



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**LIZIA VICHARA BARCELLOS**

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ESPIRITUALIDADE:  
A PERCEPÇÃO DE PACINETES ONCOLÓGICOS**

**Palhoça**  
**2008**

**LIZIA VICHARA BARCELLOS**

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ESPIRITUALIDADE:  
A PERCEPÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Psicóloga.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ana Maria Pereira Lopes

Palhoça  
2008

**LIZIA VICHARA BARCELLOS**

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ESPIRITUALIDADE:  
A PERCEPÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Este trabalho de conclusão de curso foi julgado adequado à obtenção do título de Psicólogo e aprovado em sua forma final pelo curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Profa. e Orientadora Ana Maria Pereira Lopes, Msc.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Profa. Msc. Ana Maria da Luz  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Profa. Msc. Simone Karman  
Universidade do Sul de Santa Catarina

## AGRADECIMENTOS

Ao pensar em dedicar um ano da minha vida na busca de respostas científicas para perguntas que se formavam dentro de mim, não achei que tantos sentimentos pudessem me habitar! Ao longo de todo esse tempo, pude compreender que as respostas mais valiosas pairam em nossas vidas. Vidas que se encontram e que, por motivos que eu não sei dizer quais são, trilham juntas um caminho de descobertas, de transformações, de aprendizagem.

Assim foi quando a minha vida cruzou com a dos meus pais e, foi assim também, quando a minha vida foi cruzada pela do meu filho. E nesses encontros o que há de mais bonito são as possibilidades que se formam diante de nós. Possibilidades que fizeram meu coração bater, ao perceber o quanto de potencialidade há em nós, seres humanos.

O prazer que sinto, ao finalizar esta trajetória, compartilho com todos aqueles que me mostraram que todos somos únicos, mas que estamos juntos. Compartilho minha paixão pelas pessoas com todos aqueles que despertam em mim essa paixão, essa vontade de mergulhar na humanidade, de mergulhar na vida e nela me encontrar!

Obrigada!

Mas será tão forte assim o nosso algoz?  
Pode alguém subtrair nossa esperança?  
Só se não soubermos nem quem somos nós  
Nem de onde brotam os sonhos de criança

Augusto Cacá

## RESUMO

O câncer é uma doença que pode gerar muito sofrimento e alterações na vida de uma pessoa. Por essa razão, este adoecimento pode ser considerado como uma situação de estresse para este paciente. Como consequência disso, a pessoa pode utilizar-se de estratégias de enfrentamento na tentativa de diminuir seu sofrimento. Esta pesquisa buscou compreender a percepção de pacientes oncológicos em relação à espiritualidade como uma dessas estratégias de enfrentamento utilizadas na busca de minimizar o estresse gerado pelo adoecimento. Para tanto, utilizou-se como base teórica autores como Angerami-Camon, LeShan, Gimenes, Bandeira e Panzini, entre outros. Diante disso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com três pacientes em tratamento oncológico, com o objetivo de compreender o processo de adoecimento e hospitalização vivenciado por essas pessoas e a forma de lidar com as consequências deste mesmo processo. A partir do relato desses pacientes foi possível chegar às seguintes categorias de análise: Percepção em relação ao recebimento do diagnóstico; Percepção em relação à doença; Percepção em relação ao aparecimento da doença; Percepção em relação ao histórico de adoecimento e hospitalização; Percepção em relação ao tratamento; Percepção em relação à possibilidade de recuperação; Percepção em relação ao prognóstico; Percepção em relação à possibilidade de desospitalização e Percepção em relação à espiritualidade na hospitalização e adoecimento. Através das entrevistas, pôde-se perceber que para estes pacientes o processo de adoecimento envolve sofrimento, sentimentos de perda da saúde, de medo, de culpa e deterioração do corpo. No entanto, a partir da fala dessas pessoas pôde-se perceber, ainda, que as mesmas recorrem à espiritualidade com o intuito de amenizar seu sofrimento encontrando, nessa estratégia de enfrentamento, significado para suas vidas e sua doença, bem como aumentando sua motivação para o tratamento e aceitação do seu estado de adoecimento. Sendo assim, pode-se dizer que todos os fatores envolvidos no processo do adoecimento pelo câncer são considerados como fatores estressores, por essas pessoas. Porém, percebem a espiritualidade como algo que diminui seu sofrimento, gerando, dessa forma, expectativas pela retomada da saúde e volta para casa, bem como esquecimento de seu sofrimento.

Palavras-chave: Câncer; Espiritualidade; Estratégias de Enfrentamento; Hospitalização.

## **LISITA DE SIGLAS**

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1 PROBLEMÁTICA .....	8
1.2 OBJETIVOS .....	11
1.2.1 Objetivo Geral .....	11
1.2.2 Objetivos Específicos.....	11
1.3 JUSTIFICATIVA .....	11
<b>2 MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.1 Histórico sobre o conceito de saúde .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.2 Psicologia da Saúde e seu Desenvolvimento.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.1.3 A Psicologia da Saúde no contexto hospitalar .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.2 CÂNCER E PSICONCOLOGIA .....	21
2.3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ESPIRITUALIDADE .....	24
2.4 PERCEPCAO.....	28
<b>3 MÉTODO</b> .....	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	31
3.2 PARTICIPANTES. ....	32
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS.....	33
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE.....	34
3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS .....	34
3.6 PROCEDIMENTOS.....	34
3.6.1 Seleção dos participantes .....	35
3.6.2 Contato com os participantes.....	35
3.6.3 Coleta e registro de dados.....	36
3.6.4 Organização, tratamento e análise de dados.....	36
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS</b> .....	37
4.1 O PROCESSO DE ADOECIMENTO E SEUS ASPECTOS.....	38
4.2 ESPIRITUALIDADE E ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO.....	64
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>75</b>
<b>REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	79
<b>APÊNDICE</b> .....	81
APÊNDICE A.....	82
<b>ANEXO</b> .....	83
ANEXO A.....	84
ANEXO B.....	86

## 1 INTRODUÇÃO

A seguinte pesquisa faz parte de um projeto do curso de Psicologia da UNISUL, que tem por característica relacionar o campo em que o aluno realiza seu Estágio de Formação ao seu Trabalho de Conclusão de Curso. Esse projeto pretende unir a prática ao processo de produção de conhecimento científico, realizado durante o desenvolvimento da pesquisa. Sendo assim, o tema deste projeto de TCC aborda Espiritualidade e Câncer, sob a perspectiva da Psicologia Hospitalar e das teorias que estudam as estratégias de enfrentamento utilizadas como recursos de minimização do sofrimento decorrente de situações estressoras, como adoecimento e hospitalização.

O referente Estágio de Formação efetuado durante a nona e décima fase, está incluso no Núcleo Orientado da Saúde, desenvolvido a partir da oitava fase do Curso de Graduação em Psicologia da UNISUL. Entretanto, este estágio consiste em uma subdivisão do núcleo orientado, caracterizando-se por Núcleo Orientado da Saúde em Psicologia Hospitalar. Este núcleo objetiva aprofundar os conhecimentos dos alunos sobre o campo de atuação da Psicologia da Saúde no contexto hospitalar concomitantemente com a preparação dos mesmos, através do estágio, para a prática da profissão.

Dessa forma a pesquisa realizada buscou a produção de conhecimento científico no que diz respeito a temas como o conceito de saúde, o processo de hospitalização e adoecimento, câncer, recursos de enfrentamento e espiritualidade. A pesquisadora parte de estudos e autores em destaque como Kahhale (2003), Ramos (1994), Angerami – Camon (2002, 2003, 2004), Gimenes (2003), entre outros que vêm abrindo novos horizontes dentro do saber sobre saúde e na ciência, como um todo.

### 1.2 PROBLEMÁTICA

A partir do fim do Século XIX, com o surgimento do microscópio e a descoberta dos microorganismos, inicia-se o desenvolvimento do modelo biomédico de saúde. Este modelo via o homem como um ser separado em duas grandes partes: o corpo e a mente. Desta forma, segundo afirma Ramos (1994, apud NEME & RODRIGUES, 2003) acreditava-se que

as doenças estavam ligadas apenas ao corpo, não tendo relação alguma com questões psíquicas do sujeito.

Com o avanço da tecnologia, a ciência pôde conter o número de doenças infecciosas e passou a se preocupar com o aumento de doenças crônicas. Esse fato abriu espaço para uma retomada da compreensão de fatores psicológicos e sociais no surgimento de doenças (NEME & RODRIGUES, 2003). O novo paradigma ganhou força em meados do Século XX e a concepção de saúde passa da vigência do modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. O surgimento da Psicologia da Saúde é relativo a esse contexto. Sendo assim, essa área do conhecimento volta-se para um olhar mais holístico de ser humano, e passa a compreendê-lo como ser formado multifatorialmente por questões físicas, econômicas, sociais e emocionais. Para Kahhale (2003), a Psicologia da Saúde propõe uma visão de homem como ser integral e passa a compreender a saúde como o equilíbrio entre todos os aspectos que o compõe como sujeito.

Caminhando nesse sentido, é visível, no fim do Século XX e entrada do Século XXI, o crescimento do interesse por parte de profissionais de diversas áreas também em relação aos estudos sobre espiritualidade e suas conseqüências na vida das pessoas. Este fato é facilmente percebido através de artigos, como de autores como Bandeira e Panzini (2007), Calvetti, Muller e Nunes (2007), livros como Angerami-Camon (2002), além de ser abordado, às vezes, em documentários e reportagens de televisão. Um assunto que antes era considerado como parte, apenas, de ordem religiosa, agora se espalha por entre variados saberes científicos, principalmente entre aqueles voltados à saúde, como Psicologia e Medicina. Com isso, Vasconcellos afirma, inclusive, que o modelo biopsicossocial vem sofrendo uma transformação em seu conceito e, dessa forma, começa a abranger mais dois aspectos que, para ele, compõem a dimensão do ser humano, e assim passa para o conceito biopsicossocioespiritual-ecológico.

A partir da leitura de diversos autores da área da saúde que estudam a relação entre a espiritualidade e a saúde, como Bandeira e Panzini (2007), Calvetti, Muller e Nunes (2007), Peres, Arantes, Lessa e Caous, (2007) entre outros, percebe-se que ao falar em espiritualidade, geralmente, refere-se a questões como crença, fé e religião. Isso se torna notório através dos textos apresentados por esses autores, já que em alguns momentos utilizam-se palavras como fé, crença e/ou religião, e em outros se utiliza a palavra espiritualidade para se referir ao mesmo tema. Outros autores, no entanto, como Vasconcellos (2000) e Angerami-Camon (2002), abordam a questão da espiritualidade como algo mais abrangente, independente destes conceitos citados anteriormente.

Com o aumento de doenças crônicas e a ciência voltando-se para o estudo do surgimento, tratamento e cura das mesmas, tem-se focado o câncer, desde o século XX, como uma das maiores preocupações em saúde na atualidade. A doença ganhou importância e áreas do conhecimento científico, voltados para a saúde, passaram a se debruçar sobre um estudo aprofundado da mesma, com o objetivo de descobrir suas causas e as possibilidades de tratamento e cura.

O câncer é, ainda no século XXI, uma doença que carrega consigo muitos estigmas, medos e fantasias. Isso ocorre pelo fato de há alguns anos não se ter disponível tratamentos tão eficazes quanto os encontrados no início deste século, o que traz a idéia de um quadro irreversível, finalizado pela morte (CARVALHO, 2003). Todos esses aspectos fazem com que o paciente recorra a estratégias de enfrentamento na intenção de minimizar o seu sofrimento gerado pela doença. Dentre estas estratégias, encontra-se, comumente, a recorrência à espiritualidade. Esta pode ser considerada como um tipo de estratégia de enfrentamento no sentido de que pode promover aumento do propósito de vida e de significados para acontecimentos importantes ocorrentes na vida das pessoas, como adoecimento e morte, segundo Calvetti, Muller e Nunes (2007), Peres, Arantes, Lessa e Caous, (2007).

Carvalho (2003) afirma que o sofrimento diante do diagnóstico e do processo de tratamento oncológico faz surgir a necessidade do estudo da Psicologia em relação aos pacientes com câncer e seus familiares. Ou seja, a Psicologia dirige seu olhar para essas pessoas com a intenção de trabalhar a minimização do sofrimento e a promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares. Levando-se em consideração o fato de que, cada paciente percebe o seu processo de adoecimento de forma única, assim como afirma Carvalho (2003), através de sua subjetividade, pode-se pensar na importância de pesquisas voltadas à percepção dos pacientes oncológicos em relação à espiritualidade, com o objetivo de se compreender de que forma esta se manifesta em cada sujeito, através de sua subjetividade e realidade vivenciada.

Dentro dessas novas perspectivas surge o interesse de se dedicar a uma pesquisa científica que responda “Qual a percepção de pacientes oncológicos sobre espiritualidade como estratégia de enfrentamento no seu processo de tratamento?” unindo, dessa forma, o conhecimento da Psicologia da Saúde ao novo campo de estudos sobre espiritualidade, saúde e cuidado.

### 1.3 OBJETIVOS

### **1.3.1 Objetivo geral**

Caracterizar a percepção de pacientes oncológicos sobre a espiritualidade como estratégia de enfrentamento no seu processo de tratamento.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Identificar o significado da espiritualidade para os pacientes oncológicos;

Verificar a presença ou ausência da espiritualidade como estratégia de enfrentamento durante o tratamento oncológico;

Descrever de que forma os pacientes em tratamento oncológico utilizam a espiritualidade como estratégia de enfrentamento, nos casos em que este fenômeno está presente.

## **1.3- JUSTIFICATIVA**

Em meados do século XX, ocorre uma mudança de paradigma no conceito de saúde e o modo de lidar com a mesma, passando de uma concepção biomédica para uma visão biopsicossocial. Essa ocorrência demonstra que o modo de entender o ser humano sofreu uma transformação, partindo de uma idéia de ser dual, dividido em corpo e mente, para uma idéia de ser uno, constituído integralmente por questões físicas, econômicas, sociais e emocionais (RAMOS, 1994, apud, NEME & RODRIGUES, 2003).

Tais acontecimentos trouxeram para a Psicologia, bem como para outras áreas do conhecimento em saúde, um novo horizonte que abriu portas para estudos e pesquisas que pudessem compreender o homem em sua totalidade e o processo saúde/doença advindo de aspectos práticos e psicológicos de sua vida cotidiana (KAHHALE, 2003). Esses estudos, então, partem da compreensão biopsicossocial de ser humano.

Dentro desse contexto, surge a Psiconcologia, uma abordagem que une conhecimentos da Psicologia e da Oncologia com o objetivo de cuidar da qualidade de vida de pessoas com câncer. Essa disciplina, então, preocupa-se com os aspectos psicossociais envolvidos no surgimento, desenvolvimento e tratamento da doença (CARVALHO, 2003). O surgimento da Psiconcologia vem sendo de extrema importância para o estudo acerca de fatores que propiciem a minimização do sofrimento de pacientes oncológicos.

Nesse sentido, as estratégias de enfrentamento, também chamado de *coping*, tem como objetivo a minimização do sofrimento diante de situações que representam riscos para a integridade física e/ou emocional do sujeito e consiste nos recursos e estratégias deste sujeito para lidar com tal situação (LAZARUS & FOLKMAN, 1980; apud PANZINI & BANDEIRA, 2007). Por essa razão, se faz necessário, entre profissionais de saúde, a compreensão destas estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes hospitalizados. Essa compreensão auxilia no estabelecimento de vínculo entre paciente e equipe de saúde, tornando a relação entre ambos e o processo de tratamento mais humanizado, bem como auxilia a equipe médica a pensar em meios de intervenção junto a esses pacientes.

Com o aumento dos casos de pessoas com câncer, percebe-se a necessidade de desenvolver novos trabalhos que sejam produtores de conhecimento científico no que diz respeito ao tratamento da doença e aos recursos de enfrentamento utilizados por pessoas em processo de hospitalização e doença. Esse conhecimento, por sua vez, deve ter o objetivo de dar subsídios para a prática profissional e, ainda, fornecer bases teóricas para futuras pesquisas. No entanto, faz-se necessário, segundo Vasconcellos (2000), ampliar os conhecimentos sobre o envolvimento de fatores biopsicossociais no processo de saúde e adoecimento, para uma visão mais abrangente, que contemple o homem como ser biopsicossocioespiritual-ecológico.

Bandeira & Panzini (2007), afirmam que, entre os recursos de enfrentamento utilizados por pacientes com câncer, encontra-se crença religiosa/espiritual como forma ativa de enfrentamento no processo de tratamento da doença. Sendo assim, percebe-se a importância deste estudo relacionado a pacientes oncológicos e a percepção que estes têm sobre espiritualidade utilizada como coping durante sua hospitalização. Segundo Grudtner (1996 apud NEME & RODRIGUES, 2003), em antigos modelos de atenção à saúde, entendia-se o aspecto espiritual do paciente como parte integrante do seu tratamento contra a doença e, por essa razão, propõe a volta dessa compreensão em práticas de saúde da atualidade.

Esta pesquisa aborda, então, a espiritualidade como estratégia de enfrentamento durante a hospitalização de pacientes oncológicos através dos artigos encontrados sobre o tema como, Bandeira & Panzini (2007), Calvetti, Muller e Nunes (2007), Peres, Arantes, Lessa e Caous, (2007). Dessa forma caminha-se na direção do novo paradigma de saúde que comporta uma visão holística de ser humano. Portanto, de acordo com Neme (1999, apud NEME & RODRIGUES, 2003), para auxiliar o paciente de forma integral, é preciso que a equipe de saúde conheça e compreenda as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes durante o recebimento do diagnóstico, tratamento e hospitalização. Esta compreensão integral do paciente promove a humanização de todo o processo de adoecimento, auxiliando no bem estar deste sujeito.

O Serviço de Psicologia no hospital tem como objetivo minimizar o sofrimento de pacientes e familiares durante o processo de doença e hospitalização e auxiliar no bem estar emocional e qualidade de vida dos mesmos. Com esse intuito a Psiconcologia se propõe a elaborar um conjunto sistematizado de conhecimentos na área da saúde que apóiem o cuidado com pacientes oncológicos por parte do Serviço de Psicologia e de toda a equipe de saúde (CARVALHO, 2003). O aprofundamento da compreensão da espiritualidade como sendo, segundo Angerami-Camon (2002), inerente à dimensão humana e sua relação com a saúde é imprescindível para a caminhada de uma Psicologia como ciência aberta, disposta a compreender o ser humano de forma cada vez melhor e mais completa.

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE**

#### **2.1.1 Histórico sobre o conceito de Saúde**

“Mudar é pôr em risco as nossas certezas. É sair do território conhecido para aventurar-se por novos e desconhecidos caminhos. É transformar a realidade. Ao levantar interrogações e dúvidas, rompemos a coerência do óbvio para criar novas perspectivas e dinâmicas. Não obstante as descobertas científicas extraordinárias mudarem constantemente nossos conhecimentos, o ser humano demonstra ter uma forte tendência para buscar subsídios e argumentos que corroborem seus já estabilizados conceitos e preceitos. Isso nos empobrece sobremaneira. É necessário mudar da comodidade para a curiosidade. Só ela nos abre a possibilidade de

conhecer novos mundos, realidades, idéias, verdades. Toda verdade é efêmera, daí então a necessidade de estarmos abertos a mudanças.” (VASCONCELLOS, 2000, p.23)

Inevitavelmente, o conceito de saúde perpassa pelo conceito de doença, já que por muito tempo se compreendeu uma como sendo ausência da outra (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003). Esse conceito, no entanto, foi sofrendo modificações ao longo do tempo pelo fato de ser construído pela coletividade, estar diretamente ligado com cada época da história e ser influenciado por ideologias à cada época. Estas, por sua vez, contemplam uma visão específica de homem, de sociedade e de organização econômica e política de cada uma dessas sociedades. Sendo assim, pode-se caracterizar os conceitos de saúde desde a Antiguidade até a sociedade contemporânea.

Segundo Neme & Rodrigues (2003), na Antiguidade, o homem era visto como uma unidade formada por corpo-mente-espírito e a quebra ou desequilíbrio dessa unidade tinha como consequência a doença. Com o passar do tempo essa concepção foi mudando de acordo com as crenças vigentes de cada época.

Sendo assim, na Idade Média, a doença tinha enfoque de castigo por algum pecado cometido pelo sujeito. Essa idéia estava sustentada pelos dogmas da Igreja, e, segundo esses dogmas, as pessoas deveriam ter comportamento de resignação frente ao adoecimento. Portanto, conforme Gimenes (2003), a Igreja era a nova responsável pelas práticas de cura das doenças. Ou seja, o sujeito carregava o sentimento de culpa devido a sua moléstia e, como deveria conformar-se com a situação e esperar pela intervenção da Igreja, estava isento da responsabilidade por sua cura.

