele, que tem alguém que está ajudando, que está sofrendo junto. Eu acho que ajuda muito.
E9. Quanto mais idoso, eu acredito que a fé parece ser maior.	O paciente quanto mais idoso, eu acredito que a fé parece ser maior, eles se apegam muito mais a alguma coisa... é importante assistência religiosa. Quando eles perguntam – vou ficar bom, eu

	acredito em Deus, eu acredito em Jesus, Jesus vai me curar? Então eu sempre digo – se você acredita que Deus vai te curar, então acredite, não abandone o tratamento médico, que os dois juntos vão chegar lá.
E10. É importante que ele tenha alguma fé, ninguém pode fazer nada sem Deus.	É importante que ele tenha alguma fé, crer que Deus existe, crer em Jesus, né. Porque vem aquela crise desesperadora, àquela hora... tem paciente que não crê em nada. Ele tem que ter uma fé, isto é muito importante, né, e principalmente por causa da própria doença. Por isso ninguém pode fazer nada sem Deus, sem um criador. Eu creio que isto é fundamental.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Se não tiver um Deus, fica difícil a cura.	Se ele não tiver um Deus, uma religião, fica difícil a sua cura. Eu sempre falo – segura na mão de Deus e vai...
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E1. Se ele não tiver um Deus, fica difícil a sua cura.	Se ele não tiver um Deus, uma religião, fica difícil a sua cura. Eu sempre falo – segura na mão de Deus e vai...
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Quando ele esta ciente do diagnóstico, ele se manifesta no sentido da aceitação. Quando não tem, ele se rebela.	Quando ele esta ciente do diagnóstico, ele se manifesta de uma forma maravilhosa, no sentido da aceitação. Ele não se revolta, ele procura, ele não pede também a Deus que o cure, ele diz será feita à vontade dele na minha vida. Se ele quiser que eu me cure vou curar. Você percebendo as reações do paciente, né, que ele não deixa de comer, não fica triste, não demonstra nervosismo nem nada. Então a gente sente com ele essa maravilha. Agora quando não tem, ele se rebela mesmo, ele faz contra a família, os filhos, a esposa, a ele mesmo, ele recusa a alimentação, ele começa a emagrecer muito mais rápido.
Idéias Centrais respectivas	Expressão-chave respectiva
E4. Depende: com fé, se manifesta no sentido da aceitação – sem fé, ele se rebela.	Depende de como ele processa e aprofunda na fé. A gente percebe logo quando ele esta ciente do diagnóstico, ele se manifesta assim de uma forma

	maravilhosa, no sentido da aceitação, né. Ele não se revolta, ele procura, ele não pede também a Deus que o cure, ele diz será feita à vontade dele na minha vida. Se ele quiser que eu me cure vou curar. Você percebendo as reações do paciente, né, que ele não deixa de comer, não fica triste, não demonstra nervosismo nem nada. Então a gente sente com ele essa maravilha. Agora quando não tem, ele se rebela mesmo, ele faz contra a família, os filhos, a esposa, a ele mesmo, ele recusa a alimentação, ele começa a emagrecer muito mais rápido.

3. O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o paciente idoso com câncer?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Sim, eu acho que faz parte.	Eu recomendaria. Eu acho que faz parte. Quando tem o paciente ali, esta necessitando, aí eu recomendo oração, pedir a Deus ajuda com mais freqüência, proteção. Nós somos Bio-psíquico-espiritual. Precisamos cuidar dele (do paciente) como bio-psíquico-espiritual. Eu acho que vale a pena ter uma assistência na fé que ele processa, é muito importante para ele. Ele se vê mais reconfortado, porque é equipe... É o momento que ele tem pra estar indo de encontro com aquela fé, aquela pratica que não é palpável. Então é o emocional com o psicólogo transcendendo. Eu tenho exemplo, um parente. Depois que percebeu tudo... começou a ir a igreja , ajudar na Igreja.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Recomendaria.	Recomendaria, recomendaria.
E3. Acho que oração	Acho que oração, pedir a Deus ajuda, proteção... Acreditar que, que ele pode ajudar.
E4. Sim, eu acho que faz parte.	Sim, eu acho que faz parte. Nós somos Bio-psíquico-espiritual. Precisamos cuidar dele como bio-psíquico-

	espiritual. Eu acho que vale a pena ter uma assistência na fé que ele processa, é muito importante para ele.
E5. Eu acho que sim.	Talvez seja até o momento. Ele se vê mais reconfortado, porque é equipe... é o momento que ele tem pra estar indo de encontro com aquela fé, aquela pratica que não é palpável. Então é o emocional com o psicólogo transcendendo. Então eu acho que sim.
E7. Sim.	Sim. Eu tenho exemplo, um parente. Depois que percebeu tudo... começou a ir a igreja, ajudar na Igreja.
E8. Sim.	Ah sim, quando tem o paciente ali, esta necessitando, ai eu recomendo oração, busca de Deus, né, com mais frequência.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Quando o paciente toca no assunto eu estímulo.	Quando ele toca no assunto comigo, a partir do momento que ela deu algum sinal de que aquilo pra ela seria bom, consciência de que aquilo seria importante e que ela teria uma sensação boa de fé, de alívio, eu estímulo a fazer aquilo que ele tem vontade de fazer. Eu entendo que além de ser uma atividade que pode ter um efeito psicológico muito positivo, vai fazer que ele esqueça um pouco da doença e se sinta útil. Eu acho que ele vai responder ao tratamento melhor, porque ele começa a fazer uma atividade, ele não se deprime à noite, levanta dia, termina dia pensando que é um dia a menos.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E2. A partir do momento que ela deu algum sinal.	Acho que a partir do momento que ela deu algum sinal de que aquilo pra ela seria bom, consciência de que aquilo seria importante e que ela teria uma sensação boa de fé, de alívio, acredito que sim.
E6. Quando o paciente toca no assunto eu estímulo.	Quando ele toca no assunto comigo eu estímulo a fazer aquilo que ele tem vontade de fazer. Eu entendo que além de ser uma atividade que pode ter um efeito psicológico muito positivo sobre ele, vai fazer que ele esqueça um pouco