Já na Idade Moderna ocorre a Revolução Industrial e, juntamente com ela, surgem problemas sociais que dão origem a epidemias e moléstias, causando o adoecimento da população. Por conta desse crescimento nos casos de doenças agudas, ocorre a descoberta do microscópio e os microorganismos passam a ser responsabilizados pelas moléstias (GIMENES, 2003) Assim, passa-se a acreditar que a causa das doenças estava localizada apenas no corpo, e desenvolve-se o campo das cirurgias com as técnicas de anestesia e anti-sepsia. Esses avanços na Medicina contribuem para o surgimento e fortalecimento do modelo biomédico de saúde.

Kujawa, Both & Brutscher (2003), compreendem que, sendo assim, no século XIX, as práticas médicas e ciências humanas dividem o homem em corpo e mente e têm como objetivo a cura de doenças em busca da saúde. Por isso, as práticas da medicina visam o corpo, ou seja, seu foco é a cura orgânica. É nessa esteira que as primeiras políticas de saúde

priorizavam as ações medicamentosas, dando ênfase a responsabilidade individual dos sujeitos sobre seu corpo, sua saúde e a cura de suas doenças.

No entanto, nesse período, já estava claro que a doença era causada por vários fatores do sistema capitalista emergente, como a exploração no trabalho, as más condições de moradia, o processo de urbanização sem planejamento, entre outros. Isso comprovava que a responsabilidade da saúde era social, e não apenas individual, como se acreditou por muito tempo. Kujawa, Both & Brutscher (2003) afirmam que, com isso, já em 1902 no México, em uma reunião de saúde pública, começou a se debater a saúde dentro da perspectiva dos direitos humanos, e como resultado criou-se a organização Pan-Americana de Saúde.

Ainda segundo Kujawa, Both & Brutscher (2003), todas essas transformações ocorreram por meio de grandes lutas sociais com o objetivo de assegurar aos trabalhadores e aos cidadãos amparo social e governamental na área da saúde. Dessa forma, aos poucos, a visão sobre saúde e doença foi avançando para uma compreensão mais ampla de integralidade do ser humano, passando a enxergá-lo como ser constituído de aspectos sociais, econômicos, físicos e psíquicos.

Em 1947 então, é criada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o compromisso de resolver os problemas de saúde causados pela II Guerra Mundial. A OMS tem o objetivo de fazer com que todos os povos alcancem o maior nível de saúde possível. Para isso, dentre seus compromissos estão o dever de dar assistência aos governos para fortalecer serviços de saúde; promover a melhora de moradia, nutrição, saneamento e aspectos de higiene ambiental e auxiliar no desenvolvimento de uma opinião pública bem informada sobre assuntos de saúde e direitos à saúde. Nesse período, a OMS já descarta a idéia de saúde como ausência de doença e afirma o conceito de saúde como bem estar físico, social e mental do sujeito ( KIJAWA, BOTH & BRUTSCHER, 2003).

## **2.1.2- Psicologia da Saúde e seu Desenvolvimento**

Gimenes (2003) afirma que, apesar do modelo biomédico de saúde ter sido fundamental na área médica durante muitos anos, com a mudança nos processos e tipologia das doenças vigentes no século XX e início do século XXI, esse modelo, exclusivamente,

passou a não dar mais conta de prevenir e curar doenças crônicas como o câncer, por exemplo. Por essa razão, ocorre um processo de transformação no modelo de saúde, passando do biomédico para o biopsicossocial.

Ainda segundo Gimenes (2003), o modelo biopsicossocial começa a surgir na tentativa de explicar aspectos novos que aparecem em relação a comportamentos diferenciados de pessoas diante dos cuidados com sua saúde, como por exemplo, prevenção de doenças, busca por diagnósticos médicos precoces e a disposição para o tratamento de possíveis doenças. Assim, fazia-se necessário um modelo médico que desse conta de explicar esses comportamentos ligados a questões psicológicas e sociais. Esse modelo é o biopsicossocial.

Conforme Spink (1992), os aspectos psicológicos relacionados ao processo saúde/doença, são discutidos e estudados há muitos anos pela Psicologia dentro da área de saúde mental. Gimenes (2003) concorda com essa idéia quando afirma que a Psicologia se introduziu no campo da saúde no início do século XX, através dos estudos de Freud sobre histeria de conversão, nos quais o autor associa fatores biológicos a fatores psicológicos. Portanto, percebe-se que a Psicologia sempre esteve ligada a pesquisas no campo da saúde.

No entanto, Spink (1992) alerta que o próprio campo da saúde vem avançando tanto prática, quanto teoricamente. Esse fato tem impulsionado a psicologia a se espalhar por diversos campos de saber, estudo e prática. Por essa razão Camon (2004, p.14) afirma que “A psicologia caminha a passos céleres para ocupar seu lugar de destaque na construção de uma ciência que decididamente possa entender a condição humana de modo mais abrangente e que também esteja livre para abrir-se a novas perspectivas de desdobramento e desenvolvimento”.

Segundo Kahhale (2003) segue, dessa forma, o desenvolvimento da Psicologia da Saúde, que iniciou sua inserção na rede básica de saúde na década de 70, quando as políticas públicas de saúde e o papel do Estado diante deste tema estavam sendo discutidos no Brasil. Gimenes (2003) contribui destacando que no ano de 1978 foi lançado pela Associação Americana de Psicologia a Divisão de Psicologia da Saúde e o Jornal de Psicologia da Saúde, quatro anos depois. O que se percebe, então, é que, apesar da Psicologia, enquanto campo de conhecimento, estar presente em estudos referentes à saúde desde o início do século XX, ela é uma área recente em termos de prática e apenas na década de 1970 ela passou a ganhar destaque como área de atuação e consolidou-se o campo da Psicologia da Saúde como novo campo de saber e prática.

Kahhale (2003) afirma que, nesse mesmo período, a própria Psicologia passa por transformações e começa a surgir a Psicologia Social Comunitária. Portanto, é necessário

trabalhar o homem em sua coletividade, ou seja, lançar um olhar mais amplo sobre ele e vê-lo como ser social. Em decorrência dessas mudanças, Spink (1992) afirma que a Psicologia se depara com um novo campo de saber. Este por sua vez, apresenta novidades práticas que precisam ser estudadas e explicadas, gerando a necessidade de novas perspectivas teóricas.

Angerami-Camon (2004), por exemplo, aponta para a importância e emergência do desenvolvimento de uma Psicologia da Saúde voltada para a realidade brasileira. Ou seja, uma Psicologia da Saúde que se debruce sobre as demandas e sofrimentos apresentados pelo povo brasileiro advindos de sua realidade especificamente. A partir desse conhecimento, pode-se afirmar que a Psicologia da Saúde vem sendo compreendida pelas teorias do Brasil com a finalidade de compreender de forma mais profunda o sujeito ao qual deseja atender e, conseqüentemente, intervir de maneira mais eficaz.

Entretanto, apesar da Psicologia estar se atentando para as populações de baixa condição material, o que se percebe, segundo Angerami-Camon, (2002), é o precário embasamento teórico que subsidia a intervenção dentro dessas camadas populacionais no Brasil. Isso é explicado pelo fato de a grande parte das teorias psicológicas que procuram compreender o ser humano serem compiladas a partir de outras realidades que não a da população brasileira. Isso não quer dizer que se devam desconsiderar tais teorias, mas sim, utilizá-las como contribuição na elaboração de teorias voltadas a realidade das populações do Brasil (ANGERAMI-CAMON, 2004).

Assim, com as transformações ocorridas na forma de compreender o ser humano, a Psicologia da Saúde passa também a compreender saúde como o equilíbrio entre todos os aspectos que compõem esse ser humano. Por essa razão, ela busca espaço em todos os campos de atenção à saúde, atingindo um espaço de prática no qual se possibilite prevenção e promoção de saúde e cura de doenças. Então, a Psicologia da Saúde encara seu trabalho não apenas como cura de um sofrimento psíquico, mas sim facilitador pela busca da saúde integral (KAHHALE, 2003). Ao que pode ser acrescido que a psicologia pode ser importante, inclusive, onde não há doença, ou seja, promovendo a saúde das pessoas.

Essa necessidade de novas perspectivas teóricas dentro da área da saúde contribui para o crescimento da Psicologia da Saúde em âmbitos como promoção da saúde e prevenção de doenças. “A Psicologia da Saúde agrega o conhecimento educacional, científico e profissional da disciplina Psicologia para utilizá-lo na promoção e na manutenção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença, na identificação da etiologia e no diagnóstico relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de política de Saúde” ( MATARAZZO, 1982, p. 4, apud GIMENES, 2003).

Portanto, a Psicologia da saúde pode atuar nas diversas áreas e instituições de atenção à saúde: comunidade, postos e centros de saúde, hospitais gerais e especializados, trabalhando com promoção de saúde, prevenção e cura de doenças e restabelecimento da saúde. Sendo assim, Kahhale (2003) diz que, atuando nessas áreas, a Psicologia consegue abranger diversas áreas de minimização do sofrimento, dando ênfase à saúde do sujeito, compreendendo-a como bem-estar físico, mental e social.

### **2.1.3 A Psicologia da Saúde no contexto hospitalar**

Por volta do ano de 360 da Era Cristã, é criada a primeira instituição hospitalar em Óstia, na Itália, com o objetivo de dar assistência às pessoas enfermas e diagnosticar doenças, apesar dos recursos de tratamento serem precários (CAMPOS, 1995). Tem-se notícias da existência de hospedarias para viajantes, militares e doentes desde a Índia, Grécia, e Egito antigos. Porém, esses locais não primavam pela recuperação das pessoas enfermas, mas sim, apenas por separá-las do resto da sociedade para evitar contaminação, diferentemente do que ocorria na Era Cristã.

Segundo Campos (1995), no início do desenvolvimento de instituições hospitalares, as práticas efetuadas nesses locais estavam ligadas a técnicas curativas. Já no início do século XX, com a abrangência no campo do conhecimento sobre fisiopatologia, etiopatologia e a descoberta dos microorganismos e de elementos imunológicos intrínsecos ao organismo humano, essas entidades puderam se debruçar sobre o desenvolvimento de práticas preventivas de doenças infecciosas, com o objetivo de dominar o alastramento de moléstias epidêmicas. No entanto, a partir desse desenvolvimento, criaram-se as unidades de saúde que passaram a ser responsáveis pelas práticas de prevenção, enquanto as instituições hospitalares restringiam-se, ainda, as práticas de cura.

Porém, Campos (1995) ainda traz a discussão sobre os objetivos do Hospital nas perspectivas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, afirmando que a instituição hospitalar faz parte de uma rede de serviços a favor da saúde e das necessidades médicas e sanitárias da comunidade, à qual deve atender de maneira integral. Por essa razão deve incluir em sua prática a assistência médica completa, abarcando prevenção e cura de doenças de pacientes enfermos e assistência familiar. “Aqui cabe dizer que o hospital é também centro de investigação biopsicossocial.” (CAMPOS, 1995, p. 20).

Percebe-se, portanto, que a perspectiva biopsicossocial no hospital vai ao encontro dos objetivos da Psicologia da Saúde como área de produção de saber e prática, no que diz respeito a sua maneira de compreender o ser humano e de atuar em prol da saúde deste ser humano. Afirma-se isso, de acordo com Kahhale (2003) quando a autora fala que a Psicologia da Saúde têm como objetivo auxiliar na promoção da saúde integral do homem, visando aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Assim, a necessidade do serviço de psicologia dentro da instituição hospitalar é decorrente das transformações nas causas de doenças e do processo de hospitalização sofrido pelos pacientes. Ou seja, no início do século XX as doenças eram, em sua maior parte, infecciosas. No entanto, no decorrer do mesmo século o percentual de doenças crônicas cresceu consideravelmente, sendo a razão do aumento no tempo de hospitalização dos pacientes e do número de mortalidade por doença (ISMAEL, 2005).

Essas transformações fizeram emergir a necessidade de uma compreensão mais ampla sobre os aspectos emocionais que envolvem essas doenças e que, conseqüentemente, exercem influências sobre o tratamento dos pacientes e a forma como estes se relacionam com o diagnóstico e o processo de hospitalização. Sendo assim, Camon (2004) afirma que a necessidade de atendimento psicológico a pacientes hospitalizados foi se configurando ao longo do tempo, a partir de mudanças no próprio campo de atuação do psicólogo e que essa necessidade é superior a qualquer tipo de abordagem teórica.

Neme (1999, apud NEME & RODRIGUES, 2003) vai além em sua contribuição, dizendo que a Psicologia Hospitalar tem como objetivo a humanização do hospital e das práticas médicas exercidas dentro da instituição. O Serviço de Psicologia dentro do hospital geral teria, então, como objetivo apoiar pacientes e familiares e auxiliar na compreensão de diagnósticos, tratamentos e etiologia de doenças. Esses fatores devem ser levados em consideração por estarem relacionados à personalidade, comportamentos e estilos de vida dos sujeitos em questão.

Portanto, a relação dos aspectos emocionais e comportamentais com a forma que o paciente lida com o processo de saúde, adoecimento e hospitalização justifica a intervenção psicológica junto a sujeitos hospitalizados. Essa afirmação é feita com base no que Ismael (2005, p.17) comenta sobre a Psicologia dizendo que “A Psicologia é a ciência cujo objeto de estudo inclui a análise, predição e modificação dos fatores que afetam o comportamento”. Neste caso, trata-se de fatores como doença e institucionalização hospitalar, responsáveis por influenciar no estado emocional do sujeito.

No contexto hospitalar, tratamentos médicos invasivos representam desconforto para o paciente pelo grau de violação de sua intimidade, de seu corpo, de sua autonomia e identidade, causando o que se chama de despersonalização do sujeito (CAPOTI; GIBRAN; HORTA; NEME, 2003). Fatores como estes afetam de forma significativa a auto-imagem, auto-estima e segurança psicológica tanto do paciente, quanto da família. Por essa razão, a postura dos profissionais de saúde diante das angústias do paciente é de extrema importância.

Ainda no contexto hospitalar há os termos relativos ao diagnóstico e seus desdobramentos. O fato da pessoa hospitalizada e seus familiares terem acesso a essas informações pode evitar o alto grau de estresse produzido pelas dúvidas (CAMPOS, 1995). Essas informações proporcionam ao paciente o sentimento de autonomia perante o seu tratamento e, conseqüentemente, auxilia na geração do sentimento de responsabilidade diante do processo de cuidados com sua saúde.

Entretanto, para que essas atitudes por parte dos profissionais de saúde alcancem o resultado esperado, é necessário que essa equipe profissional esteja atenta para escutar o paciente em sua totalidade (CAMPOS, 1995). Isso significa dizer que a queixa feita pelo paciente contém informações sobre seu estado físico, social e emocional decorrente do adoecimento. A postura de escutar e tentar compreender esse sofrimento torna o processo de hospitalização mais humanizado.

Por essa razão, Ismael (2005) ressalta a importância do profissional de Psicologia como parte integrante da equipe de profissionais de saúde dentro da instituição. Já que, conforme afirma Campos (1995, p.63) “O psicólogo, visando o relacionamento humano saudável, procura dialogar com o paciente, seus familiares, num trabalho com as comunidades e com a equipe de saúde.” Ou seja, o psicólogo dentro do hospital, tem como um de seus objetivos a comunicação sobre sua avaliação a respeito das condições psíquicas e emocionais em que o paciente se encontra, e, ainda, saber sobre seu diagnóstico, prognóstico e processo de tratamento<sup>1</sup>.

Angerami-Camon (2003) concorda com o princípio de que o Serviço de Psicologia dentro do hospital geral busca a minimização do sofrimento de pacientes hospitalizados. No entanto, afirma que é necessário ao psicólogo que ele tenha clareza de seus objetivos, seu campo de atuação e suas limitações institucionais. Ou seja, o papel do profissional de Psicologia no hospital não é de psicoterapeuta, como na Psicologia Clínica

---

<sup>1</sup> Nesse contexto, refere-se a diagnóstico, prognóstico e processo de tratamento médico e possíveis intervenções fisioterapêutica, nutricional e de assistência social, no caso de instituições hospitalares que dispõem destes serviços em sua equipe de saúde.

tradicional, mas sim, de facilitador do processo de hospitalização em si. Cabe a este profissional compreender a patologia originária da hospitalização, as possíveis decorrências emocionais relacionadas a essas experiências e a forma peculiar como pacientes e familiares encaram todos esses processos.

Essa diferença entre a intervenção na Psicologia Clínica realizada em consultório e na Psicologia Hospitalar vivenciada pelos psicólogos é decorrente da realidade funcional da instituição. Ou seja, o hospital apresenta características diferentes do setting terapêutico tradicional. Camon (2003) afirma isso dizendo que, a rotina hospitalar das enfermarias acaba fazendo parte dos atendimentos psicológicos a pacientes e familiares, pelo fato de não haver um setting terapêutico definido e preciso. Os encontros entre psicólogos e pacientes ou familiares podem ser então, interrompidos por procedimentos médicos naturais e necessários ao tratamento dos pacientes. Nesse sentido, fica clara a relação entre as práticas profissionais da Psicologia e os cuidados com a promoção da saúde, vista de forma integral, bem como com a recuperação de estados de adoecimento e qualidade de vida de pacientes hospitalizados.

## 2.2 CÂNCER E PSICONCOLOGIA

Yamaguchi (2003) explica o câncer como uma doença que pode se originar nos genes de qualquer célula do corpo humano, a partir do processo de mutação e proliferação desta mesma célula diferenciada, também chamada de célula neoplásica. A proliferação da célula estranha ao organismo dá origem, então, a uma massa tumoral, que pode ou não ser maligna. Sendo assim, este tumor passa a ser chamado de câncer apenas se ele for reconhecido como maligno ao funcionamento saudável do corpo.

O sistema imunológico do corpo humano é responsável pelo combate e eliminação de células cancerosas no organismo e é constituído por células saudáveis e substâncias produzidas por elas que têm o poder de aumentar a capacidade de funcionamento deste sistema (YAMAGUCHI, 2003). No entanto, Alho Filho (2005) lembra que, o sistema imunológico pode sofrer alterações e essas alterações podem ocasionar um quadro de imunodeficiência. Esse fato facilita o crescimento das células cancerosas que seriam eliminadas se a condição de defesa do sistema imunológico não estivesse comprometida.

Por essa razão, Chiattone (2002, p. 80) faz questionamentos como: “Por que o organismo aceita células neoplásicas? Por que o organismo ‘reconhece’ as células malignas como sendo próprias dele e porque às vezes as rejeita?” A essas perguntas, na tentativa de encontrar alguma resposta para fenômenos como estes que ainda estão sendo investigados, ela afirma: “Pensamos em câncer como o resultado do desequilíbrio e da desarmonia do organismo, em consequência, freqüentemente, da falta de integração que se manifesta em vários níveis do indivíduo.” (CHIATTONE, 2002 p. 81).

Dessa forma, Vasconcellos (2000, p.38), aprofundando o conceito acerca do sistema imunológico, afirma:

“O sistema imunológico está, atualmente, tão intimamente ligado ao sistema nervoso que não podemos mais nos referir-mos a apenas um ou outro. Na mesma medida em que não existe um espaço separado do tempo – daí ser mais correto utilizar a expressão espaço-tempo – da mesma forma é mais prudente denominar esse sistema neuroimunológico.”

Sendo assim, fica evidente a relação direta entre fatores sociais, psicológicos, fisiológicos, endócrinos e neurológicos na etiologia, desenvolvimento, tratamento e cura do câncer. Chiattone (2002) discute a questão da exposição prolongada de sujeitos ao estresse, afirmando que essa exposição influencia de maneira direta e prejudicial no funcionamento saudável do sistema imunológico. “Portanto, seriam os efeitos determinados por situações de estresse crônico, o mecanismo fisiológico específico pelo qual os estados emocionais contribuiriam para o aparecimento de tumores” (CHIATTONE, 2002, p.90).

Chiattone (2002) explica que diante de um agente estressor, o organismo envia um alarme ao sujeito, que determinaria a síndrome geral de adaptação. Essa síndrome é composta de três etapas diferentes. A primeira é a reação de alarme, que subdividi-se em fase de choque e contrachoque e constitui-se de reações fisiológicas que tem por objetivo a cura, caso o agente estressor diminua. Num segundo momento, se a condição de estresse persistir, o organismo passa à etapa de resistência, que caracteriza-se por efeitos fisiológicos prolongados, responsáveis pela defesa da saúde do organismo. No entanto, se a exposição ao agente estressor for muito prolongada e contínua, o organismo passa por uma etapa de esgotamento, na qual as capacidades adaptativas diminuem consideravelmente, abrindo espaço para o adoecimento e, possivelmente, para o crescimento de tumores cancerosos.

Carvalho (2003) lembra, ainda, das teorias que relacionam tipos de personalidades com a etiologia e desenvolvimento do câncer. Afirma que, apesar de algumas dessas teorias serem contraditórias, a maioria delas aponta aspectos comuns observados em pacientes com câncer. Esses aspectos são descritos por LeShan (1992) e constituem-se em estruturas de

personalidade e histórias de vida convergentes. Ou seja, pacientes com câncer costumam ter entre si histórias de perdas ou ameaças de perdas significativas ao longo de sua vida. Caracterizam-se por personalidades doadoras, quer dizer, colocam sempre a satisfação do outro antes da sua e, geralmente, posicionam-se de maneira desistente perante dificuldades e apresentam sentimento de desesperança e fracasso em relação a seus comportamentos e atitudes.

Chiattonne (2002), também aborda as características encontradas entre pacientes com câncer, afirma que um aspecto comum é a repressão de afetos e sentimentos por parte dessas pessoas. Esse tipo de comportamento ocorre pelo fato dessas pessoas acreditarem que a demonstração de suas emoções é inadequada no meio social e familiar. Por essa razão, tornam-se pessoas aparentemente reservadas acerca de seus afetos, por medo de demonstrarem uma conduta que pode ser desaprovada pelo meio com o qual convive.

A respeito dessas pessoas, Chiattonne descreve:

“Não falam com facilidade acerca de si mesmos, dos seus sentimentos, dos seus pensamentos, de suas esperanças e fantasias, de seus problemas e ansiedades. A expressão e a consciência de qualquer sentimento são controlados, em especial sentimentos que indicariam uma ‘fenda na armadura’, um toque de fraqueza. Não se permitem ser ansiosos, tristes, irados; suas emoções são controladas até que atinjam uma intensidade tal que não podem mais ser contidas. Daí, explode o câncer” (2002, p.95)

Gimenes (2003) afirma que, a partir dessas descobertas sobre a relação entre fatores biopsicossociais, sistema neuroimunológico e incidência de câncer, surge a Psiconcologia, um campo de saber e prática que une conhecimentos da Psicologia e da Oncologia com o objetivo de preservar a integridade e qualidade de vida de pessoas com câncer. Além disso, estudos referentes à Psiconcologia procuram proporcionar maior embasamento teórico e subsídios para a prática de profissionais da saúde que atuam nos níveis de prevenção e tratamento da doença, bem como auxiliar estes profissionais na intervenção junto à pacientes em fase terminal.

Gimenes, Carvalho e Carvalho (2000, p.49), afirmam que a Psiconcologia pretende estudar

- a. O impacto do câncer na função psicológica do paciente, na sua família e nos profissionais de saúde que o cuidam.
- b. O papel que as variáveis psicológicas e comportamentais possam ter no risco do câncer e na sobrevivência a este.”

Sendo assim, no ano de 1989, acontece o I Encontro Brasileiro de Psiconcologia, em Curitiba, que contribuiu para destacar a psiconcologia como área de intervenção

e estudos no campo das ciências da saúde (GIMENES, CARVALHO E CARVALHO, 2000). A partir desse encontro, houve avanço no que diz respeito à introdução dessa área de pesquisa em câncer e psicologia, em ambiente acadêmico. Esse fato proporciona o desenvolvimento dos conhecimentos científicos que pretendem servir de base para estudos cada vez mais amplos, quando se trata dos diversos aspectos que compõem a etiologia do câncer, tratamento e possível cura de pacientes oncológicos.

### 2.3- ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E ESPIRITUALIDADE

De acordo com Panzini e Bandeira (2007) pode-se definir *coping* como o conjunto de estratégias e recursos utilizados pelo sujeito em situações de estresse com o objetivo de minimizar os danos e sofrimentos causados pelos fatores estressores. Sendo assim, sabe-se que o conceito de estratégias de enfrentamento está diretamente ligado ao conceito de estresse, que tem como base teórica o cognitivismo. Ou seja, o conceito de coping surgiu para compreender e explicar os modos de lidar com o estresse apresentados pelas pessoas.

No entanto, Carvalho (2003) lembra que, apesar dos estudos sobre *coping* ter sua origem nas teorias sobre estresse, nos últimos anos tornou-se mais importante o enfoque sobre os tipos de estratégias de enfrentamento do que sobre o estresse propriamente dito. Isso porque o estresse não é vivenciado da mesma maneira por todos os indivíduos. Ou seja, por mais que as situações estressoras sejam semelhantes, as pessoas apresentam diferentes emoções, comportamentos e formas de lidar com tais situações.

Dessa forma, Folkman e Lazarus (1980), sobre as estratégias de enfrentamento, afirmam que estas se caracterizam pelos recursos cognitivos e comportamentais utilizados pelos sujeitos na intenção de administrar fatores estressores que ameaçam seu bem-estar (apud PANZINI E BANDEIRA, 2007). Portanto,

“As estratégias de *coping* pressupõem avaliação cognitiva do fenômeno estressante, podendo ser classificadas, segundo sua função, como estratégias focadas na emoção (dirigidas à regulação da resposta emocional) ou estratégias focadas no problema (ações práticas dirigidas à solução do evento estressor)” (FOLKMAN E LAZARUS, 1980 apud PANZINI E BANDEIRA, 2007).

A partir dessas discussões sobre estratégias de enfrentamento frente a situações estressoras, é importante ressaltar que não há uma única definição para estresse. Lipp e Rocha (1994) afirmam que este pode ser entendido ora como uma situação de grande tensão, ora

como a tensão gerada por determinada situação (apud PANZINI E BANDEIRA, 2007). Chiattonne (2002) complementa dizendo que situações de exposição crônica, prolongada e intensa a fatores estressores, podem causar danos à saúde física e emocional. Esse fato pode estar relacionado tanto ao esgotamento das capacidades adaptativas produzidas pelo sistema imunológico do organismo, quanto pela precariedade dos recursos de enfrentamento do sujeito.

Carvalho (2003) diz que a exposição a fatores estressores pode facilitar o desenvolvimento do câncer. Esta afirmação relaciona-se com a idéia que Vasconcellos (2000) traz sobre o sistema imunológico, quando afirma ser mais conveniente chamá-lo de sistema neuroimunológico pelo fato de haver ligação direta entre sistema imunológico e sistema nervoso. Para ele “Diz respeito ao sistema imunológico hoje, na expressão plástica da palavra, tudo que penetra, toca ou interage com nosso corpo” (p. 38). Dessa forma, pode-se considerar que o câncer afeta os sistemas imunológico e nervoso pelo fato de ser algo estranho ao funcionamento do organismo e causar danos à saúde integral do sujeito.

Em contrapartida, Carvalho (2003) lembra da afirmação de Hughes (1987) quando este fala que pacientes com câncer que “adotam uma atitude otimista de luta em relação à sua doença têm um melhor prognóstico do que aqueles que reagem com aceitação passiva e desesperança” (p.127, apud CARVALHO, 2003). Seguindo esse caminho, pode ser explicado, então, de que forma as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com câncer agem em seu sistema nervoso afetando, conseqüentemente, o sistema imunológico.

Carvalho (2003) fala, ainda, sobre pacientes oncológicos que recuperaram-se e sentiram seu adoecimento como uma crise em sua saúde física e psíquica afirmando que, ao reestruturarem hábitos de vida, como alimentação e exercícios físicos e modificarem comportamentos, atitudes, sentimentos e crenças influenciaram, involuntariamente, seu metabolismo e seu sistema imunológico. LeShan (1992, p.14) complementa afirmando que

“Descobrimos que o sistema imunológico é fortemente afetado pelos sentimentos e que determinados tipos de atitude psicológica podem influenciar positivamente nosso sistema de defesa. Algumas vezes, observa-se uma diferença crucial na forma como os tratamentos médicos são mais bem tolerados. Em outras palavras, existem algumas medidas, relacionadas à parte mental, que pacientes com câncer podem adotar e que aumentam suas possibilidades de auto-cura e auto-recuperação, quando trazidas para colaborar com a terapia médica.”

Dentre os tipos de estratégias de enfrentamento estudados, alguns autores (CALVETTI, MULLER & NUNES, 2007) têm trazido discussões sobre a relação entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida das pessoas e, ainda outros (PANZINI & BANDEIRA, 2007), têm buscado um consenso no que diz respeito ao conceito de

espiritualidade como *coping*. Isso porque, percebe-se que estes autores falam de espiritualidade referindo-se a esta, às vezes, como religião ou religiosidade, outras vezes, ainda, como fé em Deus ou crença pessoal.

Panzini e Bandeira (2007) ao falarem de *coping* religioso/espiritual, afirmam que a partir de 1997 passou-se a discutir sobre os conceitos de espiritualidade e religião na tentativa de definir e uniformizar a linguagem teórica referente a estes construtos. Ou seja, com o crescimento no campo de estudos sobre espiritualidade, religião e crenças como estratégias de enfrentamento, houve um aumento na utilização destas palavras de forma separada, já que passaram a ser entendidas de maneira distinta.

No entanto, Panzini e Bandeira lembram que autores como Tix e Frazier (1998), Koenig et al. (1998b) e Wong-McDonald e Gorsuch (2000), falam de *coping* religioso definindo-o de diferentes maneiras, mas sempre envolvendo a questão da espiritualidade como um construto importante que faz parte deste tipo de estratégia de enfrentamento. Afirmam, ainda, que, apesar de *coping* espiritual e *coping* religioso serem conceituados distintamente, eles são, na prática, complementares e utilizados em conjunto.

Calvetti, Muller & Nunes (2007) concordam com o fato de que deve-se entender espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais como construtos diferentes entre si. Para dar base a esta afirmação, as autoras explicam que o conceito de crenças pessoais está relacionado aos valores que norteiam o modo de viver do sujeito, bem como seus comportamentos. Já a religiosidade estaria diretamente ligada à prática, propriamente dita, de uma religião. A espiritualidade, por sua vez, seria entendida como algo independente da prática ou seguimento de determinada religião, mas sim, estaria relacionada ao significado e propósito de vida do sujeito.

Sendo assim, Lawler e Younger (2002) ao relacionarem espiritualidade e religião com saúde, defendem que o envolvimento com religiões organizadas e espiritualidade podem trazer aumento do significado da vida e proporcionar maior resiliência e resistência a fatores estressores gerados por doenças, por exemplo (apud PANZINI & BANDEIRA, 2007). Peres, Arantes, Lessa e Caous (2007), concordam com tais colocações ao afirmarem que espiritualidade pode ser entendida como algo que traz significado e propósito à vida das pessoas. Por esta razão, falam sobre a necessidade do aumento de atenção a este aspecto na prática de assistência à saúde, já que compreendem espiritualidade como algo que constitui a dimensão do ser humano.

Sendo assim, Fleck et al. (2003) falam sobre a importância do construto espiritualidade para a avaliação em saúde, já que este, além de oferecer significados à vida,

oferece as pessoas um conjunto de significados para o enfrentamento dos processos de adoecimento (apud CALVETTI, MULLER & NUNES, 2007). Koenig (2001b apud PANZINI & BANDEIRA, 2007), ao pesquisar sobre a relação entre religião e saúde, diz que crenças e práticas religiosas oferecem rituais de passagem para momentos importantes de transição ocorrentes na vida, como a morte, por exemplo. Dessa forma, percebe-se que ao falar em espiritualidade, pode-se entendê-la como algo que proporciona às pessoas significados dados à vida, à enfermidade e à morte através da forma como cada sujeito compreende espiritualidade.

Simonton, Simonton e Creighton (1987), ao relatarem sobre seus estudos referentes à interação mente/corpo no desenvolvimento do câncer, falam que uma das características principais de pacientes com câncer é a falta de significado que estes apresentam diante de suas vidas e afirmam que este aspecto está diretamente ligado com o crescimento de células cancerosas no organismo destas pessoas. Com isto, os autores explicam os processos de desenvolvimento do câncer e de recuperação destes pacientes através de um modelo corpo/mente de desenvolvimento do câncer e um modelo corpo/mente de recuperação. Estes modelos demonstram, passo a passo, a relação dos sistemas imunológico e endócrino com o estresse e o crescimento ou regressão de células cancerosas no organismo.

Através destas pesquisas, então, Simonton, Simonton e Creighton (1987) puderam desenvolver um programa de visualização para pacientes com câncer, com o objetivo de auxiliar o organismo na auto-recuperação, juntamente com os tratamentos médicos. Portanto, pode-se dizer que este programa está relacionado com espiritualidade, já que é praticado pelos pacientes através das crenças pessoais que dão embasamento aos seus estilos de vida e comportamentos. Diz respeito, ainda, as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes, por se caracterizarem como recursos comportamentais que objetivam administrar e minimizar o estresse gerado pelo adoecimento.

Contudo, é notável, então, a importância do aspecto da espiritualidade como fazendo parte da dimensão do ser humano no entendimento e estudos sobre saúde. Isso porque, segundo Marques (2000 apud CALVETTI, MULLER & NUNES, 2007), pesquisas mostram a relação entre espiritualidade e saúde geral, já que este construto está ligado à prevenção de doenças, bem como à recuperação da saúde, como afirmam **Simonton, Simonton e Creighton (1987)**. Já no que diz respeito a cuidados paliativos **Peres, Arantes, Lessa e Caous (2007)**, afirmam a relevância da atenção ao aspecto da espiritualidade na assistência à saúde inclusive diante da proximidade da morte. Sendo assim

“Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim (PERES, ARANTES, LESSA E CAOUS, 2007)”.

Nesse sentido, Angerami-**Camon (2002)** aborda a questão da espiritualidade no processo psicoterápico e defende o conceito de espiritualidade como a busca de transcendência da condição humana, ou seja, a transcendência estaria relacionada à superação de limites pessoais. Limites estes que, de certa forma, impedem o ser humano de viver plenamente a sua vida. Sendo assim, processos de adoecimento poderiam ser considerados limites a serem superados pelo sujeito que os vivencia.

Portanto, se espiritualidade é entendida como algo inerente à dimensão do ser humano e está relacionada, segundo Frankl (1975 apud ANGERAMI-CAMON, 2002; p.6), a capacidade humana de buscar o desenvolvimento de sua subjetividade e superação de seus limites, poderia-se dizer que, dentro desses conceitos, seja qual for a forma como a espiritualidade se manifesta em pacientes com câncer, esta caracterizaria-se por estratégia de enfrentamento diante da doença. Por outro lado, as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes, teriam por objetivo primordial a transcendência de sua condição humana atual.

#### 2.4- PERCEPÇÃO

A percepção, segundo **Braghirolli, Bisi, Rizzon e Nicoletto (1990)**, pode ser entendida como o processamento de informações coletadas do meio através dos sentidos. Ou seja, a partir da realidade que se apresenta ao sujeito, este mesmo a recebe sensorialmente e a interpreta através da percepção que tem desta realidade, de acordo com suas experiências anteriores. Sendo assim, pode-se definir a percepção como sendo o processo de significação da realidade pelo sujeito que a vivencia. Estas afirmações cabem, aqui, como sendo uma visão introdutória sobre o conceito de percepção dentro de discussões acerca dos processos básicos do comportamento (BRAGHIROLI, BISI, RIZZON E NICOLETTO, 1990).

Entretanto, **Merleau-Ponty (1999, p.279)**, ao falar sobre percepção através da Fenomenologia, vem afirmar que “Em primeiro lugar, ela não se apresenta como um acontecimento no mundo ao qual se possa aplicar, por exemplo, a categoria de causalidade, mas a cada momento como uma re-criação ou uma reconstituição do mundo”. Quer dizer, então, que a percepção não se caracteriza como uma consequência do mundo que se apresenta mas, sim, como uma criação a cada instante deste mundo.

A partir dos estudos realizados pela Fenomenologia sobre a percepção aparece, em 1912, a Psicologia da Gestalt (KIYAN, 2001). Esta, por sua vez, foi desenvolvida contemporaneamente com a corrente fenomenológica alemã e tem nessa corrente filosófica, ainda, sua base teórica. Dessa forma, a teoria da Gestalt, interessa-se, também, pelo estudo da relação entre o homem e o mundo e sobre o campo perceptivo.

Sendo assim, Wertheimer (1923, apud KIYAN, 2001, p.123), um dos precursores da psicologia da Gestalt, procurava explicar os processos e leis de organização perceptual da visão. Porém, os princípios propostos por ele foram utilizados para fundamentar os estudos da percepção como um todo. Portanto, o campo perceptivo é organizado a partir dos seguintes princípios apresentados por Schultz e Schultz (1989, apud KIYAN, 2001): proximidade, similaridade, continuidade, semelhança, complementação, simplicidade, figura/fundo e ainda fatores centrais no interior do organismo que podem ter influência na percepção.

Ainda sobre o campo perceptivo, Rogers e Kinget (1977) concordam afirmando que os princípios que regem a organização perceptual da visão são os mesmos em relação ao campo perceptual não-sensorial, ou seja, relacionado a pensamento e sentimento. E esclarecem:

“Assim, quando dois indivíduos consideram uma situação mais ou menos complexa ou ambígua, os elementos que se organizam como ‘figura’ variam de acordo com fatores mais ou menos constantes (atitudes, valores, tendências pessoais) e fatores variáveis (conteúdo mental imediato) que formam o fundo sobre o qual a situação aparece para cada indivíduo.” (ROGERS E KINGET, 1977, p.61)

Dessa forma, entende-se a existência de diferentes perspectivas perceptuais dependendo tanto do indivíduo que percebe o mundo, quanto do mundo percebido por determinado indivíduo. Neste mesmo sentido de se compreender, de forma mais ampla as percepções dos sujeitos em relação a sua realidade, a Psicologia da Saúde busca, segundo Kahhale (2003), a compreensão do ser humano a partir de uma visão que abrange aspectos físicos, sociais e emocionais constituintes deste homem. Sendo assim, a psicologia hospitalar tendo como base teórica, também, esta visão biopsicossocial, busca compreender as diferentes

percepções dos sujeitos em relação ao processo de adoecimento, hospitalização e tratamento, com o objetivo de auxiliar na humanização das práticas médicas, conforme afirma Neme (1999).

Isso porque, a Psicologia é entendida por Ismael (2005) como a ciência que debruça-se sobre o estudo de fatores que influenciam no estado emocional dos sujeitos, como a etiologia e desenvolvimento de doenças, por exemplo. Por outro lado, Angerami-Camon (2004) compreende que os estados emocionais dos pacientes têm relação fundamental sobre seu processo de tratamento e recuperação da saúde e, por estas razões, faz-se importante a compreensão em relação à forma com que os pacientes percebem sua realidade frente a hospitalização e estado de adoecimento.

Em relação aos sujeitos da percepção, então, Merleau-Ponty (1999) fala sobre a defesa de Husserl em relação à descrição do mundo percebido, em detrimento de qualquer tentativa de análise ou explicação deste mesmo mundo. Isso porque, é sobre o mundo vivido que todos os símbolos, saberes e todo o universo científico é constituído, e não o contrário. Quer dizer, não é sobre os conceitos construídos pela ciência que o mundo vivido se constitui, nem tão pouco através destas teorias que o indivíduo percebe o mundo com o qual se relaciona dialeticamente. Dessa maneira, Merleau-Ponty (1999, p.6) define percepção e mundo e a relação entre ambos:

“A percepção não é uma ciência do mundo, não é nem mesmo um ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O mundo não é um objeto do qual possuo comigo a lei de constituição; ele é o meio natural e o campo de todos os meus pensamentos e de todas as minhas percepções explícitas.”

Portanto, como a Fenomenologia propõe-se à descrição fidedigna, segundo Merleau-Ponty (1999), desta relação dialética entre percepção e mundo, pode-se dizer que esta corrente filosófica tem por objetivo compreender as coisas nelas mesmas. Isso quer dizer que a Fenomenologia é o estudo das essências a partir da existência das coisas e da descrição das mesmas. Nesse sentido, conforme Vasconcellos (2000) afirma que a visão biopsicossocial de ser humano está transformando-se em uma visão que abrange, ainda, os aspectos ecológico e espiritual deste ser humano, pode-se pensar na relevância de se compreender, através da descrição, as diversas percepções dos sujeitos em relação à espiritualidade como estratégia de enfrentamento frente à existência de uma realidade de hospitalização e adoecimento vivenciada por pacientes oncológicos.

### 3- MÉTODO

#### 3.1- CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa realizada caracteriza-se como descritiva por descrever as características de determinada população e fenômeno. Portanto, procura-se pesquisar as crenças, opiniões e atitudes desta população, referentes ao problema de pesquisa.

A escolha pelo tipo de pesquisa descritiva, neste caso, está relacionada à afirmação de Gil (2002, p.42) quando diz que “As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”. Esta afirmação vai ao encontro da justificativa da presente pesquisa, por ser uma pesquisa que abrange a produção de conhecimento teórico científico, para que este, por sua vez, possa ser aplicado na prática profissional.