	da doença dele e se sinta útil. Eu acho que ele vai responder ao tratamento melhor, porque ele começa a fazer uma atividade, ele não se deprime à noite, levanta dia, termina dia pensando que é um dia a menos.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Se ele já participou, então tudo bem. Ao contrário, não é válido.	Se a pessoa já tem alguma atividade religiosa, alguma carga religiosa anterior, é de freqüentar igreja e de acreditar em Deus, não digo tanto freqüentar a igreja, então tudo bem que ele continue. Agora se ele não tem eu acho que a gente impor pra que ele tenha alguma atividade religiosa, eu acho que não é válido. Ele só vai entrar na religião por interesse.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E9. Depende.	Se a pessoa já tem alguma atividade religiosa, alguma carga religiosa anterior, é de freqüentar igreja e de acreditar em Deus, não digo tanto freqüentar a igreja, então tudo bem que ele continue. Agora se ele não tem eu acho que a gente impor pra que ele tenha alguma atividade religiosa, eu acho que não é válido. Ele só vai entrar na religião por interesse.
Idéia Central - 4	Discurso do Sujeito Coletivo -4
Eu nunca recomendei.	Se o paciente deseja, pede que venha um capelão, padre, pastor, a gente chama. Mas fora disso eu nunca tomaria iniciativa de chamar. Na minha atividade diária eu nunca recomendei.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E10. Na minha atividade diária eu nunca recomendei.	Se o paciente deseja, pede que venha um capelão, padre, pastor, a gente chama. Mas fora disso eu por mim mesmo nunca tomaria iniciativa de chamar. Na minha atividade diária eu nunca recomendei.

Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD3) - Psicólogo

1. O que significa para o(a) senhor(a) em seu trabalho a sua fé religiosa?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Você tem que se apresentar ao paciente no seu lado profissional.	Eu acho complicado falar em religião dentro desse trabalho, dentro da psicologia. O meu trabalho tem toda uma teoria que me embasa e sempre quando eu entro pra atender um paciente eu acabo me desapegando da minha religião. Não vejo qualquer interferência. Você tem que se apresentar à pessoa que está no sofrimento, no seu lado profissional e tentar fazer o melhor possível. Mas tem uma coisa de fé, de acreditar que o meu trabalho é importante. Não sei se é uma fé religiosa, uma fé no meu trabalho, uma fé na importância do papel do psicólogo junto desses pacientes.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. É complicado falar em religião dentro desse trabalho.	Eu acho complicado falar em religião dentro desse trabalho, né, dentro da psicologia.
E2. A minha fé nada a ver com o meu trabalho.	A minha fé nada a ver com o meu trabalho, é uma outra coisa, não vejo qualquer interferência no meu trabalho.
E5. No meu trabalho eu não deixo a minha fé religiosa interferir.	Bom, no meu trabalho eu não deixo a minha fé religiosa interferir. Sempre quando eu entro pra atender um paciente eu acabo me desapegando da minha religião.
E9. No meu trabalho tem toda uma teoria que me embasa.	O meu trabalho tem toda uma teoria que me embasa, mas tem uma coisa de fé, de acreditar que o meu trabalho é importante. Não sei se é uma fé religiosa, uma fé no meu trabalho, uma fé na importância do papel do psicólogo, junto desses pacientes.
E10. Você tem que se apresentar ao paciente no seu lado profissional.	Você tem que se apresentar à pessoa que está no sofrimento, no seu lado profissional e tentar fazer o melhor possível.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2

Energia transformação, esperança.	É energia transformação, é esperança, um pensar, uma tentativa de ver o paciente, de uma forma que não seja somente a doença, que assim o que está sendo feito tem um sentido, tem um valor. Eu acho que faz parte de todo ser humano que ele tenha uma fé religiosa, viva com essa fé todos os momentos da vida. É uma das condições da humanidade. Eu sou uma pessoa religiosa no sentido mais amplo. Eu acho que sem a minha fé, essa energia que eu... tenho crença, das transformações, das mudanças, não teria como trabalhar. A doença te remete muito a fazer essa ponte com a fé, com a religião, porque a gente precisa se segurar em algo maior, pra que a gente possa continuar. Enfim, são respostas pra mim mesma no meu contato com os pacientes, nas suas indagações sobre a morte, sobre morrer ou viver.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E3. É aquela energia transformação.	É aquela energia transformação. Eu sou uma pessoa religiosa no sentido mais amplo... essa energia que eu... tenho crença, das transformações, das mudanças. Enfim são respostas pra mim mesma no meu contato com os pacientes, nas suas indagações sobre a morte, sobre morrer ou viver.
E4. Significa uma experiência.	Significa uma experiência... um pensar, uma tentativa de ver o paciente, de uma forma que não seja somente a doença.
E6. Eu acho que ela entra mais como uma esperança.	A fé religiosa faz parte de todo o ser humano e é uma das condições da humanidade. No meu trabalho, eu acho que ela entra mais como uma esperança, no sentido de que assim... o que está sendo feito tem um sentido, tem um valor.
E8. Sem a minha fé não teria como trabalhar.	Eu acho que sem a minha fé não teria como trabalhar. Eu acho que faz parte de todo ser humano que ele tenha uma fé, viva com essa fé todos os momentos da vida. Eu acho que no meu trabalho, principalmente trabalhar com a doença

	te remete muito a fazer essa ponte com a fé, com a religião, porque a gente precisa se segurar em algo maior, pra que a gente possa continuar.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
IC.3. Eu não sei como isto acaba influenciando o meu trabalho.	Eu nunca parei pra pensar sobre isso. Eu sei que eu penso em Deus, numa fé. Eu não sei como isto acaba influenciando o meu trabalho. Eu acho que é uma coisa interna em mim, se tem algum significado, é de uma maneira que não é exatamente tipificada.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
IC.7. Eu não sei como isto acaba influenciando o meu trabalho.	Eu nunca parei pra pensar sobre isso exatamente. Eu sei que eu penso em Deus, numa fé. Eu não sei como isto acaba influenciando o meu trabalho, como isto acontece. Eu não sei exatamente. Eu acho que é uma coisa interna em mim, se tem algum significado, é de uma maneira que não é exatamente tipificada.

2. Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco a respeito.	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
A pessoa que tem fé tem muito mais força de vontade para enfrentar a doença.	Eu percebo que há algo fundamental. Eu percebo um sentimento muito grande de desamparo, um sentimento muito grande de insegurança, um medo do que vai acontecer, da dependência, da doença, do precisar do outro. Então, isto dá este sentimento de um total desamparo e falta de uma perspectiva. O que a religião dá pra esse idoso? Dá idéias, as quais ele pode se afirmar e se apoiar. Ele tem um Deus que protege, existe um objetivo na vida dele e existe um futuro, né, e sem o Deus ele não consegue. A fé é muito importante pro paciente, pra ele estar indo a busca da procura de si, estar entendendo a parte como uma etapa

da vida e não como uma quebra na vida. A fé muitas vezes ajuda o paciente a se segurar nessa relação toda e até lidar melhor tanto com a doença quanto até com a família. As pessoas quando tão com câncer aparece mais a fé, parece que ela busca mais a ajuda de Deus. Isso é uma maneira que o paciente tem de se conformar com a doença, de não estar tão revoltado. Isto ajuda na aceitação da doença ou de que ele não consegue explicar, o médico também não consegue explicar, isso não é explicável por nenhum profissional. Então ele busca essa explicação na fé e em Deus. A fé ajuda muito porque ele tem uma esperança, ele olha pra aquilo, é uma maneira dele buscar, é uma ajuda positiva pra ele, né. A questão religiosa está sempre presente em todo o momento, nas respostas, em todas as manifestações. Eu penso que é um dado importante pra gente. A gente pode estar atenta pra ouvir as explicações, né.... O paciente idoso com câncer, a pessoa que tem fé, que expressa algum sentimento religioso tem muito mais força de vontade, porque ela acredita em algo. Esse acreditar em algo é que faz com que a pessoa tenha mais estímulo pra se tratar, pra se cuidar e ir adiante com o tratamento. Muitas vezes contribui no ajustamento, na adesão ao tratamento. Isso ajuda muito e é muito interessante porque ele se apegar na religião dele e aceita melhor esse ciclo da vida. O desapego, a missão, a idade, as doenças que vem com a idade..Eu acho extremamente importante a religião. A gente tenta resgatar isso de alguma forma. A religião é o que ele acredita, são os dogmas dele. Eu vejo como um ponto positivo. Isso independente da crença da pessoa. Eu nunca tento desmistificar ou tirar crença da pessoa ou fé da pessoa naquilo que

	...então é, se ela crê que vai ser curada, então creia nisso e bote fé mesmo. O paciente idoso tem a certeza absoluta que Deus está com ele, que Deus vai ajudá-lo. Ele precisa ter isso com ele, Se Deus criou os médicos, então, é porque eu tenho que me tratar e tenho que ficar boa. Deus pôs a mão no médico pra tratar.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. A pessoa que tem fé tem muito mais força de vontade.	A pessoa que tem fé, tem muito mais força de vontade, porque ela acredita em algo. Esse acreditar em algo é que faz com que a pessoa tenha mais estímulo pra se tratar, pra se cuidar e ir adiante com o tratamento. Isso ajuda muito.
E2. Eu percebo que há algo fundamental e sem o Deus ele não consegue.	Eu percebo que há algo fundamental. Eu percebo um sentimento muito grande de desamparo, um sentimento muito grande de insegurança, um medo do que vai acontecer, da dependência, da doença, do precisar do outro. Então isto dá este sentimento de um total desamparo e falta de uma perspectiva. O que a religião dá pra esse idoso?. Dá idéias, as quais ele pode se afirmar e se apoiar. Ele tem um Deus que protege, existe um objetivo na vida dele e existe um futuro, né, e sem o Deus ele não consegue.
E3. A questão religiosa sempre está presente nas respostas.	A questão religiosa está sempre presente nas respostas, está em todas as manifestações. Eu penso que é um dado importante pra gente. A gente pode estar atenta pra ouvir as explicações, né....
E4. O paciente consegue lidar melhor tanto com a doença quanto até com a família.	Eu acho que o paciente idoso com câncer que pelo menos tem, expressa, algum sentimento religioso, de fé, ele até tem lidado melhor tanto com a doença quanto até com a família. Eu acho que é mais receptivo também ao tratamento. Eles continuam mantendo a vida deles, né.
E5. Extremamente importante à religião porque ele se apegar e aceita melhor esse ciclo da vida.	Eu acho extremamente importante a religião, né, tanto é que sempre a gente tenta resgatar isso de alguma forma. A religião é o que ele acredita, são os dogmas dele. É muito interessante

	porque ele se apega na religião dele e aceita melhor esse ciclo da vida. O desapego, a missão, a idade, as doenças que vem com a idade.
E7. Parece que ela busca mais a ajuda de Deus.	O que eu percebo é que às pessoas quando têm com câncer aparece mais a fé, parece que ela busca mais a ajuda de Deus. Isso é uma maneira que o paciente tem de se conformar com a doença, de não estar tão revoltado. Isto ajuda na aceitação da doença ou de que ele não consegue explicar, o médico também não consegue explicar, isso não é explicável por nenhum profissional. Então ele busca essa explicação na fé e em Deus. A fé ajuda muito porque ele tem uma esperança, ele olha pra aquilo, é uma maneira dele buscar, é uma ajuda positiva pra ele, né. Dá forças pra ele reagir ao tratamento positivamente.
E8. O idoso trás muito consigo isto, a certeza absoluta que Deus está com ele.	O idoso, principalmente, trás muito consigo isto, né, de que ele está fazendo tratamento dele, mas ele tem a certeza absoluta que Deus está com ele, que Deus vai ajudá-lo. Ele precisa ter isso com ele, precisa acreditar que essa força, que essa fé, achar que isso que o faz também a continuar o tratamento. Se Deus criou os médicos, então, é porque eu tenho que me tratar e tenho que ficar boa. Deus pôs a mão no médico pra tratar.
E9. A fé muitas vezes ajuda o paciente a se segurar nessa relação toda.	Eu acho que a fé e aí eu vou falar mais de espiritualidade e não de religião é muito importante pro paciente, pra ele estar indo a busca da procura de si, estar percebendo o que está acontecendo consigo, estar entendendo a parte como uma etapa da vida e não como uma quebra na vida. A fé muitas vezes ajuda o paciente a se segurar nessa relação toda.
E10. A fé muitas vezes contribui no ajustamento e na adesão ao tratamento.	O que eu percebo no dia a dia, que esta fé está presente em todo o momento e que muitas vezes contribui no ajustamento, na adesão ao tratamento. Eu vejo como um ponto positivo. Isso independente da crença da pessoa... Eu nunca tento desmistificar ou tirar crença

	da pessoa ou fé da pessoa naquilo que ...então é, se ela crê que vai ser curada, então creia nisso e bote fé mesmo!
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Há os que se protegem do desespero e há os que têm um esclarecimento mais tranqüilo.	Você encontra pacientes que se mostram muito desesperadas, e aí elas entram numa fé religiosa que acaba meio paralisando todo um mecanismo de pensamento dela. Então, Deus vai curar, mas muito se protegendo do desespero que propriamente tendo uma fé. Nas pacientes que estão mais próximas do óbito e que já tem uma consciência mais desenvolvida sobre qualquer prosseguimento da doença. Elas sabem que Deus vai estar cuidando dela, ela não faz cobranças de que Deus vai cura-la ou vai atenuar o sofrimento, não, ela entra num outro tipo de relação. Deus está olhando por mim, e eu estou tranqüila seja qual o destino que ele me escolheu. Elas fazem um pacto consigo mesmo e tem um esclarecimento mais tranqüilo e mais livre de tudo isso.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E6. Há os que se protegem do desespero que propriamente tendo uma fé e há os que têm um esclarecimento mais tranqüilo.	Você encontra pacientes que se mostram muito desesperadas, e aí elas entram numa fé religiosa que acaba meio paralisando todo um mecanismo de pensamento dela. Então, Deus vai curar, mas muito se protegendo do desespero que propriamente tendo uma fé. Nas pacientes que estão mais próximas do óbito e que já tem uma consciência mais desenvolvida sobre qualquer prosseguimento da doença. Ela sabe que Deus vai estar cuidando dela, ela não faz cobranças de que Deus vai cura-la ou vai atenuar o sofrimento, não, ela entra num outro tipo de relação. Deus está olhando por mim, e eu estou tranqüila seja qual o destino que ele me escolheu. Elas fazem um pacto consigo mesmo e tem um esclarecimento mais tranqüilo e mais livre de tudo isso.
3. O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o	

paciente idoso com câncer?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Uma atividade religiosa seria uma das opções.	Olha, eu recomendaria. Tudo que for bom, eu recomendo o paciente a ta fazendo. A partir do momento que ele tem o diagnóstico, a vida não é mais a mesma. Então, eu acabo sempre querendo saber se a pessoa tem alguma religião, se ela pertence a algum grupo...Eu sempre oriento a procurar esses grupos, não se distanciar, chamá-los, trazer eles pra dentro de sua casa. Isso tem toda aquela participação, movimento de fé, de esperança, de contato com outras pessoas, o carinho, a pessoa não sente só, abandonada, com medo. Até porque tem todo um contexto de socialização, de troca, pra ela poder se inserir na sociedade mesmo, né. Eu acho que ela tem que desenvolver a sua espiritualidade. Aqui na enfermaria eu sou a primeira pessoa a procurar um capelão, um pastor, a comunidade, pra pode estar junto com a pessoa, pra poder rezar junto, porque eu acho que faz sentido. Um paciente com câncer tem que dar um resignificado pra vida dele e uma atividade religiosa, seria uma das opções.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E3. Sim.	Olha, eu não só recomendo...aqui na enfermaria eu sou a primeira pessoa a procurar um capelão, pastor, a comunidade, pra pode estar junto com a pessoa, pra poder rezar junto, porque eu acho que faz sentido.
E6. Uma atividade religiosa seria uma das opções.	Uma atividade religiosa... eu acho que um paciente com câncer tem que dar um resignificado pra vida dele. A partir do momento que ele tem esse diagnóstico, a vida não é mais mesma. Uma atividade religiosa seria uma das opções. Até porque tem todo um contexto de socialização, de troca com outras pessoas, pra ela poder se inseri na sociedade mesmo, né. Eu acho que ela tem que desenvolver a sua espiritualidade

	seja do que jeito que ela entende essa espiritualidade.
E8. Eu recomendaria.	Eu recomendaria. Tudo que for bom pra ele, eu recomendo o paciente tá fazendo.
10. Eu acabo orientando sempre a procurar o seu grupo, não se distanciar.	Eu tenho uma preocupação, porque o paciente de câncer é um paciente que recebe cuidados 24 horas... Então, eu acabo orientando sempre querendo saber se a pessoa tem alguma religião, se ela pertence a algum grupo...Eu sempre oriento a procurar esses grupos, não se distanciar, chamá-los, trazer ele pra dentro de sua casa. Isso tem toda aquela participação, movimento de fé, de esperança, de contato com outras pessoas, o carinho, a pessoa não sente só, abandonada, com medo.
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Depende. Antes de recomendar eu preciso saber no que ele acredita.	Antes de recomendar eu pergunto se o paciente acredita em alguma coisa. Eu procuro resgatar como era antes de ser idoso, de estar doente, o que você fazia? E por que não fazer agora? Eu acho super válido, eu acho bom, acho que precisam ter uma religião, seja ela qual for, mas recomendar não. Eu procuro ver no que ele acredita, como ele acredita e o que é importante pra ele nesse acreditar e como a fé pode estar lhe ajudando a enfrentar toda essa situação. Não tento dar nada que não seja do próprio paciente. Se é um paciente que me fala da sua religiosidade, que já tem as suas ligações, então isto é instrumentalizado, O que eu percebo é que aqueles pacientes idosos que inclusive participam de uma religião, que participam de um grupo, eles não são sozinhos. E com isto além de um Deus, tem gente que o ajuda, tendo as mesmas idéias, participando dos grupos religiosos onde sem sentem úteis, onde fazem obras assistenciais, participam de bazar, que faz o seu crochezinho, que se sentem úteis, se sentem gente. Eu acho que depende da família também, eu acho que tem que respeitar tanto o paciente como a