Pode-se afirmar, ainda, que esta pesquisa é qualitativa no que diz respeito à forma de abordagem do problema. Ou seja, segundo Chizzotti (2000), a pesquisa qualitativa se utiliza de técnicas que propiciem a compreensão de fenômenos subjetivos. Dentre essas técnicas estão presentes a entrevista não-diretiva, história de vida, análise de conteúdo e outras.

Sendo assim, “A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 2002, p.79).

Gil (2002) afirma que para realizar a análise dos dados empíricos levantados na pesquisa e confrontá-los teoricamente, é preciso traçar um delineamento de pesquisa, ou seja, um modelo conceitual e operativo. Esse delineamento considera a diagramação e previsão de análise dos dados.

A presente pesquisa encontra-se no grupo de delineamento em que as informações são fornecidas por pessoas. Neste caso, o procedimento técnico utilizado para levantamento de dados é a observação indireta do fenômeno, realizada através de um estudo de campo. Esse procedimento tem como característica o aprofundamento das questões propostas relacionadas ao problema e aos objetivos da pesquisa. Com relação ao estudo de campo, Gil diz que:

“Como é desenvolvido no próprio local em que ocorrem os fenômenos, seus resultados costumam ser mais fidedignos. Como não requer equipamentos especiais para a coleta de dados, tende a ser bem mais econômico. E como o pesquisador apresenta nível maior de participação, torna-se maior a probabilidade de os sujeitos oferecerem respostas mais confiáveis” (2002, p.53).

A partir dessa afirmação, percebe-se que o delineamento desta pesquisa como estudo de campo, está coerente com os procedimentos efetuados durante a realização da pesquisa. Ou seja, no que diz respeito ao ambiente de coleta de dados, o local determinado é um hospital localizado em Florianópolis, no qual se pode encontrar o fenômeno a ser investigado. Outra característica em comum entre a colocação de Gil (2002) sobre o estudo de campo e esta pesquisa, é o tipo de instrumento que foi utilizado para a de coleta de dados, que consiste em uma entrevista semi-estruturada, proporcionando um maior nível de envolvimento da pesquisadora durante a realização das entrevistas.

### 3.2- PARTICIPANTES

Os participantes que constituíram a fonte de informação desta pesquisa são pacientes oncológicos em tratamento de radioterapia, hospedados em um hospital de Florianópolis. Os critérios de inclusão e exclusão de escolha dos participantes para esta pesquisa foram os seguintes: cinco pessoas que possuíssem idade mínima de dezoito anos, independentemente do sexo, podendo, dessa forma, ser homem ou mulher. Através desses critérios, ainda, decidiu-se pela não participação de pacientes terminais, com o objetivo de preservar a integridade emocional destes sujeitos.

Apesar do projeto desta pesquisa ter previsto a participação de cinco pacientes oncológicos em tratamento, não foi possível a realização destas cinco entrevistas por motivos variados. O primeiro deles é o fato destes pacientes terem seu dia tomado pela rotina hospitalar, que contempla os horários de refeição, horários de tratamento e de atividades realizadas na enfermaria por voluntárias que se disponibilizam a estas atividades junto aos pacientes. O segundo motivo é a questão de estabelecimento de vínculo entre os pacientes e a pesquisadora, para que houvesse possibilidade de se falar em assuntos tão subjetivos quanto as percepções destes sujeitos em relação ao seu adoecimento e à espiritualidade. A última razão pela qual acredita-se não ter sido possível a realização das cinco entrevistas planejadas, é o fato dos pacientes encontrarem-se em situação de fragilidade emocional, decorrente do

processo de adoecimento e hospitalização que, por si só, já são extremamente invasivos. Portanto, após muitas idas ao hospital na intenção de se estabelecer um vínculo com os pacientes para que, desta forma houvesse a realização das duas últimas entrevistas, a pesquisadora percebeu que, para preservar a integridade destes pacientes, fosse mais prudente não insistir pela participação dos mesmos, para que estes não se sentissem coagidos diante da pesquisadora.

A seguir é apresentado o quadro de caracterização dos participantes para, desta forma, se ter uma visão geral sobre suas características. As informações contidas aqui foram retiradas das fichas de prontuário dos participantes, disponibilizada pela enfermeira-chefe da ala onde estão internados estes pacientes.

NOME	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	PATOLOGIA
L. C.	M	47	Casado	—	Câncer de Esôfago
P. S	M	58	Solteiro	Auxiliar de Serviços Gerais	Câncer de Esôfago
A. F.	M	71	Casado	Mecânico	Câncer de Próstata

### 3.3- EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para o registro dos dados de entrevista foi utilizado um aparelho de MP3 com gravador de voz durante a ocorrência da mesma. Com isso, para a transcrição dos dados fornecidos pelos participantes, utilizou-se deste aparelho acoplado ao computador, fazendo-se uso do programa Windows Media Player para a escuta da gravação, enquanto era realizada a digitação da entrevista de forma integral.

### 3.4- SITUAÇÃO E AMBIENTE

As entrevistas de coleta de dados para esta pesquisa foram realizadas em uma enfermaria de um hospital situado em Florianópolis, destinada a hospedagem e cuidados de pacientes oncológicos em tratamento. Seu espaço físico é amplo, constituído de diversos quartos, uma área com televisão e sofás e outra área externa destinada para o convívio e lazer dos pacientes. A enfermaria é dividida, ainda, em ala feminina e ala masculina, no que diz respeito aos quartos. Atualmente, estão hospedados nove pacientes nesta enfermaria, sendo duas mulheres e sete homens. O local apresenta diversos ruídos causados por eco de conversas internas e som de televisão e, ainda, barulho de máquinas e ferramentas utilizadas na construção que está sendo realizada ao lado da enfermaria. Apesar disso, as entrevistas não ficaram prejudicadas, sendo possível a escuta da gravação.

### 3.5- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento para a coleta dos dados necessários para responder à pergunta desta pesquisa utilizou-se da entrevista semi-estruturada apresentada no apêndice deste trabalho. Esta entrevista consiste em perguntas que foram previamente formuladas, servindo como roteiro de assuntos a serem investigados, relacionados aos objetivos da pesquisa. Essa técnica de investigação tem como características primordiais a aproximação entre o pesquisador e o participante, além de proporcionar maior flexibilidade no que diz respeito às respostas e informações fornecidas pelo sujeito.

O instrumento conta, ainda, com os dados de identificação dos pacientes participantes da pesquisa, encontrados no prontuário médico de cada paciente em tratamento em um hospital de Florianópolis. Os nomes dos participantes não constam nesta pesquisa por motivos de sigilo, conforme direito garantido ao participante pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3.6- PROCEDIMENTOS

### **3.6.1- Seleção dos participantes**

Anteriormente ao contato com os participantes, entrou-se em contato com a enfermeira-chefe da enfermaria onde foi realizada a coleta de dados, para apresentação da pesquisadora e de sua pesquisa. Nessa conversa foi apresentado a ela o documento de aprovação para a realização da pesquisa, concedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Para garantir que os critérios de inclusão e exclusão fossem respeitados, foi questionado à enfermeira sobre a possível presença de pacientes terminais hospedados na enfermaria. A este questionamento ela respondeu afirmando a ausência deste tipo de paciente no local e acrescentou, ainda, a informação de que nenhum desses pacientes encontra-se acamado, podendo transitar livremente pela enfermaria. Obteve-se, ainda, a informação de que não há menores de dezoito anos internados nesta ala do hospital. Sendo assim, os critérios de inclusão e exclusão referentes aos participantes desta pesquisa foram obedecidos.

### **3.6.2- Contato com os participantes**

A partir das informações dadas pela enfermeira-chefe da enfermaria na qual foi realizada a coleta de dados, soube-se, anteriormente a verificação dos prontuários médicos, algumas características dos pacientes que seriam encontrados no local. Esse fato facilitou a abordagem junto aos mesmos, já que todos eles encontram-se de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes. Sendo assim, a pesquisadora pôde ter mais segurança em abordar os pacientes aleatoriamente, sabendo que não corria o risco de entrar em contato com pacientes que não correspondessem a tais critérios.

Após a conversa com a enfermeira-chefe, então, a pesquisadora circulou pelo local a fim de se familiarizar com o ambiente e com os pacientes, além de possibilitar que estes a vissem também, para que não se sentissem demasiadamente invadidos em sua privacidade no momento da abordagem. Alguns pacientes dormiam, outros assistiam televisão e outros, ainda, apenas encontravam-se deitados em suas camas ou sentados nos sofás.

Para a abordagem junto aos participantes, a pesquisadora apresentou-se dizendo seu nome e perguntando a eles como se chamavam. Logo após a pesquisadora contou que era estudante do curso de psicologia da Unisul e que estava para se formar ao final do ano, mas que, para isso, precisava apresentar um trabalho no qual deveria conversar com algumas

peças sobre o tema correspondente a este trabalho. Com isto, três, dos pacientes abordados, concordaram em participar da pesquisa e, assim, a pesquisadora explicou sobre o tema de sua pesquisa, sobre a entrevista e sobre os termos de consentimento para a entrevista e gravação da mesma. Após preenchimento e assinatura dos termos de consentimento, deu-se início as entrevistas, que tiveram, em média, duração de quarenta minutos.

### **3.6.3- Coleta e registro de dados**

Os dados para esta pesquisa foram coletados junto aos participantes através de um roteiro de entrevista semi-estruturada formulado a partir dos objetivos da pesquisa. Para o registro das informações cedidas pelos participantes à pesquisadora, foi utilizado aparelho MP3 com gravador de voz.

Faz-se importante ressaltar que para a coleta e registro dos dados para a pesquisa, estes procedimentos foram efetuados mediante consentimento dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Consentimento para Fotografias, Vídeos e Gravações. Vale lembrar, ainda, que a coleta de dados para esta pesquisa somente foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através de documento assinado, liberando a realização desta pesquisa. Estes documentos são apresentados em anexos do relatório de pesquisa.

### **3.6.4– Organização, tratamento e análise de dados**

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, com o objetivo de não perder ou alterar, de forma errônea, dados importantes e o real significado das informações cedidas pelos participantes. A transcrição total das respostas é imprescindível para garantir a fidedignidade dos dados coletados e sua posterior análise.

Portanto, após a transcrição da totalidade das respostas das entrevistas realizadas, foi efetuada a análise do conteúdo dos dados através do referencial teórico explanado neste trabalho como, por exemplo, teorias sobre Psicologia da Saúde (CAMPOS, 1995; GIMENES,

2003; KAHHALE, 2003), sobre Estratégias de Enfrentamento (BANDEIRA & PANZINI, 2008), sobre Espiritualidade (CAMON, 2002; LAWLER E YOUNGER, 2002) entre outros.

Esta análise, então, foi realizada a partir da organização em categorias e subcategorias de análise dos dados coletados. Essa categorização tem como objetivo facilitar a compreensão dos conteúdos presentes nos relatos dos participantes para, a partir daí, ser realizada a problematização desses relatos através das teorias expostas na fundamentação teórica desta pesquisa. Sendo assim, pode-se dizer que a análise de dados realizada através da técnica de categorização de conteúdo, proporcionou uma visão qualitativa dos fenômenos apresentados, bem como a descrição e compreensão das percepções dos sujeitos em relação ao tema desta pesquisa.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O seguinte capítulo consiste na apresentação e descrição dos dados coletados durante a pesquisa, bem como sua problematização a partir da fundamentação teórica exposta anteriormente. Para isso, os dados foram organizados em categorias e subcategorias, de acordo com suas afinidades em gerar respostas aos objetivos desta pesquisa, com a intenção de se ampliar a compreensão das falas trazidas pelos participantes.

Portanto, como esta pesquisa interessa-se pela compreensão da percepção dos participantes em relação às suas vivências, as categorias apresentadas aqui dizem respeito a essa percepção, e são as seguintes: **Percepção em relação ao recebimento do diagnóstico; percepção em relação à doença; percepção em relação ao histórico de adoecimento e hospitalização; percepção em relação ao aparecimento da doença; percepção em relação ao tratamento; percepção em relação à possibilidade de recuperação; percepção em relação ao prognóstico; percepção em relação à possibilidade de desospitalização; percepção em relação à espiritualidade no processo de adoecimento e hospitalização.**

Dessa forma, Merleau-Ponty (1999, p.281), sobre o processo de compreender o sujeito da percepção, afirma e convida:

“O sujeito da percepção permanecerá ignorado enquanto não soubermos evitar a alternativa entre o naturante e o naturado, entre a sensação enquanto estado de consciência e enquanto consciência de um estado, entre a existência em si e a existência para si. Retornemos então à sensação e observemo-la de tão perto que ela nos ensine a relação viva daquele que percebe com seu corpo e com seu mundo.”  
(MERLEAU-PONTY, 1999, p.281)

Sendo assim, este capítulo foi dividido em dois subcapítulos. Ou seja, o primeiro, que diz respeito à percepção dos participantes em relação ao processo de adoecimento e tudo que envolve este processo; e o segundo, que traz a percepção dos participantes em relação à espiritualidade no processo de adoecimento e hospitalização.

### 4.1 O PROCESSO DE ADOECIMENTO E SEUS ASPECTO

Este subcapítulo descreve e problematiza as questões que surgiram a partir das falas dos participantes a respeito do processo de adoecimento e tudo que envolve este processo como o aparecimento da doença, o diagnóstico, a hospitalização, entre outros fatores. Os relatos dos participantes acerca deste processo, juntamente com a descrição e problematização dos sentimentos advindos do mesmo, a partir da fundamentação teórica sobre o tema, tem como fundamental objetivo a compreensão das percepções explicitadas pelos sujeitos da pesquisa em relação ao seu adoecimento e hospitalização. Essa compreensão de como os participantes sentem e vivenciam seu adoecimento, possibilita compreender, também, as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles e sua percepção em relação à espiritualidade como um tipo dessas estratégias, de acordo com o problema desta pesquisa.

Dessa forma, através das entrevistas, foi possível organizar os conteúdos apresentados em oito categorias diferentes relacionadas ao adoecimento. Estas categorias são apresentadas, aqui, em uma determinada seqüência de temas, com o objetivo de facilitar e ampliar a compreensão acerca deste processo vivenciado pelos participantes, de forma que todas as categorias estejam relacionadas entre si.

Sendo assim, a primeira categoria diz respeito à **percepção em relação ao recebimento do diagnóstico** por parte dos participantes. Nela pôde-se perceber, que o momento de receber o diagnóstico é importante para estas pessoas pelo fato de representar mudanças em suas vidas acarretadas pelo fato de saberem que possuem uma doença crônica. O relato organizado dos participantes possibilitou, então, seguintes subcategorias como **percepção de alienação quanto ao que se passa; de apatia; de surpresa; de ser jovem para estar com câncer; de medo; de perda da tranquilidade; de apoio familiar; de tristeza; de resolução; de conformação; de aceitação.**

Os entrevistados relataram sobre sentimentos que surgiram logo que receberam a notícia de estar com câncer, como as subcategorias **de alienação quanto ao que se passa; de apatia; de surpresa**, por exemplo. Tais sentimentos estão representados nas seguintes falas dos mesmos.

*A doutora não quis dizer pra mim, falou pra minha filha... minha filha me contou depois... e eu comecei a bota coisa na cabeça... (SUJ.1)*

*Eu na hora não senti nada... (SUJ.2)*

*Nunca pensei né! (SUJ.1)*

Pode-se perceber através dessas falas, que o momento de recebimento do diagnóstico pode assustar os pacientes de tal forma que deixa-os apáticos e sem saber exatamente o que pensar. Autores como LeShan (1992) e Gimenes (2003) falam sobre esse momento e as dificuldades advindas dele, como o impacto na função psicológica do paciente e de seus familiares. No entanto, os mesmos autores voltam sua atenção muito mais para sentimentos de tristeza, depressão e medo da morte, do que propriamente sobre esses aspectos evidenciados na fala dos participantes.

Em relação aos fatores citados acima como tristeza e medo estudados por Yamaguchi (2003) e Carvalho (2003), os participantes afirmaram tê-los sentido após a sensação de apatia e alienação em relação ao que estava acontecendo. Por essa razão, foram encontradas, exatamente, através de seus relatos, as subcategorias **de medo** e **de tristeza**, evidenciadas abaixo:

*Quando eu fui no doutor em Brusque, ele pegou e fincou uma espatulazinha na boca... ele apertou e eu pulei da cadeira... de dor... e dali eu fiquei com medo! (SUJ.1)*

*[...] só depois quando eu cheguei em casa porque... é tão falado essa doença de câncer, né... aí me deu tristeza bastante... chorei bastante! (SUJ.2)*

Com estas falas, percebe-se que os pacientes passam do sentimento de apatia para um sentimento de tristeza e de medo, que tanto pode ser de medo da dor, medo do que está por vir e, conseqüentemente, medo da promessa de morte contida no diagnóstico de câncer, como foi explicitado pelo sujeito 2 em sua fala. Segundo Yamaguchi (2003), essa percepção é corroborada pela idéia de morte iminente que o câncer traz consigo pelo fato de, há alguns anos, o tratamento ser difícil e sem grandes perspectivas de cura.

Pelo fato desse diagnóstico causar diversas transformações na vida do paciente, como envolvimento com exames e consultas médicas, além das preocupações e medos gerados pela notícia, foi encontrada no relato dos entrevistados a subcategoria **de perda da tranqüilidade**, mostrada no seguinte trecho da fala de um deles:

*Até aí, antes desses exames, eu tava no meu trabalho, tranqüilo, não tinha nada que me... me... tava tranqüilo! Assim que apareceu o problema, que eu fui fazer os exames, daí começo a aparecer problema na urina... e tal... na saúde, aí ele me deu medicamento... (SUJ.3)*

Apesar de autores como Camon (2002, 2003, 2004), Carvalho (2003), Chiattonne (2002), entre outros, que estudam sobre os processos de adoecimento e sobre o câncer, mais especificamente, abordarem temas como sofrimento, estado depressivo e medo de todo tipo decorrentes do diagnóstico de câncer, os participantes demonstraram em seus relatos, uma tendência a enxergar aspectos positivos em seu processo, como fica claro na subcategoria **percepção de apoio familiar**. Essa subcategoria foi determinada a partir de relatos que demonstram a importância da presença e do apoio da família junto ao paciente no momento em que este recebe seu diagnóstico. Um dos trechos das entrevistas que evidencia isso, é a seguinte:

*E a filha disse, pai não se preocupa que uma hora tu vai ficar bom!  
[...]E ela foi comigo três vezes, né... (SUJ.1)*

Diante de tal percepção dos sujeitos em relação ao apoio da família no momento do recebimento do diagnóstico, pode-se pensar na teoria defendida por Kahhale (2003), da Psicologia da Saúde, baseada na visão biopsicossocial de ser humano, ao compreender que tanto aspectos físicos, quanto os aspectos psicológico e social, são importantes para a saúde integral do ser humano. Portanto, o apoio do meio social do paciente, neste caso a família, é fundamental durante todo o processo de adoecimento e os fatores que envolvem este, como o recebimento do diagnóstico. É possível pensar, inclusive, que este apoio familiar pode ser compreendido pelo paciente como um tipo de estratégia de enfrentamento e, por essa razão faz-se importante, já que possibilita a minimização do sofrimento deste sujeito, conforme afirmam Panzini e Bandeira (2007) acerca das estratégias de enfrentamento.

Foram encontradas, também, subcategorias de percepção **de aceitação, de conformação e de resolução**, por parte dos entrevistados, diante de seu diagnóstico. A subcategoria que diz respeito à percepção **de resolução** diante do diagnóstico expressa um sentimento de confiança na medicina e alívio por descobrir o adoecimento a tempo de buscar a cura. Por essa razão, a postura dos profissionais da saúde é fundamental, junto aos pacientes, quando esta possibilita a eles, sentimentos de segurança e confiança diante do tratamento. Esses sentimentos, relacionados ao estado emocional do sujeito, exercem influência sobre o tratamento e o processo de hospitalização, de acordo com Angerami-Camon (2004), bem como sobre o desenvolvimento e possível cura do câncer, através da relação entre o sistema neuroimunológico e os aspectos psicológicos, fisiológicos e endócrinos do sujeito, como

afirma Vasconcellos (2000). A fala que explicita, então, a percepção de resolução é a seguinte:

*Aí ele disse pra mim 'olha o senhor veio exatamente na hora, bem na hora! Se o senhor quiser, hoje nós encaminhamos a cirurgia e o senhor fica curado. Se o senhor quiser, o senhor pode optar pela radioterapia e o senhor será curado. (SUJ.3)*

Já a subcategoria **de aceitação**, difere-se da subcategoria **de conformação**, pelo fato da primeira explicitar uma aceitação que não impede a busca de tratamento, ao mesmo tempo em que pode auxiliar na minimização do sofrimento gerado pelo diagnóstico. Já a subcategoria **de conformação** explicita a percepção de adoecimento como algo normal, natural ao ser humano e essa concepção pode influenciar na busca pela recuperação da saúde. Esta subcategoria, ainda, pode estar relacionada ao fato do paciente oncológico geralmente posicionar-se, segundo LeShan (1992) , de forma desistente diante de situações difíceis de serem superadas. As falas que originaram tais subcategorias seguem a baixo, respectivamente:

*[...] isso aqui veio... ta bom, eu recebi, to aqui, vou procura os recurso! Enquanto eu puder vou procura os recurso. Se não puder, caso se agrave, alguma coisa, é o meu fim... também to aceitando. (SUJ.3)*

*[...] mas isso é normal na gente! (SUJ.3)*

Fica evidente, aqui, que o mesmo participante apresenta tanto a percepção de aceitação, quanto de conformação diante de seu diagnóstico. Isso demonstra que a percepção em relação ao adoecimento não é algo estático, rígido. Ou seja, os sentimentos e sensações diante do diagnóstico de câncer são mutáveis e podem oscilar dependendo de diversos fatores da realidade desses pacientes. Por essa razão, Merleau-Ponty (1999), afirma ser a percepção uma re-criação constante do mundo vivido pelo sujeito. Rogers e Kinget, (1977) compreendem esse fenômeno como sendo decorrente à organização tanto do campo perceptivo, quanto dos fatores internos ao sujeito da percepção.

Em seguida, pôde-se perceber que surgiram, ao longo das entrevistas, aspectos relacionados com a doença especificamente. Por essa razão, foi criada a categoria **percepção em relação à doença**, que explicita a percepção dos participantes em relação ao câncer. As

subcategorias encontradas aqui encontram ligação com a percepção em relação ao recebimento do diagnóstico. Isso pode ser explicado pelo fato de que, quando uma pessoa recebe o diagnóstico de câncer, concomitantemente, ela encontra-se submetida à condição de adoecimento por câncer e a todos os aspectos singulares relativos a esta doença. Então, as subcategorias presentes aqui são: **de sofrimento, de morte, de morte como fato natural, de desgaste da saúde, de deterioração, de medo de transmissão, de não poder comer, de crença, de relação com o estado emocional.**

A subcategoria **de sofrimento** diz respeito à idéia de sofrimento atribuída ao câncer Chiattonne (2002), LeShan (1992) e Carvalho (2003) explicam que, pelo fato do câncer caracterizar-se como uma doença crônica, os pacientes oncológicos sentem-se ameaçados quanto à integridade de sua saúde e de sua vida, causando-lhes, conseqüentemente, sofrimento. Esse sentimento de ameaça à integridade da saúde e da vida é demonstrado, ainda, na subcategoria referente à percepção **de morte** em relação à doença e está evidenciado na fala do SUJEITO 1, que diz o seguinte:

*Eu penso que o câncer mata! (SUJ.1)*

Essa fala mostra o quanto o câncer está relacionado à idéia de morte fatídica, por parte dos participantes. No entanto, o câncer pode também ser percebido como algo que não causa, necessariamente, medo da morte pelo fato desta ser considerada como algo natural à vida, como fica evidente na subcategoria **de morte como fato natural** através da afirmação do sujeito 3, a seguir:

*Normal! Pavor, medo... desespero... nada, nada, nada! É natural!  
Tudo aqui na face da terra não tem duração contínua, permanente.  
Há um fim! (SUJ.3)*

Esta fala contrapõe-se, de certa forma, ao que Yamaguchi (2003) afirma ao falar da relação feita por pacientes oncológicos e seus familiares entre o diagnóstico de câncer e a idéia de morte que este diagnóstico traz consigo. Ou seja, apesar da doença fazer com que o paciente depare-se com sua possibilidade de morte, essa possibilidade pode ser percebida pelo mesmo como um fato da natureza humana e não como conseqüência pura do adoecimento. Essa percepção pode, então, minimizar o sofrimento causado pelo medo da morte, como fica evidente na fala do sujeito 3 citada à cima.

Outras subcategorias identificadas na categoria **percepção em relação à doença**, e que têm ligação com as subcategorias **de sofrimento** e **de morte** são as categorias que apresentam, por parte dos participantes, a percepção de **desgaste da saúde** e **de deterioração** como conseqüências do adoecimento por câncer. Os trechos das entrevistas dos quais foram retiradas estas subcategorias, encontram-se a baixo, respectivamente:

*Era pra ser um rapaz de trinta, nem isso! E to com quarenta e oito anos e com problema! É que o câncer e a bebida me acabou... (SUJ.1)*  
*Quando eu vi que aquele câncer tava comendo ela por tudo aqui assim... (SUJ.1)*

Percebe-se, através das falas expostas, a relação entre o adoecimento por câncer e o alcoolismo e os efeitos causados pelos dois no que diz respeito ao desgaste da saúde, bem como a percepção do câncer como uma doença corrosiva ao organismo. Esse sentimento pode tanto ser decorrente das alterações sofridas pelo corpo como um todo, incluindo o desgaste do sistema neuroimunológico, segundo Yamaguchi (2003), como ser conseqüência dos efeitos causados por uma doença crônica à vida do sujeito em todos os setores de sua vida, já que seu tratamento, geralmente, é demorado e invasivo no que se refere à intimidade e autonomia do paciente diante da condição de paciente oncológico hospitalizado, assim como discutem Capoti, Gibran, Horta e Neme (2003) sobre os fatores presentes no contexto hospitalar.

Surgiram, também, subcategorias que expressam grande sofrimento por parte dos entrevistados e que estão diretamente ligadas a fatores de crenças imaginárias quanto à doença e quanto à fatores consecutivos desta. São as seguintes subcategorias, respectivamente: **medo de transmissão** e **de não poder comer**.

A subcategoria **medo de transmissão** é evidenciada pela seguinte fala:

*Fiquei com medo de passar pra minha mulher e pra minha filha né, como a gente vive junto, né... E agora tem o neto também e eu quero pega ele no colo mas eu tenho medo... (SUJ.1)*

Esse trecho do relato do participante 1 demonstra o sofrimento vivenciado por ele pelo fato de acreditar que pode transmitir câncer para seus familiares e, por essa razão, afasta-se dos mesmos com o objetivo de protegê-los de sua doença. Este fato contrapõe-se com a subcategoria **de apoio familiar** da categoria **percepção em relação ao recebimento do**

**diagnóstico** que demonstra a importância da família no processo de adoecimento. Dessa forma percebe-se que, apesar da vontade de ter a família por perto durante o adoecimento, há um afastamento dos membros da família, por parte do entrevistado.

Já a subcategoria referente à percepção **de não poder comer** diz respeito aos fatores consecutivos da doença e está diretamente ligada às questões de ordem prática e necessidades básicas do ser humano. Tal subcategoria originou-se do seguinte trecho de entrevista apresentado a baixo:

*Não descia! Tava tudo parado! Daí sentei na cadeira, com o prato na mesa... pensei... como é que eu vou ficar com fome... agora... com fome, sem poder engolir nada?! (SUJ.2)*

As teorias voltadas ao estudo do câncer e dos aspectos emocionais relacionados a ele não abordam, especificamente, o fato de não poder engolir a comida, como relata o participante 2 desta pesquisa, até porque isso é um fato que depende do tipo de câncer do paciente e os estudos utilizados para fundamentar esta pesquisa abordam o câncer de uma forma geral, independente de sua classificação. No entanto, o fato de não poder alimentar-se normalmente causa sofrimento e preocupação aos pacientes que vivenciam situações como esta. Esse sofrimento é decorrente das transformações ocasionadas pelo adoecimento, pelas dúvidas sobre o que está realmente acontecendo e pela sensação de perda das funções básicas do corpo. Sendo assim, esta subcategoria está ligada às subcategorias que evidenciam a percepção de **desgaste da saúde e de deterioração** já apresentadas nesta categoria referente à percepção dos participantes em relação ao câncer.

Através das entrevistas realizadas, foram identificadas, ainda, duas subcategorias que dizem respeito à categoria relacionada ao câncer. A primeira delas é a que demonstra percepção **de crença** no câncer, por parte de um dos entrevistados, que afirma o seguinte:

*O câncer? Eu acredito em câncer, sabe porque... uma época atrás eu morava em outro estado e tinha uma moça... e essa mulher tinha câncer. (SUJ.1)*

Esta fala demonstra que ele sabe da existência do câncer como uma doença mas que, no entanto, ele acredita estar com câncer pelo fato de ter conhecido alguém que possuía esse diagnóstico. Ou seja, o câncer aparece como algo de caráter até certo ponto inexplicável,

o que pode ser relacionado ao sentimento de surpresa diante do diagnóstico, como já demonstrado antes.

A última subcategoria correspondente à percepção dos entrevistados acerca da doença é a **de relação com o estado emocional**, evidenciada pela fala que se segue:

*Por que entra em pânico? Por que entra em desespero? À medida que a pessoa entra em pânico ou em desespero, ele agrava a situação dele. (SUJ.3)*

Esse trecho demonstra a associação feita, por parte dos entrevistados, entre adoecimento e estado emocional. Essa idéia é corroborada teoricamente por Chiattonne (2002) e Vasconcellos (2000) que afirmam a relação direta entre aspectos emocionais, sistema neuroimunológico e surgimento e desenvolvimento do câncer. Estes autores falam que a forma do paciente lidar com seu adoecimento tem influência sobre o tratamento e sobre a possibilidade de cura, podendo, dessa forma, melhorar ou agravar o seu quadro clínico. Sendo assim, percebe-se que o participante citado tem noção da influência que o seu estado emocional exerce no desenvolvimento de sua doença.

A terceira categoria originada a partir das entrevistas realizadas com os participantes desta pesquisa apresenta a **percepção em relação ao aparecimento da doença** por parte dos mesmos. Essa categoria demonstra o que os sujeitos da pesquisa pensam ou sentem sobre os motivos de seu adoecimento, bem como a sua possível responsabilidade sobre o aparecimento do câncer. Sendo assim, a primeira subcategoria encontrada aqui é a de percepção **de culpa**, como está explicitado na fala a baixo:

*A minha vida foi um... eu não digo um fracasso, foi um relaxo, né, um relaxamento. Que eu fiquei, eu podia ter cuidado desde o começo! Se eu tivesse cuidado eu não tava assim! (SUJ.1)*

O participante evidencia em sua fala o sentimento de culpa por não ter cuidado de sua saúde desde o começo, como ele fala, atribuindo o aparecimento de sua doença ao fato do descuido com sua saúde. Sobre isso Chiattonne (2002) afirma que o aparecimento de células cancerosas pode ser entendido como um desequilíbrio ou desarmonia no organismo do paciente oncológico gerado por alterações fisiológicas desse organismo e estados emocionais

deste paciente. Essa afirmação da autora demonstra a relação de atitudes e comportamentos na etiologia e desenvolvimento do câncer.

Portanto, as duas seguintes subcategorias estão diretamente relacionadas com a subcategoria que expressa a percepção **de culpa** por parte do sujeito. Estas subcategorias são as seguintes: **de relação com o cigarro** e **de relação com bebida alcoólica**. As duas dizem respeito à relação entre vícios e a etiologia do câncer, e podem ser consideradas como atitudes e comportamentos adotados pelos pacientes oncológicos anteriormente ao seu adoecimento. Sendo assim, essas duas subcategorias são corroboradas pela teoria exposta por Chiattonne (2002) e justificam a subcategoria de sentimento **de culpa** apresentada a cima. Isso porque, como demonstra a fala a baixo, os participantes atribuem o aparecimento do câncer ao vício, que poderia ser considerado descuido com a saúde. Segue, assim, o trecho que evidencia as subcategorias:

*Aí eu... eu fumava e ainda fumo, ainda hoje. Mas eu to deixando... e tudo isso foi por causa do cigarro. Por causa do cigarro criou o câncer! (SUJ.1)*

Segue, nesse sentido, a subcategoria que explicita a percepção **de retaliação** em relação ao aparecimento do câncer. Essa subcategoria está relacionada com as três anteriores por expressar a idéia de que o adoecimento originou-se como castigo pelo vício, considerado como falta de cuidado com a saúde. Pode-se dizer que esta subcategoria é consecutiva à subcategoria que expressa a percepção **de culpa** apresentada pelos entrevistados, já que, se há sentimento de culpa em relação à etiologia do câncer, há também a sensação de estar sendo castigado pelos erros cometidos.

LeShan (1992), ao falar sobre as características de personalidade comumente encontradas em pacientes oncológicos, afirma que estes podem apresentar sentimento de fracasso em relação a seus comportamentos e atitudes. Neste caso, não foi apresentada nenhuma subcategoria denominada pela percepção de fracasso. No entanto, os sentimentos de culpa e de estar sendo castigado não deixam de demonstrar o sentimento de ter fracassado diante dos cuidados com a vida e com a saúde. A própria fala do sujeito 1 que originou a subcategoria relacionada à percepção **de culpa**, expressa também, de certa forma, um sentimento de fracasso.

Pode-se pensar, ainda, sobre quais fatores na vida destes sujeitos os levam a esses sentimentos de culpa, de castigo e de punição em relação à doença. Talvez caiba, aqui, a

hipótese de uma relação entre as percepções referentes à espiritualidade como fé em Deus, trazidas pelos participantes em seus relatos, e tais sentimentos. Essa idéia é apresentada como hipótese, pelo fato de, nestas falas que expressam sentimento de culpa, retaliação e fracasso, não estarem presentes referências a Deus, por parte dos entrevistados. Entretanto, sabendo-se das percepções vivenciadas por eles acerca de Deus como responsável pelas decisões em relação à sua saúde, pode-se pensar que, essa punição ou retaliação que os sujeitos demonstram sentir, é decorrente de uma decisão, de um julgamento de Deus sobre seus comportamentos e hábitos de vida como o vício, por exemplo.

As últimas subcategorias referentes ao aparecimento da doença são **de indução, de consequência dos exames e de relação com a idade** e são evidenciadas pelas seguintes falas, respectivamente:

*...o câncer dela era aqui... tava comendo tudo aqui... e aí eu botei na cabeça aquilo lá... (SUJ.1)*

*Assim que apareceu o problema, que eu fui fazer os exames, daí começo a aparece problema na urina... e tal... na saúde, aí ele me deu medicamento... (SUJ.3)*

*É como eu digo, não sou guri... (SUJ.3)*

Percebe-se, através da fala do entrevistado 1, que a subcategoria que demonstra percepção **de indução** em relação ao aparecimento da doença apresenta, por parte deste sujeito, a idéia de que seu adoecimento surgiu após o contato com alguém que tinha câncer e que, pelo fato de ter ficado impressionado com o estado físico desta pessoa, sua mente, de certa forma, pode ter criado o seu câncer também. Essa percepção difere-se daquelas evidenciadas pelo sujeito 3 em suas duas falas, as quais representam percepção **de consequência dos exames e de relação com a idade**. Ou seja, essas duas últimas subcategorias apresentam a percepção de fatores externos ao controle dos participantes influenciando no surgimento do câncer, ao contrário da **de indução**, que evidencia a idéia de câncer como criação do próprio paciente através do pensamento.

Porém, é notável, ainda, a relação existente entre a percepção de indução e a percepção de culpa, diante do aparecimento do câncer. Isso porque, o sentimento de culpa é decorrente da idéia de fracasso e de falta de cuidado em relação a saúde e a vida, podendo, dessa forma, trazer a sensação de indução do adoecimento, através da culpa e da crença de estar sendo castigado pelos seus maus hábitos diante da vida.

A próxima categoria a ser apresentada aqui foi denominada de **percepção em relação ao histórico de adoecimento e hospitalização** e diz respeito aos sentimentos e pensamentos dos participantes sobre possíveis adoecimentos passados. O sujeito 1 foi o que mais relatou sobre seu passado e sobre a repercussão que este teve na sua saúde e na sua vida atualmente. Portanto, esta categoria está relacionada, principalmente, com a categoria problematizada anteriormente sobre as diferentes percepções, por parte dos entrevistados, em relação ao aparecimento do câncer.

A primeira subcategoria originada a partir das entrevistas é a que indica tratamentos já realizados pelo participante 1 e está explicitada no seguinte trecho de sua entrevista:

*Já, já fiz muitos tratamentos... que eu era um alcoólatra... eu fui internado sete vezes... (SUJ.1)*

Esta fala mostra que o participante 1 considera ter um grande histórico de tratamento e hospitalização pelo alcoolismo e ajuda a compreender as outras subcategorias originadas de seus relatos acerca de sua relação com a saúde anteriormente ao câncer. Sendo assim, segue a subcategoria **de descaso com a saúde** explicitada na fala a baixo e que demonstra a percepção do sujeito de ter sido indiferente em relação à sua saúde:

*[...] e quantas vezes eu fui trabalha bêbado... caía atrás do caminhão no calçamento! E eu não tava nem aí se pisavam ou não... podia corre que eu não... (SUJ.1)*

*É... eu vou fazer agora em novembro 48. Queria ter quinze, mas já que tem 48... quando tiver 50 mesmo queria ter quinze. Agora é tarde! (SUJ.1)*

Já a subcategoria **de perda da vida** demonstra o sentimento, por parte do entrevistado, de ter perdido a vida em consequência de seu vício. O trecho da entrevista que evidencia essa percepção é a seguinte:

*Que eu perdi muito a minha vida por causa do álcool... porque foi muito... eu tomava! (SUJ.1)*

Por último, a subcategoria **de perda da família** representa o sentimento de ameaça de perda de pessoas queridas que constituem a família deste sujeito. Neste caso, essa subcategoria diferencia-se das outras pelo fato de representar uma ameaça e não uma perda de fato. No entanto, não deixa de representar sofrimento para a pessoa que vivencia esse sentimento. A fala que deu origem a esta subcategoria é apresentada a baixo:

*[...] faz três anos já... até mais de três anos! Faz três anos que eu não quero mais sabe... eu tava perdendo a família já! (SUJ.1)*

Percebe-se que, em todas as três subcategorias, está presente o sentimento de responsabilidade pelas perdas ou ameaça de perda sofridas pelo sujeito. Essa percepção é corroborada pelas afirmações feitas por LeShan (1992) e Chiattonne (2002) em relação à história de vida de pacientes com câncer. Os autores dizem que há, comumente, histórias de perdas ou ameaças de perdas importantes na vida dessas pessoas. Falam, inclusive, sobre o sentimento de fracasso, muitas vezes apresentado pelos pacientes, em relação aos seus hábitos de vida e comportamentos. Esse sentimento pode ser percebido nas falas do participante 1, já que demonstra a sensação de ter sido responsável por essas perdas significativas em sua vida, através de maus hábitos e comportamentos prejudiciais à sua saúde.

A subcategoria que se segue é consecutiva, então, às apresentadas anteriormente nesta categoria e revela a percepção **de arrependimento**, por parte do sujeito 1, em relação ao seu histórico de adoecimento e hospitalização. O participante demonstra, então, sentimento de ter-se arrependido das atitudes e comportamentos adotados durante sua vida, já que atribui seu sofrimento à esses hábitos. O que evidencia essa percepção é a seguinte fala:

*Hoje eu me arrependo de tudo... pra passar o que eu passei... (SUJ.1)*

Através dessas evidências, pode-se estabelecer, aqui, uma relação direta entre a categoria de **percepção em relação ao aparecimento da doença** que evidencia sentimentos de culpa, de retaliação e de relação com os vícios no aparecimento do câncer, e os sentimentos de perda, de arrependimento e de descaso com a saúde, presentes histórico de adoecimento e hospitalização. Isso porque, foi possível perceber que os entrevistados atribuem o aparecimento do câncer aos comportamentos e hábitos de vida que obtinham no passado. Todos esses sentimentos são abordados por Chiattonne (2002), LeShan (1992) e Carvalho (2003) ao discutirem sobre as características convergentes entre pacientes oncológicos e suas histórias de vida.

Com o decorrer da entrevista, foi possível identificar a subcategoria que demonstra a percepção **de vontade de viver** no trecho que se segue:

*Todo mundo pensava ‘o L. vai morrer, se continuar assim!’ Eu sei que eu ia morrer! Foi por isso que eu pedi pra Deus... não! Não quero morrer, sou novo ainda! Tenho muita vida pela frente ainda! (SUJ.1)*

Percebe-se, na fala do entrevistado, o sentimento de ameaça de morte, ou seja, de perda da vida de fato, como consequência da perda da saúde causada pelo vício. Pode-se dizer, então, que a partir desse sentimento de ameaça de morte, o entrevistado sentiu vontade de viver. Ou seja, ele demonstra que o medo de perder a vida de fato causou-lhe vontade de viver por acreditar que ainda era novo para morrer. Essa subcategoria contrapõe-se a subcategoria **de perda de tempo** apresentada anteriormente. Isso porque, a fala do sujeito 1 neste trecho que deu origem à subcategoria **de vontade de viver** evidencia, ainda, a percepção de ser jovem para morrer e de ter tempo para viver muito ainda.