	família. Se ele demonstrar uma coisa, mesmo assim, a gente pode até não recomendar.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E2. Depende.	Se é um paciente que não tem religião, não! Eu vou procurar outras atividades. Não tento dar nada que não seja do próprio paciente. Se é um paciente que me fala da sua religiosidade, que já tem as suas ligações, então isto é instrumentalizado, reforçado... pra que possa se apegar a isso que já tem. O que eu percebo é que aqueles pacientes idosos que inclusive participam de uma religião, que participam de um grupo, eles não são sozinhos. E com isto além de um Deus, tem gente que o ajuda, tendo as mesmas idéias, participando dos grupos religiosos onde sem sentem úteis, onde fazem obras assistenciais, participam de bazar, que faz o seu crochêzinho, que se sentem úteis, se sentem gente.
E4. Eu acho que tem que ser da parte dele.	Eu acho que tem que ser da parte dele... se ele demonstrar que há uma necessidade. Acho que depende da família também, eu acho que tem que ser também muito respeitado, respeitar tanto o paciente como a família. Se ele demonstrar uma coisa, mesmo assim, a gente pode até não recomendar.
E5. Recomendar não!	Recomendar não! Eu não costumo recomendar. Mas assim, eu procuro resgatar como era antes de ser idoso, de estar doente, o que você fazia? E por que não fazer agora? Eu acho super válido, eu acho bom, acho que precisam ter uma religião, seja ela qual for, mas recomendar não.
E9. Eu antes de recomenda eu pergunto se o paciente acredita em alguma coisa.	Antes de recomendar eu pergunto se o paciente acredita em alguma coisa. Eu procuro ver no que ele acredita, como ele acredita e o que é importante pra ele nesse acreditar. Então eu acho difícil falar, nem recomendaria, mas um procurar, um investigar como é que o paciente traz pra si a questão da fé e como a fé pode estar lhe ajudando a enfrentar toda essa situação.

Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
Não é o meu papel, não faz parte de como trabalho.	Recomendar? Eu não! Porque eu acho que esse não é meu papel, não faz parte de como trabalho, pelo menos por enquanto. Mas se a pessoa vem com essa proposta de estar procurando eu estímulo, porque eu acho que vai fazer bem pra ela, desde que ela queira. Às vezes me espanta muito, a maneira como o paciente vem falar de Deus, de sua fé, e como isso é capaz de deixar aquela pessoa bem, como aquilo apazigua a angústia. Então quando eu vejo isto eu fico feliz! Porque é uma maneira positiva daquela pessoa passar por esse momento da vida.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. Eu não.	Recomendar? Eu não! Porque eu acho que esse não é meu papel. Se a pessoa vem com essa proposta de estar procurando eu estímulo, tem que procurar, porque eu acho que vai fazer bem pra ela, desde que ela queira.
E7. Eu não recomendaria, pelo menos por enquanto.	Eu não recomendaria...porque pelo menos por enquanto, da maneira como eu trabalho, não faz parte de como trabalho, de recomendar isso. Mas às vezes me espanta muito, assim a maneira como o paciente vem falar de Deus, de sua fé, e como isso é capaz de deixar aquela pessoa bem, como aquilo apazigua a angústia. Então quando eu vejo isto eu fico feliz! Porque é uma maneira positiva daquela pessoa passa por esse momento da vida.

Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD3) – Capelão

1. O que significa para o(a) senhor(a) em seu trabalho a sua fé religiosa?	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
A fé é a resposta para todas as circunstâncias.	Indiscutivelmente, como religioso e tendo sido praticamente educado o tempo todo a partir de uma fé cristã, tendo o próprio modelo do evangelho, eu considero este trabalho não apenas o trabalho junto a doentes, mas principalmente o trabalho na pastoral da saúde, na pastoral hospitalar... A fé é a resposta para todas as circunstâncias. É quase que um ditado - difícil com fé, sem fé seria muito mais difícil ainda encontrar as soluções. Eu sempre falo que quem tem fé também tem problemas, mas quem tem fé tem forças para enfrentar, ir à busca de caminhos que levem a respostas positivas na nossa vida. Eu acredito que demonstrar a minha fé, é um estímulo para aqueles que às vezes até têm, mas que está um pouco adormecida. Eu acho que a minha fé me dá força pra que eu possa fazer os outros enfrentarem os seus problemas, me ajuda encarar as minhas dificuldades.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. A fé é a resposta para todas as circunstâncias.	Indiscutivelmente, como religioso e tendo sido praticamente educado o tempo todo a partir de uma fé cristã, tendo o próprio modelo do evangelho, eu considero este trabalho não apenas o trabalho junto a doentes, mas principalmente o trabalho na pastoral da saúde, na pastoral hospitalar... A fé é a resposta para todas as circunstâncias. É quase que um ditado - difícil com fé, sem fé seria muito mais difícil ainda encontrar as soluções. Quando a gente acredita a gente encontra muito mais forças para lutar e para ir a busca de caminhos que nos levem a respostas positivas na nossa vida.
E2. É algo que me impulsiona a fazer com que os outros despertem a fé que	É algo que me impulsiona a fazer com que os outros despertem a fé que está

está meio que adormecida.	meio que adormecida. Eu acredito que demonstrar a minha fé, é um estímulo para aqueles que às vezes até têm, mas que está um pouco adormecida. Eu sempre falo que quem tem fé também tem problemas, mas quem tem fé tem forças para enfrenta-los. Eu acho que a minha fé me dá força pra que eu possa fazer outros enfrentarem os seus problemas. A minha fé é uma coisa importante porque me ajuda encarar as minhas dificuldades.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo - 2
É o fundamento de tudo!	É o fundamento de tudo! Não é? Porque desde que nos propusemos a ministrar sobre esperança, o básico é a fé... Sem a fé seria impossível, né? Então, tem que tomar parte, senão não posso ter autoridade para transmitir alguma coisa a alguém, daquele que eu não conheço, que eu não experimentei. E a minha ação tem que ser reintegradora das condições vitais, naturais da vida humana, não é? Então eu fazendo isso certamente há para mim uma grande satisfação, uma grande alegria de poder ser portador de um trabalho, de um discurso, de sentimentos com os quais eu faço uma troca com eles, não é?
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E3. É o fundamento!	É o fundamento! E a minha ação tem que ser reintegradora das condições vitais, naturais da vida humana, não é? Então eu fazendo isso certamente há para mim uma grande satisfação, uma grande alegria de poder ser portador de um trabalho, de um discurso, de sentimentos com os quais eu faço uma troca com eles, não é?
E4. É o fundamento de tudo.	É o fundamento de tudo, não é? Porque desde que nos propusemos a ministrar sobre esperança, o básico é a fé... Sem a fé seria impossível, né? Então, tem que tomar parte, senão não posso ter autoridade para transmitir alguma coisa a alguém, daquele que eu não conheço, que eu não experimentei.

Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo - 3
Uma das atividades é visitar e ajudar os doentes.	Como parte da minha fé, temos obrigações religiosas e uma das obrigações é visitar os doentes. Agora a minha fé em Deus faz parte disto. Os doentes são aflitos, são ocupados, então é uma obrigação religiosa visitar e ajudar os doentes.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E5. Visitar e ajudar os doentes.	Como parte da minha fé, temos obrigações religiosas e uma das obrigações é visitar os doentes. Agora a minha fé em Deus faz parte disto. Os doentes são aflitos, são ocupados, então é uma obrigação religiosa visitar e ajudar os doentes.

2. Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco a respeito.	
Idéia Central - 1	Discurso do Sujeito Coletivo - 1
A fé religiosa ajuda o paciente a encarar a própria doença, para que possa viver bem.	A fé do idoso é uma fé mais centrada num Deus, numa esperança de vida eterna, uma fé de agradecimento pela vida que teve. Então a resposta da fé o ajuda a encarar a própria doença, para que possa viver bem. Alguém que tem fé consegue olhar para trás, ver a sua caminhada e principalmente no caso de um idoso, encontrar pela fé, ainda muito para agradecer. Ao poder agradecer a Deus, ele também encontra energia, aquele último substrato de energia que o permite continuar lutando pela vida. A resposta a um tratamento de câncer é certamente, muito mais positiva quando o sujeito se coloca pela fé nas mãos de Deus do que em alguém que considera a vida pura e simplesmente do lado material, do lado agnóstico, sem crença nenhuma. O paciente idoso já fez o ciclo normal da vida. Então no fundo, você percebe que a fé o ajuda a viver como se fosse um lucro e até celebrar um pouco a vida. Por

	pior que seja a experiência do idoso ou o sofrimento, ele confia, porque a mensagem é sempre de esperança - de um ano, de um mês, de dois meses, de uma semana, de um dia, alguns minutos, então fé. Eu creio apesar do sofrimento, apesar da dor, apesar da morte eu continuo crendo. Então eu vou esperar, eu vou continuar crendo nesse Deus, apesar de todas as coisas, eu amo esse Deus.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E1. A fé ajuda o paciente a encarar a própria doença, ajuda a viver melhor.	A resposta da fé, ajuda o paciente a encarar a própria doença. Alguém que tem fé consegue olhar para trás, ver a sua caminhada e principalmente no caso de um idoso, encontrar pela fé, ainda muito para agradecer. Ao poder agradecer a Deus, ele também encontra energia, aquele último substrato de energia que o permite continuar lutando pela vida. Então, a resposta a um tratamento de câncer é certamente, muito mais positiva quando o sujeito se coloca pela fé nas mãos de Deus do que em alguém que considera a vida pura e simplesmente do lado material, do lado agnóstico, sem crença nenhuma. A fé ajuda o paciente a viver melhor.
E2. A fé o ajuda a viver bem.	O paciente idoso já fez o ciclo normal da vida. Então no fundo, você percebe que para o idoso a fé ajuda-o a viver como se fosse um lucro. A fé do idoso é uma fé mais centrada num Deus, numa esperança de vida eterna, uma fé de agradecimento pela vida que teve. Então a fé o ajuda para que possa viver bem, rever algumas coisas do passado e até celebrar um pouco a vida.
E4. A mensagem é sempre de esperança.	Por pior que seja a experiência do idoso ou o sofrimento, ele confia, porque a mensagem é sempre de esperança... de um ano, de um mês, de dois meses, de uma semana, de um dia, alguns minutos, então fé. Eu creio apesar de todas as coisas, né... apesar do sofrimento, apesar da dor, apesar da morte eu continuo crendo. Então eu vou esperar, eu vou continuar crendo nesse Deus, apesar de

	todas as coisas, eu amo esse Deus.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Situação cultural e vivência religiosa conservadora.	O paciente idoso nos remete a um tempo bem anterior a esse que nós vivemos, portanto, há uma situação cultural, há uma situação de vivência religiosa que nós basicamente podemos compreender como um contexto conservador. Então há muito desse conservadorismo interferindo na fé, na expectativa desse paciente frente à doença ou frente ao futuro mais global, com características de fatalismo. Eles entendem que essa é à vontade de Deus e que nós nos rendemos à vontade de Deus, quando na verdade não deve ser assim, não é? Devemos ter e fazer com que eles reflexionem a respeito de uma fé que os promovam, não é? Que de a eles as condições de viver esses momentos tristes da vida, apesar dessas dificuldades, até mesmo muito sombrio, mas com esperança, tranquilidade, paz e segurança.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E3. Situação ou um contexto conservador e de fatalismo.	O paciente idoso nos remete a um tempo bem anterior a esse que nós vivemos, portanto, há uma situação cultural, há uma situação de vivência religiosa que nós basicamente podemos compreender como uma situação ou um contexto conservador. Então há muito desse conservadorismo interferindo na fé, na expectativa desse paciente frente à doença ou frente ao futuro mais global dele, com características de fatalismo. Eles entendem que essa é à vontade de Deus e que nós nos rendemos à vontade de Deus, quando na verdade não deve ser assim, não é? Devemos ter e fazer com que eles reflexionem a respeito de uma fé que os promovam, não é? Que de a eles as condições de viver esses momentos tristes da vida, esse tempo de vida, apesar dessas dificuldades, até mesmo muito sombrio, mas com esperança, tranquilidade, paz e

	segurança.
Idéia Central - 3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
As pessoas idosas são mais ou menos reconciliadas com a vida.	Eu me esforço pra dar esperança e comentar que as coisas estão indo bem, a pessoa talvez parece melhor esta semana do que a semana anterior. Muitas vezes dá pra ver, dá pra perceber uma mudança na situação da pessoa de uma semana pra outra, que não dá pra ver essa mudança diariamente. Então se a pessoa não parece muito melhor, eu me esforço pra dar mais força, mais otimismo, mais esperança. As pessoas idosas são mais ou menos reconciliadas com a idéia que já estão na última parte da vida, né, e senão por câncer, então vai ser um infarto ou alguma outra coisa, né?
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E5. As pessoas idosas são mais ou menos reconciliadas com a idéia que já estão na última parte da vida.	Eu me esforço pra dar esperança e comentar que as coisas estão indo bem, a pessoa talvez parece melhor esta semana do que a semana anterior. Muitas vezes dá pra ver, dá pra perceber uma mudança na situação da pessoa de uma semana pra outra, que não dá pra ver essa mudança diariamente. Então se a pessoa não parece muito melhor, eu me esforço pra dar mais força, mais otimismo, mais esperança. As pessoas idosas são mais ou menos reconciliadas com a idéia que já estão na última parte da vida, né, e senão por câncer, então vai ser um infarto ou alguma outra coisa, né?