Pôde-se identificar, através do relato do sujeito 1, a subcategoria **de descoberta da espiritualidade** durante o histórico de adoecimento e hospitalização. Essa subcategoria é corroborada pelas teorias que abordam a espiritualidade como estratégia de enfrentamento, que será mais bem discutida no subcapítulo a seguir, que trata sobre este tema.

*Depois que eu fui nessa igreja evangélica que eu vi o que era. Então... eu vi que, quando tu faz tua oração... tu tá ajoelhado ali e faz tua oração, tu nota... se Deus tá te ajudando ou não tá.” (SUJ.1)*

A próxima subcategoria que diz respeito ao histórico de adoecimento e hospitalização, demonstra o sentimento, por parte do entrevistado, de ter sido negligenciado em sua saúde, pelo médico que o atendia. Sendo assim, a subcategoria é referente à percepção **de negligência médica** e foi originada a partir do seguinte relato:

*Que eu tinha arrancado os dentes, que eu queria bota chapa... e que daí, quando era o último, o doutor... o... dentista fez muito rápido e deixou um pedacinho em baixo, e eu passava a língua e sentia! Daí eu fui lá e falei pra ele... ‘Ó, tem um pedacinho de dente aqui que tu não conseguiu tirar’ que quebrou né... e ele diz ‘não tem nada’... (SUJ.1)*

Através do trecho mostrado anteriormente percebe-se dois momentos em que o participante sentiu-se negligenciado. No momento em que conta que o dentista realizou o fim do procedimento muito rápido e que, por isso, não o realizou da melhor maneira, e o segundo momento é quando o entrevistado conta que voltou ao dentista para resolver seu problema e o dentista desconsiderou seu discurso dizendo que não havia nada de errado.

Sobre a atenção aos pacientes, por parte da equipe médica, Campos (1995) afirma ser de extrema importância a escuta atenta dos profissionais em relação a queixa do paciente em sua totalidade. Ou seja, para que a relação médico/paciente seja mais humanizada, é necessário escutar todos os aspectos que podem compor essa queixa, levando em consideração fatores físicos, emocionais e sociais decorrentes do adoecimento. No caso deste participante não se tratava de um processo de hospitalização, no entanto, ele expressa preocupação em relação à sua saúde e busca o profissional da saúde com o objetivo de encontrar uma resolução que, de certa forma, lhe foi negada.

Já a última subcategoria a ser apresentada diz respeito à percepção **de cuidado com a saúde** por parte do entrevistado 3, no que diz respeito à sua história de adoecimento e hospitalização. A fala que deu origem a esta subcategoria é a seguinte:

*[...] eu fui lá no posto pra ele me dá uma autorização pra mim fazer os exame de praxe assim, que na minha idade deve fazer... que é... colesterol, glicérido, glicose, ácido úrico... daí ele pergunto sobre o... o exame de próstata. Eu disse pra ele que não tinha feito. Daí me lembrei que há uns três anos atrás eu tinha feito os exame de sangue, de próstata, mas não tinha acusado nada... pois é, mas é bom nós faze! (SUJ.3)*

Nesse caso percebe-se o cuidado com a saúde como sendo um hábito, por parte do entrevistado. Isso porque ele mesmo denomina seus exames como exames de praxe, e demonstra considerá-los importante. Essa subcategoria não está de acordo com as teorias sobre características encontradas em pacientes oncológicos apresentadas por LeShan (1992) e Chiattonne (2002), já que estas teorias afirmam ser comum a falta de cuidados consigo e com sua saúde, por parte desses pacientes. O que percebe-se aqui é que mesmo pessoas que têm por hábito fazer exames de rotina e prevenção, podem, por alguma razão, desenvolver em seu organismo células cancerosas. No entanto, o relato mostra que as teorias caminham na direção

certa ao afirmarem que a etiologia e desenvolvimento do câncer têm aspectos multifatoriais e dependem da realidade e da história de vida de cada pessoa.

A categoria que será problematizada a seguir diz respeito ao processo de tratamento oncológico pelo qual os participantes estão submetidos atualmente. Ao falar em tratamento, neste caso, refere-se também à hospitalização atual, pelo fato dos pacientes encontrarem-se hospedados no hospital onde realizam seu tratamento e este é um fator importante do processo de adoecimento com um todo. Sendo assim, a categoria foi denominada de **percepção em relação ao tratamento e hospitalização**. Essa categoria foi organizada em quatro grupos de subcategorias, para facilitar a compreensão de como os participantes percebem seu processo de tratamento e a forma como lidam com o mesmo.

Dessa forma, o primeiro grupo refere-se aos aspectos percebidos como negativos do tratamento pelos participantes. As subcategorias que constituem esse grupo são as que se referem à percepção **de efeito colateral, falta de informação e de demora**.

A primeira subcategoria que surgiu das entrevistas e que representa os aspectos negativos do tratamento é a que explicita a percepção **de efeito colateral** e é evidenciada pela seguinte fala:

*E como eu to fazendo a quimio, né... deu problema aqui no meu pescoço porque é todo dia né e ela queima... vai queimando aos poucos e ficou assim... (SUJ.1)*

*Mas aí eu fico enjoado, fico nervoso! (SUJ.1)*

Percebe-se nas falas do sujeito 1 que o efeito colateral pode tanto ser físico quanto emocional, pelo fato de causar mal-estar e queimaduras na pele. Os efeitos colaterais geralmente são responsáveis por grande parte do sofrimento sentido por pacientes oncológicos, pelo fato do tratamento ser forte e invasivo ao organismo. Sobre esses processos, Gibran; Horta e Neme (2003) afirmam que tratamentos médicos invasivos geram desconforto e sentimento de violação do corpo, da intimidade e da autonomia do paciente. No caso de pacientes oncológicos, tratamentos como radioterapia e quimioterapia, podem causar dor, náuseas e mal-estar, tornando o processo de adoecimento mais sofrido.

A segunda subcategoria pertencente ao grupo de aspectos negativos decorrentes do tratamento e da hospitalização diz respeito à percepção **de falta de informação** em relação ao tratamento. Esta subcategoria tem como evidência o seguinte trecho da entrevista:

*Eu não sei... não sei... os médicos, ninguém me disse nada ainda. Quando foi pra me interna o médico me disse... trinta, quarenta dias. Só isso aí que eu sei, mas não é certo o dia. (SUJ.2)*

A falta de informação, demonstrada pelo participante 2, pode gerar ansiedade e angústia no paciente, pelo fato deste não saber o que vai acontecer com sua saúde e com seu tratamento. No caso deste paciente, em especial, a falta de informação era sobre o tempo de internação e de tratamento, pois ele relatou, durante a entrevista, que já havia quase trinta dias que estava hospitalizado, mas que acabara de começar o tratamento. Sendo assim, ficaria mais tempo do que lhe foi informado, gerando expectativa quanto ao tempo que ainda ficaria no hospital. Essa subcategoria vai ao encontro do que Campos (1995) afirma sobre os sentimentos decorrentes da falta de informação. A autora ainda afirma que explicar para o paciente de maneira clara sobre o seu tratamento, diagnóstico e hospitalização, pode minimizar a ansiedade sentida pelo mesmo decorrentes da dúvida. Essas medidas podem, ainda, contribuir para a promoção do senso de responsabilidade perante o tratamento e cuidado com a saúde.

Outro aspecto considerado como negativo pelos pacientes e que pode gerar sentimentos de ansiedade, angústia e expectativa em relação ao que vai acontecer no processo de tratamento e hospitalização, é a demora dos procedimentos necessários para a internação do paciente. O trecho da entrevista apresentado a seguir evidencia a percepção do paciente em relação a estes processos e dá origem à subcategoria **de demora:**

*E aí eu fui no médico no meio de abril. Só que... de lá o SUS me levou pra Porto União, e ainda demorou de Porto União... e foi demorando até eu chegar aqui, né, e começar o tratamento. Depois esperar vaga pra telefona pra eu vim me interna. Aí que demorou todo esse tempo. (SUJ.1)*

As teorias que abordam os processos de adoecimento, hospitalização e tratamento não discutem, especificamente, questões como esta em relação à demora dos procedimentos para internação. No entanto, autores como Neme & Rodrigues (2003), Angerami-Camon (2004) e Ismael (2005) que abordam teorias de Psicologia Hospitalar, afirmam que os aspectos emocionais apresentados pelos pacientes, são fundamentais para o tratamento e hospitalização, podendo tanto auxiliar como prejudicar o processo e o desenvolvimento da

doença. Portanto, todos os aspectos negativos apresentados aqui, podem interferir de forma prejudicial na saúde e no tratamento da doença destes pacientes, influenciando na maneira com que os mesmos lidam com a hospitalização e o adoecimento. Esses fatores podem agravar, então, o quadro clínico do paciente, bem como seu estado emocional.

Assim como os aspectos negativos podem gerar sentimentos prejudiciais à saúde e ao tratamento dos pacientes oncológicos, os aspectos considerados positivos podem auxiliar na minimização do sofrimento decorrente da hospitalização. Os participantes desta pesquisa evidenciaram, através das entrevistas, perceberem mais aspectos positivos no seu processo de tratamento e hospitalização do que aspectos negativos.

As três primeiras subcategorias que fazem parte do grupo de aspectos positivos referentes ao tratamento e à hospitalização relacionam-se entre si e demonstram as seguintes percepções por parte dos participantes: **de amparo médico, de incentivo médico e de ser cuidado**. Estas subcategorias são explicitadas pelas falas dos sujeitos que se seguem, respectivamente:

*Daí eu cheguei aqui e o Dr. disse, já que tu tá aqui L.C., tu se trata aqui comigo. Porque já tava tudo pronto... e ele entendeu né que o meu negócio não podia demorar muito, não podia demorar muito porque podia ser pior ainda! (SUJ.1)*

*[...] o Dr. trata bem! Chega aí gritando de manhã cedo... ‘Ô L.C., como que tá? Tá bom?’ Se eu quero ir pra casa... e assim vai indo...(SUJ.1)*

*Trinta dias tá fazendo hoje, que eu to aqui no hospital. Daí dez dias eu fiquei sem tratamento nenhum, porque eu vim muito fraco né. Então daí bastante vitamina... e tudo que me dão né... (SUJ.2)*

Pode-se perceber, através da fala dos participantes, a importância dos cuidados por parte da equipe de saúde para o tratamento e o bem estar dos pacientes durante a hospitalização. Esses cuidados têm como consequência, sentimentos de amparo e de confiança na equipe médica. Esses sentimentos, por sua vez, auxiliam na redução de sentimentos prejudiciais à saúde emocional do paciente, como já foi discutido anteriormente. Por isso, afirma-se que, a atenção dos profissionais da saúde em relação aos pacientes é fundamental para o processo de tratamento e hospitalização.

Tais subcategorias articulam-se à subcategoria que demonstra sentimento **de esperança** em relação ao tratamento, por parte dos entrevistados. Isso porque, dependendo da postura do médico e todos os profissionais da saúde, o paciente sente-se mais seguro acerca dos procedimentos de tratamento. Essa percepção de segurança resulta para o paciente, no sentimento de esperança em relação aos resultados do tratamento ao qual encontra-se submetido. A fala que expressa essa subcategoria é a seguinte:

*Pode ser que agora que eu comecei a fazer a quimioterapia, né... pode ser que de agora em diante vai melhorando mais logo e a gente vai embora. (SUJ.2)*

A última subcategoria referente ao grupo de aspectos positivos do tratamento e hospitalização é a que mostra a percepção **de compensação** contida no tratamento realizado pelos participantes. Ou seja, como os entrevistados tiveram a possibilidade de escolha em relação ao procedimento médico e, dentro das alternativas estavam o procedimento cirúrgico ou as terapias – radioterapia e/ou quimioterapia – os sujeitos optaram pelo procedimento terapêutico por acreditarem ser menos invasivo que o cirúrgico. Sendo assim, segue a baixo a fala que evidencia essa percepção:

*Mas pelo menos assim eu não preciso operar! (SUJ.1)*

Essa possibilidade de escolha para os pacientes representa, ainda, outro fator importante no processo de tratamento e hospitalização, a autonomia diante da decisão sobre qual o melhor procedimento considerado por eles. Esse fato auxilia na minimização da perda de identidade e sentimento de violação decorrentes de todos os aspectos que compõem o adoecimento.

Em seguida a este grupo de subcategorias, surge o grupo referente às características convergentes entre pacientes oncológicos diante dos cuidados com sua saúde e a relação estabelecida por eles com suas vontades e necessidades. A primeira subcategoria deste grupo expressa sentimento **de gratidão** por parte dos entrevistados, em relação às pessoas que fazem ou não parte da equipe médica, e que, de alguma forma cuidaram desses pacientes, como familiares, por exemplo. Esse sentimento fica evidente na seguinte fala:

*... e até hoje, graças à Deus to aqui! Por isso que agradeço à ela né [filha]! À ela e àquela médica lá de Blumenau! (SUJ.1)*

Outra subcategoria que surgiu durante as entrevistas e que tem relação com a subcategoria **de gratidão** é a que expressa o sentimento **de descanso** em relação ao processo de hospitalização e tratamento. O trecho da entrevista no qual se pode verificar tal percepção segue a baixo:

*Que nem hoje... hoje eu tava ruim, hoje de manhã! Comi um pãozinho, depois vim pra cá, fiquei acho que umas duas horas aqui deitado, dormi um soninho... (SUJ.1)*

Através desses dois trechos de entrevista percebe-se o sentimento de satisfação pelo fato de estar sendo cuidado e de poder descansar e cuidar de si, bem como fazer o que o corpo sente necessidade. Estas duas subcategorias explicitam alguns aspectos que Chiattonne (2002) e LeShan (1992) abordam sobre as características convergentes da personalidade de pacientes oncológicos. Os autores afirmam que estas pessoas caracterizam-se por colocar a satisfação dos outros sempre anteriormente à sua e, por essa razão, não costumam estabelecer relação de cuidados consigo. Com isto pode-se dizer que, o momento de hospitalização pode significar, para os pacientes, mudanças no modo de lidar com sua saúde, com suas vontades e necessidades, dando abertura para sentimentos como os de serem amados e valorizados por outras pessoas.

As duas subcategorias que seguem as anteriores demonstram, a partir dos relatos dos participantes, as percepções em relação ao tratamento e hospitalização **de não querer incomodar** e **de preocupação**. É apresentado, a baixo, as falas do sujeito 1 que deram origem a estas subcategorias, respectivamente:

*Então não precisa de acompanhante... assim não atrapalha o trabalho dela nem minha mulher que trabalha... (SUJ.1)*

*Fico pensando em casa... o que é que tão fazendo em casa... será que tão deixando minhas coisas em ordem? Que eu tando em casa... que eu não trabalho, né, to encostado pelo INSS, então a mulher trabalha, a casa fica sozinha, meu filho trabalha, minha nora... Então eu fico pensando, será que ninguém vai entrar lá, não vai roubar minhas coisas... (SUJ.1)*

Assim como as subcategorias **de gratidão** e **de descanso** expressam modificações no tipo de relação estabelecida consigo, por parte do sujeito 1 desta pesquisa, as subcategorias **de não querer incomodar** e **de preocupação** explicitam o que foi discutido sobre as características convergentes entre os pacientes oncológicos e a maneira de se posicionar diante dos cuidados consigo e com sua saúde. Ou seja, fica claro, aqui, que o sujeito 1, mesmo em processo de adoecimento, tratamento e hospitalização, demonstra sentimentos de preocupação com as outras pessoas, colocando-se em segundo plano no que diz respeito aos cuidados recebidos pelos familiares. Esses sentimentos e percepções acerca de seu tratamento podem influenciar de forma prejudicial no processo de recuperação da saúde, já que pacientes oncológicos podem acreditar que sua saúde é menos importante que as necessidades alheias, desvalorizando, então, seu tratamento.

O último grupo de subcategorias contidas na categoria referente à **percepção em relação ao tratamento e hospitalização** diz respeito a fatores e sentimentos que também se configuram como estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes durante o seu processo de tratamento e hospitalização. Entretanto, as estratégias de enfrentamento que aparecem aqui, não são as que fazem parte do problema desta pesquisa, ou seja, em relação à espiritualidade. Assim mesmo, cabe problematizar todos os dados que surgiram durante os relatos dos participantes, já que eles mostram a forma de lidar com o processo de adoecimento que cada um apresenta.

Sendo assim, a primeira subcategoria deste grupo é a que expressa a percepção **de necessidade de acompanhante** durante a hospitalização, com o objetivo de ser cuidado por alguém conhecido caso a hospitalização e/ou o tratamento sejam percebidos com mais sofrimento do que o já esperado. O trecho da entrevista que segue a baixo, evidencia esse sentimento:

*Aí eu fui... falei com a doutora de lá e disse, olha, eu quero ser internado, mas... eu também preciso de um acompanhante. Se fica ruim tem alguém pra fica junto comigo, né! (SUJ.1)*

Entretanto, o mesmo participante, após alguns dias de sua hospitalização, percebe não ser mais necessária a presença de um acompanhante de seu convívio para estar internado. Isso porque, pacientes hospitalizados tendem a estabelecer vínculos entre si durante o processo de tratamento, diminuindo, assim, a angústia gerada pelo sentimento de desamparo e solidão. Esse fato é explicitado pelo seguinte relato:

*Aí ela veio... fico dois, três dias... três dia que eu tava aqui, aí eu disse não... aí ela começou a trabalhar em outro serviço, e eu falei não... a gente se vira, eu fico sozinho, porque eu não to sozinho, eu to com ele, to com o pai dele, os outros né. (SUJ.1)*

Portanto, a subcategoria originada desta fala é a de **rede de apoio hospitalar**, que demonstra a percepção dos entrevistados em relação aos vínculos formados dentro da instituição hospitalar, vistos como importantes na superação desse processo. As redes de apoio que se formam nesses casos, têm como característica minimizar o estresse gerado pelo tratamento e internação e, por essa razão, caracterizam-se como um tipo de estratégia de enfrentamento. Essas redes são importantes, ainda, pelo fato de serem formadas por pacientes e familiares dos mesmos e, por essa razão, configuram-se como grupos de pessoas que vivenciam as mesmas situações e, provavelmente, conflitos parecidos.

A seguinte subcategoria relaciona-se com as duas anteriores pelo fato de representar estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes no processo de hospitalização e tratamento. Esta subcategoria mostra a percepção dos entrevistados em relação à **família como suporte** e tem como característica a importância dada aos familiares por parte destes entrevistados. Segue assim, a fala que exemplifica esse sentimento:

*Claro! Ajuda! Meus irmãos... é tudo né, é a família! (SUJ.1)*

No caso do sujeito 1 percebe-se, então, o grau de importância atribuído por esse sujeito à sua família. Dessa forma, pode-se dizer que, para ele, o apoio familiar é percebido como um tipo de estratégia de enfrentamento fundamental no seu processo de adoecimento.

As duas próximas subcategorias dizem respeito à percepção dos entrevistados em relação à hospitalização e tratamento como sendo atribuições de Deus à sua vida. Estas subcategorias poderiam fazer parte do subcapítulo 4.2, que abordará a espiritualidade como estratégia de enfrentamento. No entanto, percebe-se aqui, que o fator da hospitalização e do tratamento está posto, na fala dos entrevistados, como anterior às atribuições dadas por eles para a espiritualidade. Ou seja, nos relatos apresentados a seguir, percebe-se quais significados são dados ao processo de hospitalização e tratamento a partir de sua percepção em relação à espiritualidade. As subcategorias são **de plano de Deus** e **de medicina como instrumento de Deus**. As falas que evidenciam essas percepções seguem respectivamente a cada subcategoria:

*Eu confio porque antes deu saí de casa, que o pastor me falo aquilo lá... que eu tinha que vir aqui, era um plano de Deus eu vim aqui.*  
(SUJ.3)

*Mas Deus deixou o homem, a medicina, para curar as enfermidade...*  
(SUJ.3)

Portanto, estas subcategorias caracterizam-se, também, por estratégias de enfrentamento encontradas entre os participantes e têm como objetivo dar significados à hospitalização e ao tratamento sofrido pelos mesmos. Significados, estes, atribuídos a partir de sua fé em Deus e das crenças atribuídas à ele. É possível pensar, portanto, que mais uma vez Deus aparece para estes sujeitos como a personificação de alguém que tem o poder de decidir sobre a vida e a saúde das pessoas, ou seja, a vida destes sujeitos seria vivida de acordo com os planos que Deus tem para eles, e este seria o significado dado por eles à sua vida.

Pode-se perceber, ainda, através dos relatos dos sujeitos desta pesquisa, que todas as subcategorias que constituem esse grupo referente às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos entrevistados, caracterizam-se, de acordo com Folkman e Lazarus (1980, apud PANZINI E BANDEIRA, 2007), por estratégias de enfrentamento voltadas à regulação da resposta emocional diante do fator estressor. Nesse caso, a situação estressora é constituída pelo processo de adoecimento como um todo e os fatores decorrentes desse processo. Essa regulação da resposta emocional dos sujeitos, objetiva manter a integridade da saúde emocional dos pacientes e, com isso, minimizar todos os sentimentos prejudiciais à sua saúde integral.

Diante de todas as categorias apresentadas anteriormente que descrevem e problematizam a percepção dos sujeitos desta pesquisa em relação aos fatores envolvidos no processo de adoecimento por câncer e a hospitalização e tratamentos decorrentes deste, surgem três novas categorias, ainda referentes a este processo. As seguintes categorias diferenciam-se das outras pelo fato de expressarem a percepção dos entrevistados em relação às possibilidades que estes acreditam estarem reservadas para o futuro. Ou seja, todas as categorias que foram apresentadas até então eram referentes a alguns trechos do passado dos pacientes, contidos na história de vida dos mesmos, ou então, eram referentes ao momento presente da vida destes pacientes, do qual faz parte o adoecimento, a hospitalização e os tratamentos aos quais estão submetidos.

Estas categorias expressam, então **percepção em relação à possibilidade de recuperação**, **percepção em relação ao prognóstico** e **percepção em relação a possibilidade de desospitalização**.

A primeira destas categorias a ser abordada aqui é a que evidencia a **percepção em relação à possibilidade de recuperação** por parte dos entrevistados. São duas as subcategorias pertencentes a esta categoria e demonstram tais percepções: **de esquecimento do sofrimento** e **de retomada da saúde**. Estas subcategorias são evidenciadas abaixo pelas falas dos participantes, respectivamente:

*Quando chegar o dia de eu ir pra casa, não quero mais olhar pra trás, só pra frente! É isso que eu quero! ((SUJ.1)*

*Agora eu sinto que eu to me recuperando, né! (SUJ.1)*

Esses trechos das entrevistas apresentados aqui, demonstram a percepção dos sujeitos em relação a um passado do qual eles gostariam de esquecer, pelo fato de suas histórias de vida estarem envolvidas com situações de sofrimento, perda da saúde, hospitalizações, entre outros. Pelo fato de demonstrarem sentimentos de confiança e esperança em relação à equipe de saúde e ao tratamento, os participantes percebem sua possibilidade de recuperação uma possibilidade também de esquecer o sofrimento e dor vivenciado por eles no passado.

A próxima categoria relaciona-se com a anterior e expressa a **percepção em relação ao prognóstico**. Nesse caso, é importante ressaltar que o prognóstico é apresentado pela equipe médica, e diz respeito as possíveis condições físicas do paciente durante e após o período de tratamento e hospitalização, bem como ao tempo deste processo. Esta categoria, assim como a anterior, é composta de duas subcategorias que demonstram percepção **de aceitação** e **de expectativa pela alta** em relação ao prognóstico. Segue a baixo os trechos respectivos a estas subcategorias:

*Ele falo trinta e cinco dias... ta bom! Eu pensei que ia fica seis meses aqui dentro, ta louco, eu ia fica doido aqui! Mas não... já passou... já faz vinte e sete, vinte e oito... (SUJ.1)*

*Vinte e oito rádio... trinta e cinco semana que vem! Terça, quarta-feira acaba! E aí eu to aqui... (SUJ.1)*

Percebe-se, através dos relatos feitos pelos entrevistados, o sentimento de aceitação em relação ao prognóstico como consequência das expectativas, por parte dos sujeitos, anteriores ao prognóstico realizado pela equipe médica. Ou seja, fica claro na fala do sujeito 1 que este acreditava ser necessário mais tempo de hospitalização para o tratamento do câncer. Por essa razão, sente-se aliviado ao saber que seu tempo de internação é de trinta e cinco dias. Portanto, a proximidade do fim deste prazo de hospitalização, gera expectativas para o paciente, fazendo com que o mesmo conte, regressivamente, o número de sessões de radioterapia, já que seu tempo de hospitalização é, geralmente, baseado no número de sessões prescritas pela equipe de saúde.

A última categoria deste subcapítulo que aborda o processo de adoecimento e os fatores decorrentes do mesmo, diz respeito à **percepção em relação a possibilidade de desospitalização** expressa pelos entrevistados durante o decorrer das entrevistas. Essa categoria, portanto, refere-se aos planos feitos pelos sujeitos em relação à sua vida pós-hospitalização. Sendo assim, as subcategorias encontradas aqui, expressam as percepções **de abandono dos vícios, de voltar para a família, de confiança em Deus e de ser feliz**. Segue, então respectivamente, os trechos das entrevistas que deram origem a esta categoria e suas subcategorias:

*Teve uma época que eu fumava três carteira de cigarro e fumava palheiro ainda! Agora eu fumo... eu fumo meia carteira por dia... mas eu vou parar! Deixa só eu sair daqui. Que a gente aqui... se não tivesse ninguém fumando aqui, eu não fumava! Não tinha como fumar! (SUJ.1)*

*Agora que eu sou vovô... a mulher vai fazer 47, eu vou fazer 48... dois filhos bem criadinhos, nenhum é doente, tenho um neto, tenho minha mãe viva! (SUJ.1)*

*Ah... segundo a vontade do meu pai... estou aqui pela sua vontade! A hora que o senhor achar que eu tenho que sair daqui, me tirar daqui, o senhor vai me tirar... minha vida, meus caminhos.. ta na mão dele. (SUJ.3)*

*Daqui pra frente caprichar porque... chega de sofrer! (SUJ.1)*

É possível perceber nestas três últimas categorias, a expressão de sentimentos de esperança em relação ao tratamento, de vontade de viver, expectativas e projetos de vida para

o período que precede a hospitalização, bem como outros fatores relacionados à recuperação da saúde e dos fatores positivos da vida desses sujeitos. Pode-se dizer que há relação entre esses sentimentos por parte dos entrevistados e os grupos de subcategorias referentes a estratégias de enfrentamento e aspectos positivos da hospitalização apresentados anteriormente na categoria que aborda a percepção destes sujeitos em relação ao tratamento.

A fundamentação teórica utilizada nesta pesquisa não aborda temas como prognóstico, recuperação e desospitalização da forma que os entrevistados apresentam durante seus relatos. No entanto, pode-se pensar nesses temas e nas percepções e sentimentos decorrentes dos mesmos, como uma transformação no modo de lidar com o sofrimento, com o adoecimento e com a saúde, por parte dos sujeitos. Nesse sentido, é possível estabelecer relação entre as teorias de Chiattonne (2002), LeShan (1992) e Carvalho (2003) que abordam as características convergentes entre pacientes oncológicos e o aspecto das perdas, ou ameaças de perdas significativas que estes pacientes sofrem ao longo da vida. Quer dizer, no caso dos participantes desta pesquisa é notável uma modificação na maneira de perceber a sua vida e sua saúde, bem como suas necessidades e sentimentos, como consequência do esgotamento causado por fatores prejudiciais ao bem-estar integral e qualidade de vida desses pacientes. Este subcapítulo demonstra, então, que pacientes oncológicos caracterizam-se por pessoas que sofreram diversas perdas ao longo de suas vidas e, por esta razão, são, talvez, mais vulneráveis ao aparecimento do câncer em seu organismo do que outras pessoas, assim como afirmam Chiattonne (2002), LeShan (1992) e Carvalho (2003). Os participantes desta pesquisa, portanto, apresentam tais características apontadas como sendo comuns às pessoas com câncer. Ou seja, têm histórico de adoecimento e hospitalização, perdas significativas ao longo da vida, como sentimento de perda da saúde, colocam a satisfação dos outros antes da sua e apresentam sentimento de terem fracassado ou terem sido relapsos em relação a determinados âmbitos de suas vidas.

Entretanto, apesar do sofrimento experimentado e explicitado por estes sujeitos, é perceptível sua capacidade de transformação no que diz respeito aos sentimentos, atitudes e hábitos de vida. Essa capacidade tem fundamental influência no processo de tratamento e recuperação da saúde, fazendo do câncer uma possibilidade de transformações positivas em sua vida. Sendo assim, cabe aqui a expressão ‘o câncer como ponto de mutação’ que denomina o livro de LeShan (1992). Isso porque, fica evidente nas entrevistas, que essas transformações ocorrentes na vida dos participantes, são consequência, também, de seu adoecimento. Todos esses fatores discutidos aqui, relacionam-se com a forma que cada participante lida com as situações de estresse durante a vida e com a forma que passaram a

perceber sua vida depois de saber sobre seu adoecimento. Portanto, estes aspectos estão relacionados com as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles em situações que representam ameaça ao seu bem-estar e qualidade de vida.

No entanto, pode-se discutir aqui, a questão da espiritualidade como estratégia de enfrentamento com o objetivo de minimizar o sofrimento, durante os relatos dos sujeitos em relação ao seu prognóstico e possibilidades de recuperação e desospitalização. O que se pretende pensar é no fato das falas dos sujeitos apresentarem a espiritualidade como transformadora, como transcendência de seu estado atual de saúde, no momento em que estes percebem a possibilidade de esquecimento do sofrimento vivenciado pela doença e a possibilidade de felicidade e saúde presentes na expectativa de cura.

Essa hipótese é corroborada pelas subcategorias que dizem respeito ao diagnóstico, doença e tratamento, nas quais aparecem sentimentos de culpa, de perdas, de retaliação conseqüentes do julgamento de um Deus severo, rígido, intransigente diante de comportamentos e hábitos destes sujeitos prejudiciais à sua vida. Neste sentido, pode-se questionar se a presença da espiritualidade como fé em Deus, neste caso, deve ser considerada um tipo de estratégia de enfrentamento, já que esses sentimentos decorrentes da percepção em relação a Deus, acarretam mais culpabilização e dor aos pacientes, do que a minimização e transcendência do seu sofrimento, como seriam os objetivos das estratégias de enfrentamento. Sendo assim, pretende-se ampliar a compreensão da percepção destes sujeitos em relação à espiritualidade no processo de adoecimento e hospitalização, no subcapítulo a seguir, referente a este tema.

#### 4 ESPIRITUALIDADE E ESTRÉGIA DE ENFRENTAMENTO

A partir do que foi exposto sobre a percepção dos sujeitos desta pesquisa em relação ao processo de adoecimento por câncer e os aspectos que envolvem o mesmo, pôde-se perceber que este processo é considerado como sendo uma situação geradora de estresse e sentimentos que podem ser prejudiciais à saúde integral dos pacientes. Entretanto, é notável, entre os participantes, a utilização de diferentes tipos de estratégias de enfrentamento, com o objetivo de minimizar o sofrimento sentido por eles diante do recebimento do diagnóstico, hospitalização e tratamento. Essas estratégias podem ser reconhecidas em seus relatos sobre a

importância do apoio familiar, da relação equipe de saúde/paciente e redes de apoio hospitalar, bem como a recorrência à espiritualidade.

Este subcapítulo, portanto, aborda categorias referentes à **percepção em relação à espiritualidade na hospitalização e tratamento** e vai ao encontro do problema que esta pesquisa pretende responder. Para tanto, as categorias originadas a partir dos relatos dos sujeitos, são apresentadas e problematizadas de acordo com a fundamentação teórica abordada nesta pesquisa. Estas categorias apresentam, ainda, subcategorias diferentes, para melhor compreensão de seus conteúdos. Porém, vale lembrar que todas elas têm relação entre si e essa relação é apresentada ao longo da problematização das mesmas. As três categorias, então, dizem respeito à percepção dos sujeitos em relação à espiritualidade como **fé em deus, religião/religiosidade e crenças pessoais**.

A primeira categoria a ser discutida é referente aos relatos que expressam, por parte dos entrevistados, **a percepção de espiritualidade como fé em deus** e é composta pelas seguintes subcategorias: **Deus como ator do tratamento, Deus como responsável pela saúde, Deus como salvador, Deus como influência emocional, Deus como motivação, Deus como ser humano, Deus com sentimento, Deus como dono da vida, Deus como juiz.**

As três primeiras subcategorias expressam a percepção dos sujeitos em relação a Deus como **ator do tratamento, como responsável pela saúde e como salvador**. As falas que evidenciam essas percepções seguem a baixo, respectivamente:

*E assim a filha... graças a Deus a filha conseguiu tudo isso aqui!*

*Aqui, o hospital... tudo isso! (SUJ.1)*

*Aí eu to aqui né... Graças a Deus eu to bem! (SUJ.1)*

*Um pedacinho de corda, meio metro largo eu tinha morrido. Eu pedi pra Deus, me ajuda, quando eu acordei eu tava na cama. No que me acordei falei, meu Deus... agora vou comer e dormir... (SUJ.1)*

Estes trechos das entrevistas demonstram a relação feita pelos participantes entre Deus e o estado de bem estar e saúde, salvação da vida e responsabilidade sobre o processo de hospitalização e tratamento. Percebe-se a atribuição que os sujeitos dão a Deus como alguém com poder para livrá-los da morte e interferir em sua saúde e tratamento do câncer.

As duas subcategorias que seguem as anteriores também explicitam a percepção acerca de Deus como interferência na saúde dos participantes. No entanto, a diferença entre elas é que, aqui, os sujeitos evidenciam a percepção de **Deus como influência emocional** e de **Deus como motivação**, ou seja, eles apresentam a idéia de Deus como responsável pelo seu

bem estar emocional e pela motivação para enfrentar situações geradores de sentimentos como tristeza e desânimo. Peres, Arantes, Lessa e Caous (2007) falam sobre essa percepção em relação à espiritualidade, afirmando que esta tem como característica trazer propósito à vida das pessoas. No caso dos sujeitos da pesquisa, a espiritualidade aparece como auxiliar na motivação para o tratamento oncológico e hospitalização. As falas apresentadas a seguir são respectivas às subcategorias citadas anteriormente.

*... vou na missa, aí eu não me lembro nada de outra coisa... só de Deus né... me sinto bem! Bem! A gente se sente mais calmo... (SUJ.2)*  
*Eu... dá pra nota porque eu... que quando eu levanto, quando eu levanto, se eu sento aqui na cama eu fico só pensando... hoje é mais um dia... eu fico pensando, ah agüentar o dia inteiro pra lá e pra cá, que nada! Seja o que Deus quiser! Eu falo sempre assim, seja o que Deus quiser! Aí eu levanto, vou lá no banheiro, volto, sento aqui, pego a bíblia, ou dou uma arrumada, sempre arrumo a cama... e assim vai indo, eu esqueço, não fico tão aborrecido... (SUJ.1)*

Através dos relatos dos participantes foi possível identificar duas subcategorias que expressam um sentimento de proximidade entre eles e Deus. Ou seja, percebem **Deus como ser humano** e **Deus com sentimento**. Dessa forma expressam as seguintes falas, respectivamente:

*Aí ali eu comecei a botar na cabeça que bestemar, xingar Deus, pra que? Ele é que nem nós, é um ser humano! (SUJ.1)*  
*Eu fiquei me perguntando... o que é que eu vou fazer que eu ofendi meu senhor que ele se entristeceu comigo... depois eu vim a perceber que foi... o vício que estava, que eu já estava no caminho do alcoolismo e do fumo e outras coisas mais... e aquilo ali tava entristecendo o Senhor! (SUJ.3)*

As percepções explicitadas através das falas dos sujeitos, demonstram o sentimento de preocupação com os sentimentos de Deus, já que este é reconhecido como ser humano, e faz com que estes sujeitos analisem seus comportamentos e atitudes com o objetivo de não magoar Deus, como o sujeito 3 expressa. Percebe-se assim, que a recorrência a espiritualidade está ligada, neste caso, às crenças pessoais de cada participante, e que Deus

pode ser percebido como alguém próximo a eles, apesar dos poderes atribuídos a ele expressos nas subcategorias anteriores.

Já as subcategorias a seguir, voltam a explicitar a percepção dos entrevistados em relação a Deus como ser poderoso, mais bem compreendido como detentor de poderes supremos, ao qual a vida das pessoas está submetida. Essa percepção pode ser radical, no sentido em que coloca nas mãos de Deus a responsabilidade por decisões significativas da vida, e retira dos sujeitos a autonomia perante seus comportamentos e atitudes. Mostra, ainda, a necessidade de obediência às ordens e planos dele para a vida das pessoas, pelo fato de haver, por parte dos sujeitos, a crença de que serão julgados e cobrados por Deus. Segue a baixo os trechos das entrevistas respectivos às subcategorias que apresentam **Deus como dono da vida e Deus como juiz:**

*Tudo depende dele, é por ele! Tudo é dele, pertence a ele! Não diga eu, eu... de nada vale... agora a palavra dele é soberana, vale tudo!*  
(S.UJ.3)

*Mas eu sei que eu estou aqui porque há uma necessidade de eu estar aqui! Se eu me recuso lá na Ponte Alta de vir pra cá, me Deus ia cobrar de mim! Porque o espírito de Deus nos orienta, ele nos manda. Na nossa cabeça tá os mandato dele!* (S.UJ.3)

Percebe-se, através destas falas, uma relação entre as subcategorias que apresentam Deus como juiz e dono da vida e aquelas que demonstram Deus como ser humano e com sentimentos humanos. Essa relação consiste no fato dos sujeitos perceberem Deus como um ser personificado, mas que, no entanto, é possuidor de poderes extra-humanos capazes de dar ou tirar a vida e a saúde das pessoas conforme a sua vontade e seu juízo. Portanto, ao dizer que este Deus impede a autonomia das pessoas perante suas vidas, significa dizer, também, que é diante deste mesmo Deus que os participantes sentem-se culpados pelo seu adoecimento, já que compreendem o mesmo como retaliação por seus comportamentos e atitudes.

Através de todas as subcategorias apresentadas que fazem parte da categoria que diz respeito à **percepção de espiritualidade como fé em Deus**, por parte dos sujeitos desta pesquisa, percebe-se que, para estes, Deus é percebido como uma força capaz de decidir sobre sua vida, sua saúde e seu estado emocional. Sendo assim, a fé em Deus configura-se, às vezes, como estratégia de enfrentamento pelo fato de dar significado aos acontecimentos importantes

da vida dos participantes, como o processo de adoecimento e hospitalização, e gerar motivação para o tratamento. Entretanto, é notável ao longo das entrevistas, que a espiritualidade compreendida como fé em Deus, para estes sujeitos, tem mais características cerceadoras de sua autonomia e responsabilidade com a vida e a saúde, do que características de estratégias de enfrentamento, já que sua percepção em relação à fé em Deus acaba por gerar sentimentos de fracasso e culpa nos participantes.

Estas colocações acerca da percepção dos entrevistados em relação a Deus, são discutidas por Panzini e Bandeira (2007), Calvetti, Muller & Nunes (2007), entre outros, que abordam a relação entre espiritualidade, estratégias de enfrentamento e o bem estar e qualidade de vida das pessoas. Apesar dos autores não se referirem, especificamente ao aspecto da fé em Deus, Lawler e Younger (2002) afirmam que o construto espiritualidade tem a capacidade de dar significado a vida e proporcionar maior resiliência e resistência a situações geradoras de estresse, como é o caso do adoecimento por câncer. Sendo assim, compreende-se o aspecto da fé em Deus como espiritualidade.

Porém, pode-se dizer que os aspectos como resiliência e resistência diante de fatores estressores, como o câncer, decorrentes da espiritualidade, conforme afirmam Lawler e Younger (2002), pouco aparecem nesta pesquisa quando os sujeitos referem-se à espiritualidade como fé em Deus. Isso porque os participantes demonstram mais sentimentos negativos, como culpa, retaliação e fracasso diante dos cuidados com sua saúde, do que sentimentos de esperança e de acolhimento relacionados a este Deus referido por eles.

Nesse sentido, vale pensar sobre a relação entre o papel do psicólogo no hospital, a influência do estado emocional do paciente em seu tratamento e a resignificação de percepções em relação à espiritualidade, que podem influenciar prejudicialmente este estado emocional. Ou seja, se a Psicologia Hospitalar tem como fundamentação a Psicologia da Saúde, que por sua vez acredita em um ser humano integral e na saúde como sendo o equilíbrio entre os aspectos que o compõe, segundo Kahhale (2003), faz-se importante, na prática profissional da psicologia, levar em consideração a espiritualidade como inerente à dimensão do ser humano, conforme Frankl (1975 apud CAMON, 2002) e, a partir daí, auxiliar o sujeito da percepção, neste caso o paciente, na resignificação e desenvolvimento de sua subjetividade.