3. O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o

paciente idoso com câncer?	
Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo -1
Eu recomendaria.	Eu recomendaria. Há muita coisa que se possa fazer com o idoso. O que ele gosta de fazer, o que ele sempre fez? É lendo a Bíblia? Fazendo oração? A leitura dos Salmos é muito bom pra ler como ato religioso. Isso faz muito bem para o paciente, não é? A experiência de fé que ele tem é muito importante pra ele, e é importante até para o pessoal que vem trabalhando, que está ministrando fé.
Idéias Centrais respectivas	Expressões-chave respectivas
E4. Eu recomendaria.	Eu recomendaria. Há muita coisa que se possa fazer com o idoso. O que ele gosta de fazer, o que ele sempre fez? É lendo a Bíblia? Fazendo oração? Isso faz muito bem para o paciente, não é? A experiência de fé que ele tem é muito importante pra ele, e é importante até para o pessoal que vem trabalhando, que está ministrando fé.
E5. A leitura dos Salmos.	Eu acho que a leitura dos Salmos... Se uma pessoa quer fazer alguma coisa religiosa essa é maravilhosa, é muito bom pra ler como ato religioso.
Idéia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo -2
Desde que em condições de vida.	Se o sujeito já tem fé e se está dentro de instituições que me possibilite e se ele tem condições de vida.... de uma certa qualidade boa de vida, a melhor atividade religiosa ainda está na linha da participação nas atividades comunitárias, da oração pessoal, do estudo da palavra de Deus, da leitura da bíblia e principalmente do colocar-se a serviço dos que também estão em condições talvez piores do que ele próprio se julgue estar.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E1. Sim, desde que em condições de vida.	Se o sujeito já tem fé e se está dentro de instituições que me possibilite e se ele tem condições de vida.... de uma certa qualidade boa de vida, a melhor atividade religiosa ainda está na linha da participação nas atividades comunitárias, da oração pessoal, do estudo da palavra

	de Deus, da leitura da bíblia e principalmente do colocar-se a serviço dos que também estão em condições talvez piores do que ele próprio se julgue estar.
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo -3
A partir do momento que ele tenha curado a sua própria ferida.	Seria importante se ele tivesse uma atividade religiosa, a partir do momento que ele tenha curado a sua própria ferida. Isso não significa curar o câncer, né, curar a doença, não necessariamente; quer dizer, uma coisa que você conseguiu vencer, superar, aprender a conviver com o seu problema. Se você não curar a sua “ferida”, vai colocar em contato com a “ferida” de outro... Eu acho que pode virar uma “ferida” ainda maior, né?
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E2. Seria importante a partir do momento que ele tenha curado a sua própria ferida.	Seria importante se ele tivesse uma atividade religiosa, a partir do momento que ele tenha curado a sua própria ferida. Isso não significa curar o câncer, né, curar a doença, não necessariamente; quer dizer, uma coisa que você conseguiu vencer, superar, aprender a conviver com o seu problema. Se você não curar a sua “ferida”, vai colocar em contato com a “ferida” de outro... Eu acho que pode virar uma “ferida” ainda maior, né?
Idéia Central - 4	Discurso do Sujeito Coletivo -4
Depende da experiência com Deus.	O paciente idoso que não teve qualquer relação com a religião torna-se muito difícil. Ele pode até aceitar, agarrando-se a religião não como uma contextualização das necessidades de relação dele com o ser superior que é o senhor Deus, né, mas como uma coisa muito particularizada no sentido de resolver este problema que agora ele está passando. Mas isto é muito vazio! Não pode haver no indivíduo essa situação, esse princípio, essa idéia de barganha, porque a religião não é isso! Agora, alguém que já vem numa fé muita grande, muito crescente, com grandes experiências, torna-se

	extremamente fácil fazer com que essa fé passe a ter uma dominação sobre os sentimentos dele. Isso faz caminhar maravilhosamente bem, né. Agora, o ateu fica muito mais difícil.
Idéia Central respectiva	Expressão-chave respectiva
E3. Depende.	O paciente idoso que não teve qualquer relação com a religião, torna-se muito difícil. Ele pode até aceitar, agarrando-se a religião não como uma contextualização das necessidades de relação dele com o ser superior que é o senhor Deus, né, mas como uma coisa muito particularizada no sentido de resolver este problema que agora ele está passando. Mas isto é muito vazio! Não pode haver no indivíduo essa situação, esse princípio, essa idéia de barganha, porque a religião não é isso! Agora, alguém que já vem numa fé muita grande, muito crescente, com grandes experiências, torna-se extremamente fácil fazer com que essa fé passe a ter uma dominação sobre os sentimentos dele. Isso faz caminhar maravilhosamente bem, né. Agora, o ateu fica muito mais difícil.

ANEXO 2

Roteiro de entrevista semi-estruturada (Pacientes)

1. Sexo
2. Idade
3. Escolaridade
4. Estado civil
5. Com quem mora?
6. O que o(a) senhor(a) acha dos tratamentos médicos contra a sua doença?
7. O (A) senhor (a) já participou ou participa de alguma atividade religiosa?
8. Qual o significado da fé religiosa para o(a) senhor(a)?
9. Como era a fé religiosa do(a) senhor(a) antes de ter a doença? E como é agora?
11. A fé religiosa ajuda a enfrentar a doença?
12. O que tem mudado em sua vida desde o momento que soube que estava doente?
13. Na sua opinião a religião pode ajudar a medicina no tratamento do câncer?
14. O(a) senhor(a) já recorreu a outro tipo de tratamento para a sua doença?

ANEXO 3

Roteiro de entrevista semi-estruturada (Profissionais)

1.   **sexo**
2.   **Idade**
3.   **Estado civil**
4.   **Formação**
5.   **Possui algum curso de pós-graduação?**
6.   **O que significa para o(a) senhor em seu trabalho a sua fé religiosa?**
7.   **Fé religiosa do(a) paciente idoso(a) e tratamento de câncer. Eu gostaria que o senhor falasse um pouco a respeito.**
8.   **O(a) senhor(a) recomendaria alguma atividade religiosa para o paciente idoso com câncer?**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
Departamento de Prática de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefone (011) 3066-7743 - Fax (011) 883-3501

ANEXO 4 - Termo de Consentimento (Profissionais)

Prezado (a) Senhor(a):

Nós estamos realizando uma pesquisa pela FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO sobre **“o significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e percepção dos profissionais de saúde”**. Um dos objetivos é identificar o significado atribuído pelos profissionais de saúde a fé religiosa no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer.

Nós queremos deixar bastante claro que as informações fornecidas pelo(a) senhor(a) não afetarão em nada a sua relação com o paciente, quanto ao seguimento do tratamento quimioterápico, radioterápico ou por outros agentes químicos, ou de cirurgia ou de novos exames, ou para a aquisição de medicamentos, ou de outro procedimento necessário.

As respostas fornecidas pelo senhor(a) a esta entrevista somente serão utilizadas para esta pesquisa. O senhor(a) não será identificado em nenhum documento de divulgação, ficando portanto, as suas respostas em total anonimato e absoluto sigilo.

Caso o(a) senhor(a) não deseje participar desta pesquisa, queremos informar que não haverá prejuízo algum para o senhor(a).

Por último, gostaríamos de saber se o(a) senhor(a) concorda em participar desta pesquisa?

.....

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
Departamento de Prática de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefone (011) 3066-7743 - Fax (011) 883-3501

ANEXO 5 - Termo de Responsabilidade do Pesquisador

Prezado (a) Senhor(a):

Nós estamos realizando uma pesquisa pela FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, e que solicitamos a sua participação e colaboração respondendo algumas perguntas do pesquisador, sobre o significado do tratamento médico e da fé religiosa em relação a sua doença.

Nós queremos deixar bastante claro que as informações fornecidas pelo(a) senhor(a) não afetarão em nada a sua relação com o serviço de saúde, ou seja, com o médico, com o psicólogo, com o enfermeiro, ou outro profissional, ou para a continuidade das consultas, ou para a realização do tratamento quimioterápico, radioterápico, ou para cirurgia, ou para novos exames, ou para a aquisição de medicamentos, ou para qualquer outro tipo de tratamento.

Queremos também esclarecer que a sua crença religiosa será totalmente respeitada e que o (a) senhor(a) pode falar com total liberdade.

As respostas dadas pelo(a) senhor(a) a esta entrevista somente serão utilizadas para esta pesquisa e serão guardadas em segredo profissional. O(A) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum documento, ficando portanto, as suas respostas em total anonimato e absoluto sigilo.

Caso o(a) senhor(a) não deseje participar desta pesquisa, queremos informar que não haverá prejuízo algum para o senhor(a), como por exemplo, na continuidade do tratamento quimioterápico ou radioterápico, ou de cirurgia ou do fornecimento de medicamentos, ou na realização de novos exames, ou na forma do atendimento pelo serviço de saúde ao qual o(a) senhor(a) utiliza.

Agradecemos sua cooperação.

Atenciosamente,

Jorge Juarez Vieira Teixeira - Pesquisador - FSP/USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
Departamento de Prática de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefone (011) 3066-7743 - Fax (011) 883-3501

ANEXO 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, fui esclarecido(a) pelo pesquisador Jorge Juarez Vieira Teixeira que esta pesquisa faz parte de um estudo que busca entender qual o significado do tratamento médico e da fé religiosa para o paciente idoso. Este estudo está sendo desenvolvido no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira".

Eu também estou esclarecido(a) que as informações por mim fornecidas não afetarão em nada minha relação com o serviço de saúde, ou seja, com o médico, com o psicólogo, com o enfermeiro, ou outro profissional, ou para a continuidade das consultas, realização do tratamento quimioterápico, radioterápico, cirurgia, novos exames, aquisição de medicamentos, ou para qualquer outro tipo de tratamento.

Estou ciente que as respostas dadas por mim a esta entrevista somente serão utilizadas para esta pesquisa e serão guardadas em segredo profissional. Eu não serei identificado em nenhum documento, ficando minhas respostas em total anonimato e absoluto sigilo.

Finalmente, estou ciente que tenho total liberdade de aceitar ou não participar deste estudo e que poderei interromper a entrevista a qualquer momento, se assim desejar, sem nenhum prejuízo para a continuidade do meu tratamento.

Assinatura do(a) paciente

Data: ____/____/____

ANEXO 7

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/123/98

16 de dezembro de 1998.

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aprovou**, em sua 10.ª/98 Sessão Ordinária, realizada em 14.12.98, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "O SIGNIFICADO DA INTERVENÇÃO MÉDICA E DA FÉ RELIGIOSA PARA O PACIENTE DA TERCEIRA IDADE COM CÂNCER: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE", apresentado pelo pesquisador Jorge Juarez Vicira Teixeira,

Considera que o pesquisador deva atender os requisitos proposto pelo relator.

Atenciosamente,

Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

ANEXO 8

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
Av. Ibirapuera, 981 - C.P. 8570 - CEP 04029-000 - Telefone: 5088-8000 - São Paulo

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL - "FRANCISCO
MORATO DE OLIVEIRA" - CEP - HSPE

Este Comitê de Ética em Pesquisa Aprova o Protocolo sob o nº de entrada 005/01, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ref: Significado da Intervenção Médica e da Fé Religiosa para o Paciente Idoso com Câncer e Percepção dos Profissionais de Saúde.

Investigadores: Dr. Jorge Juarez Vieira Teixeira
Orientador: Profº. Dr. Fernando Lefèvre
Serviço: Assistência Domiciliar

São Paulo, aos 08 de março de 2.001.

Assinatura manuscrita de Dr. Marcelo Feijó de Mello.

Dr. Marcelo Feijó de Mello
Presidente do Comitê de
Ética em Pesquisa HSPE/FMO