Portanto, através dos relatos dos sujeitos desta pesquisa, que demonstram percepções e sentimentos de influência prejudicial ao seu estado emocional, em relação à espiritualidade ligada à fé em Deus, percebe-se a importância da psicologia voltar a atenção, também, para este fator componente da dimensão de ser humano destes sujeitos. Sendo assim,

pode-se pensar no papel do psicólogo em ajudar o paciente a ressignificar sua percepção em relação a Deus, tendo em vista que a percepção é o processo constante de significação da realidade e do mundo vivido pelo sujeito, assim como afirma Merleau-Ponty (1999). Desta forma, busca-se junto ao paciente, a recuperação de sua saúde integral.

A segunda categoria aborda a percepção dos entrevistados em relação à **espiritualidade como religião/religiosidade**, que tanto pode referir-se à religião propriamente dita como também estar relacionada com a prática religiosa, ou seja, religiosidade. As subcategorias presentes neste grupo expressam os sentimentos e a forma como os sujeitos desta pesquisa percebem a religião e sua prática religiosa e são as seguintes: **de regeneração, de resgate, como suporte, do pastor como conselheiro, como instituição de cuidado, de igreja como representação de Deus, de oração como ligação com Deus, de diálogo com Deus, de oração para o bem de todos, de servidor de Deus, de perda da autonomia, de cura condicional, de obediência.**

As quatro subcategorias primeiramente apresentadas têm relação entre si, pois demonstram a percepção dos sujeitos em relação à religião como uma possibilidade de transformação de comportamentos e hábitos prejudiciais para a saúde e vida dos entrevistados. Estas categorias, então, são as seguintes: **de regeneração, de resgate, como suporte, do pastor como conselheiro.** Para compreender o significado de cada uma delas, segue a baixo, respectivamente, os trechos das entrevistas que deram origem a elas.

*[...] depois daquilo não bebi mais! (SUJ.1)*

*[...] lá era assim, quem quer entrar no caminho do resgate de vida, entra pra se curar! (SUJ.1)*

*É este a base principal do ser humano, se alicerça na palavra de Jesus, no evangelho de Jesus. Se comunica com teu criador, com teu Pai, é maravilhoso! (SUJ.3)*

*O mal... o mal já passou, ficou pra trás agora! É a mesma coisa que o pastor falou, 'L.C., você olha pra frente, não olha pros lados e não olha pra trás. Olha pra frente e pensa em você. Não se preocupa com os outros que eles tão bem. Cuida de você, você tem que se cuidar! (SUJ.1)*

Estes trechos das entrevistas e suas respectivas subcategorias demonstram que a percepção dos sujeitos em relação à religião está de acordo com o que autores como Koenig

(2001b apud Panzini & Bandeira, 2007) estudam sobre a relação entre religião e saúde. Estes estudos afirmam que religião e/ou religiosidade aumentam o significado dado a vida, a morte e a processos estressores como adoecimento, por parte dos sujeitos, e este fato está relacionado com o bem estar dos mesmos. Por essa razão, a religião/religiosidade pode ser compreendida pelos participantes como suporte durante processos causadores de sofrimento, bem como possibilita a busca pela retomada da saúde e esquecimento do sofrimento, gerados por novos significados dados à vida por estes sujeitos.

Sendo assim, surgem outras subcategorias que abordam a percepção dos entrevistados em relação sobre religião, demonstrando a relação que estes estabelecem entre cuidados com a saúde e instituições religiosas. Estas subcategorias explicitam, ainda, e relação entre tais instituições e Deus. As falas que representam tal percepção seguem a baixo e são respectivas as seguintes subcategorias: **como instituição de cuidado, de igreja como representação de Deus.**

*[...] comia bem... foi indo... nesses nove meses e um dia... quando eu entrei lá, nem 50Kg eu pesava e eu saí de lá com 84Kg! Saí de lá um monstro! (SUJ.1)*

*É, eu sou católico... e gosto! Fui batizado já pequeno... e quero continua sendo. Eu ia na igreja... católica, né. Aí eu vou lá, rezo pros santos... que as outras religião não tem santa, santo... mas Deus é um só! (SUJ.2)*

As próximas subcategorias expressam o sentimento dos participantes de comunicação com Deus através de oração ou de diálogo. Essa percepção pode ser relacionada com a subcategoria **de Deus como ser humano**, já que nos dois casos há a percepção de relacionamento e proximidade entre os sujeitos e Deus. Estas subcategorias foram, então, denominadas de **oração como ligação com Deus** e **de diálogo com Deus**. Sendo assim, faz-se importante explicar que estas subcategorias estão presentes aqui e não no grupo que se refere à espiritualidade como fé em Deus, pelo fato de explicitarem a relação com Deus através da oração, compreendida, neste caso, como religiosidade. Portanto, seguem, respectivamente, as falas dos participantes que deram origem a estas duas subcategorias:

*Aqui... quando eu sento na cadeira, ou fico aqui sentado assim, eu fecho os olhos e começo a rezar né, a falar alguma coisa, procurar Ele sempre me ajudar né! (SUJ.1)*

*[...] tanto que quando eu tinha meus quinze, dezesseis anos eu escutei Ele me chama! Quando eu tinha dezessete, dezoito anos, eu tava de joelho numa oração, porque eu não rezo, eu não decoro nada, eu falo com Ele como estou falando contigo... (SUJ.3)*

As duas subcategorias apresentadas a baixo explicitam a percepção dos entrevistados em relação à religião como sendo parte de um papel social exercido por estes sujeitos, atribuído por Deus. Ou seja, elas demonstram a importância e preocupação destes sujeitos com o bem estar alheio e a forma que eles encontram de fazer algo para promover esse bem estar. As subcategorias identificadas nas respectivas falas dos participantes dizem respeito à percepção **de oração para o bem de todos e de servidor de Deus.**

*Mesmo se tu lê... se eu leio uma folha, eu não penso só em mim... eu penso na minha família, na enfermeira, pras pessoas que tã no hospital... nós aqui, em casa, meus vizinhos lá que mais gosto... leio pra todos! Porque quero que Deus ajude a todos, não é só eu não! Que ele ajuda todos e fica muito bom isso! (SUJ.1)*

*Porque Deus me tirou a primeira e me coloco outra pra mim como companheira, pra nós dois viesse faze um trabalho que ele tinha em mente pra nós! (SUJ.3)*

Estas subcategorias são corroboradas pelas afirmações realizadas por Arantes, Lessa e Caous (2007), Simonton, Simonton e Creighton (1987) ao falarem que religião, práticas religiosas e espiritualidade trazem significado e propósito à vida das pessoas em momentos importantes como o processo de adoecimento, por exemplo. É o que se percebe nos trechos das entrevistas apresentados anteriormente. Ou seja, através da religião e da religiosidade, os sujeitos significaram processos de hospitalização e morte ocorrentes em suas vidas como sendo ou uma tarefa atribuída por Deus, ou um momento de pensar e pedir a Deus pelo bem estar alheio seja de pacientes ou da equipe de saúde.

Todas as subcategorias apresentadas até aqui, pertencentes ao grupo que aborda espiritualidade como RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE, demonstram sentimentos positivos dos

sujeitos da pesquisa em relação a espiritualidade. Entretanto, ao longo das entrevistas, os participantes relatam sobre fatores percebidos como negativos por eles em relação à religião e instituições religiosas. Através disso, surgiram as seguintes subcategorias: **de perda da autonomia, de cura condicional e de obediência**. Os trechos dos relatos que explicitam essas percepções constam a baixo, respectivamente.

*[...] eu quando tava internado na... dos alcoólatra... era no evangélico, e tinha sessenta e quatro homem. Eles eram evangélico. Eu fiquei nove meses lá e um dia! Eu fiquei preso! Preso não... era liberdade como aqui assim... (SUJ.1)*

*Agora... pra ir lá pra ficar dois, três dias... quer ir embora vai desde já! Pelo portão que tu entrou tu pode sair! (SUJ.1)*

*Eu fiquei nove meses lá dentro! Não bebia... não fumava... (SUJ.1)*

Pode-se perceber, aqui, a comparação entre hospitalização e institucionalização religiosa e o sentimento de perda da autonomia decorrente destes. Sendo assim, compreende-se a percepção de obediência diante da institucionalização religiosa e de cura condicional, já que as falas deixam claro o sentimento de submissão diante das condições impostas para o processo de cura oferecido pela instituição. Por essa razão, esses aspectos são percebidos como negativos pelos entrevistados, já que são cerceadores das vontades e possibilidades de escolha dos pacientes que lá se encontram.

O último grupo de subcategorias pertencem à categoria **percepção em relação a espiritualidade na hospitalização e tratamento como crença pessoal** e aborda as crenças dos participantes desta pesquisa. Ao falar em crença, aqui, refere-se ao conceito defendido por Calvetti, Muller & Nunes (2007) que falam da mesma como sendo o conjunto de valores dos sujeitos, nos quais estão pautados seus comportamentos, hábitos de vida e atitudes, independentes de sua ligação a uma religião ou religiosidade mais tradicional. Dessa forma, as crenças pessoais relacionam-se com a religião e práticas religiosas, bem como com a fé em Deus. Vale lembrar que, todos estes construtos compreendem o construto espiritualidade, abordado nesta pesquisa.

As subcategorias identificadas a partir das entrevistas, então, que abordam a **espiritualidade como crença pessoal** expressam as seguintes percepções em relação à espiritualidade: **de pensamento positivo, de confiança nas pessoas, de mulheres como santas, de iluminação, de fé como crença absoluta, de inerente ao ser humano**.

A primeira subcategoria a ser apresentada é a que demonstra a percepção em relação à espiritualidade ligada às crenças pessoais, dos sujeitos da pesquisa, como **pensamento positivo**. Tal percepção relaciona-se com a subcategoria apresentada na categoria que diz respeito à percepção em relação à doença e associa a mesma com o estado emocional. Neste caso, o participante não se refere, especificamente, ao câncer porém, relata a importância do pensamento positivo e da credulidade no bem para a promoção de bem estar. Portanto, esta subcategoria está localizada aqui, pelo fato de estar ligada aos valores dos sujeitos que independem de fé em Deus ou de prática de determinada religião. Encontra-se, a baixo, a fala que evidencia esta percepção.

*Sim, sim... eu fico mais à vontade, a gente acredita mais... que às vezes a gente quer acreditar e não acredita e aí é pior! Então a gente tem que acreditar que vai acontecer, né... então a gente tem que pensar o bem! (SUJ.2)*

As próximas subcategorias dizem respeito aos sentimentos **de confiança nas pessoas, de mulheres como santas e de iluminação** em relação às crenças pessoais dos participantes. A primeira delas demonstra, por parte dos entrevistados, o sentimento de confiança e a importância em confiar nas pessoas pelas quais se tem sentimentos de amor e afeto. Neste caso, o participante não se refere a estas pessoas como sendo importantes apenas em situações de estresse, no entanto, pode-se estabelecer uma relação de afinidade entre esta subcategoria e as subcategorias **de apoio familiar e de família como suporte**, presentes em outras categorias referentes ao processo de adoecimento, que também demonstram a importância da presença e do apoio da família, para estes participantes, ao encontrarem-se em situações estressoras. A fala que explicita esse sentimento de confiança é apresentado a seguir:

*Confiar muito... ter fé nas pessoas que a gente gosta e adora! (SUJ.1)*

Já as subcategorias que expressam as percepções **de mulheres como santas e de iluminação**, no que diz respeito às crenças e valores pessoais dos sujeitos desta pesquisa, é referente ao papel das esposas como cuidadoras, como aquelas que oram para Deus pela recuperação da saúde dos homens. Tratando-se, neste caso, de sujeitos cristãos, compreende-se esta percepção como proveniente da função da mulher a partir do cristianismo. Sendo

assim, estas mulheres apresentadas nas falas que seguem, teriam como missão orar pela salvação e iluminação das pessoas que, de alguma forma, vivenciam situações de sofrimento.

*A minha primeira esposa era uma mulher evangélica, querida... mulher que orava na presença de Deus, chorava pra ele me liberta do vício... Deus recolheu ela, me deu outra dali pouco tempo, continuou a obra dela, ta lá nesse momento de certo, de joelho pedindo 'meu Jesus, cura meu esposo que nesse momento ta lá no hospital... (SUJ.3) [...]isto é, o ministério pra ela, no círculo de oração que ela se reúne com as demais irmã e estão orando por esse mundo, por essa imensidão de pessoa que estão cego, no escuro, que não sabe que caminho, que destino... (SUJ.3)*

Por fim, as duas subcategorias seguintes demonstram, por parte dos entrevistados, a percepção **de fé como crença absoluta** e de espiritualidade **como inerente ao ser humano**. Os trechos das entrevistas que evidenciam estes sentimentos têm relação entre si por explicitar a profundidade da importância que estes sujeitos atribuem às crenças e à espiritualidade para a vida do ser humano. As falas que deram origem a estas subcategorias são as seguintes:

*Eu acho que quem não acredita é uma pessoa que não tem fé bastante... aí não acredita em nada, né. (SUJ.2)*

*Eu... apesar de tudo meus erro, minha falta de educação, minha ignorância, minha falta de estudo, com tudo isso aí, na minha pequenez como ser humano, eu sempre senti algo muito forte de Jesus na minha vida... (SUJ.3)*

Pode-se perceber, então, que as percepções dos sujeitos em relação a espiritualidade ligada às suas crenças pessoais, são percepções geradoras de sentimentos acolhedores, ligados ao afeto, a pensamentos positivos e ao estado emocional saudável do ser humano. Neste caso, não aparecem sentimentos de culpa, de retaliação ou tristeza e fracasso diante de suas vidas, de sua saúde e seus comportamentos. Sendo assim, é possível pensar que, para os sujeitos desta pesquisa, a espiritualidade como crença pessoal é percebida como libertadora de suas culpas e suas dores, diferentemente da espiritualidade ligada à fé em Deus e à religião, espiritualidade, esta, cerceadora da autonomia destes sujeitos, julgadora e punitiva.

Portanto, as crenças pessoais, aqui, independentes da fé em Deus e da religiosidade institucional, caracteriza-se como promotora de autonomia e possibilidades de escolhas, livres de castigo e punição. Poderia-se compreender essas crenças, então, como a busca de transcendência inerente ao ser humano, transcendência de seus limites, como determinados. É notável, através das falas dos sujeitos da pesquisa, a relação que estes estabelecem entre credulidade e fé. No entanto, aqui, não aparece a questão da fé ligada a Deus, como na categoria que foi problematizada anteriormente. Os sujeitos expressam, neste momento, suas percepções em relação à uma fé mais ampla, mais abrangente, no sentido de ser algo indispensável à dimensão total do ser humano. Os participantes revelam o sentimento envolvido com a espiritualidade e colocam esse construto como sendo o mais importante aspecto da vida humana. Mesmo quando, no segundo trecho da entrevista, o sujeito refere-se a presença de Jesus em sua vida, ele afirma que independentemente de seus erros, de seus comportamentos talvez reprováveis por aquele Deus intransigente que abordaram antes, este sujeito sempre sentiu a espiritualidade como algo forte em sua vida. Hábitos de vida não saudáveis, transcendência de seu adoecimento, transcendência da pequenez humana, como afirma um dos participantes em seu relato. Tais idéias são corroboradas pelo que Frankl (1975 apud CAMON, 2002; p.6) afirma sobre espiritualidade, quando diz que esta é inerente a dimensão do ser humano e está relacionada com a busca de superação de limites e desenvolvimento da subjetividade, podendo ser considerada, então, como busca pela transcendência.

Sendo assim, fica claro a importância da psicologia voltar sua atenção a espiritualidade dos sujeitos da percepção e, portanto, compreender de que forma esta se manifesta em cada um deles e a sua relação com seus comportamentos, atitudes e hábitos de vida. Com isso, compreende-se o ser humano em sua totalidade e se possibilita o auxílio na ressignificação de percepções que influenciam de forma negativa no estado emocional destes sujeitos, bem como em sua qualidade de vida e saúde integral.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o problema desta pesquisa procura compreender sentimentos, percepções, sensações manifestas em relação a estados de adoecimento, hospitalização e possíveis sofrimentos decorrentes destes e, ainda, descrever a espiritualidade, como inerência ao ser humano, manifesta em forma de estratégia de enfrentamento em situações estressoras. Diante disto, buscou-se, através de entrevistas a pacientes oncológicos, o relato dos mesmos que abordasse temas como adoecimento e históricos do mesmo, hospitalização, tratamento, e espiritualidade em relação a situações tais como esta.

Ao longo de toda a entrevista e posterior análise de dados, foi possível perceber sentimentos dos mais diversos, alguns ambíguos, junto aos sujeitos desta pesquisa. Ora os mesmos expressaram sensações de serem cuidados, amparados, sentimentos de esperança e vontade de serem felizes. Ora, através de expressões mesmo não verbais, estes homens explicitaram tristeza, dor, sentimentos de culpa e insegurança. O relato de toda essa vivência, de toda essa realidade percebida por eles, possibilitou a compreensão de suas percepções. Sendo assim, torna-se possível algumas considerações.

A partir do que se estudou sobre percepção durante a fundamentação teórica desta pesquisa e do que foi possível compreender sobre as diferentes percepções dos sujeitos em relação ao momento de adoecimento vivenciado por eles, pode-se dizer que a percepção é o processo de significação do mundo, da realidade do sujeito que a percebe. Dessa forma, compreende-se que a percepção é mutável, conforme a realidade que se impõe ao sujeito e de acordo com fatores internos a subjetividade deste sujeito. No caso de pacientes oncológicos, o seu processo de adoecimento é formado por diversas etapas relacionadas entre si, e durante todas elas, o paciente as percebe de formas diferentes e experimenta sensações e sentimentos diversos.

O início do adoecimento é formado pelo aparecimento do câncer e seu diagnóstico. Em relação a estes fatores os participantes demonstraram que o recebimento do diagnóstico pode ser percebido, num primeiro momento, como uma surpresa para eles ou deixá-los apáticos. Após a sensação de não saber o que pensar, surgiram sentimentos de tristeza, de perda da tranquilidade, de aceitação, entre outros. Já o aparecimento, em si, do câncer, é experimentado pelo paciente, como algo relacionado ao seu passado, por essa razão, sentimentos advindos deste surgimento da doença são apenas percebidos após o recebimento do diagnóstico. Isso porque, como os participantes relataram ter descoberto o câncer através

de outros cuidados com a saúde, pode-se dizer que os mesmos não pensavam na possibilidade de adoecimento por câncer.

Contudo, a partir deste diagnóstico, surgem sentimentos relacionados a medo da morte, medo de perda da saúde, sofrimento, bem como a percepção em relação à doença associada ao estado emocional. Estes sentimentos estão relacionados aos transtornos ocorrentes na vida destes sujeitos, como consequência tanto da doença em si, quanto dos estigmas que o câncer carrega consigo. Percebe-se, ainda, que o tratamento traz diversos efeitos colaterais ligados ao corpo, mas que também afetam o estado emocional de pacientes oncológicos, por serem demasiadamente invasivos ao organismo. Com todas essas colocações, é possível pensar no papel do psicólogo junto a esses pacientes, com a intenção de minimizar seu sofrimento diante de tantas transformações em suas vidas. Esta minimização do sofrimento pode ser promovida, através do auxílio do psicólogo, com a ampliação do campo perceptivo dos pacientes, ou seja, a partir de ressignificações da realidade e do mundo vivenciado por eles no momento de adoecimento.

Junto às percepções em relação ao aparecimento da doença, surgem sentimentos de culpa, fracasso e castigo em relação ao histórico de adoecimento, ou seja, os sujeitos sentem-se responsáveis pelo surgimento do câncer como decorrência de hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde, como vícios, por exemplo. No entanto, o que se pode perceber, é que estes sentimentos de culpabilização e retaliação, têm como base as percepções destes pacientes em relação à espiritualidade ligada à fé em Deus, ou ligada a uma religião específica e sua prática. Quer dizer, então, que percepções de obediência, perda da autonomia e de Deus como juiz, relacionadas à espiritualidade, podem fazer com que os pacientes oncológicos sejam afetados de forma prejudicial em seu estado emocional.

Este estado emocional, por sua vez, exerce influência sobre o desenvolvimento do câncer, bem como, sobre o tratamento e a recuperação da saúde. Dessa forma, justifica-se a prática da psicologia dentro do hospital geral, pelo fato desta ciência ter como objetivo, promover a saúde integral do paciente, através da busca por ressignificar percepções que possam influenciar negativamente em seu processo de adoecimento. Para tanto, cabe ao psicólogo, compreender o ser humano em sua totalidade, levando em consideração seus aspectos físicos, sociais, psíquicos e espirituais. Assim, torna-se possível, para profissionais e pacientes, a busca pela superação de limites acarretados pelo adoecimento deste último, bem como, a ressignificação do mundo vivenciado por estes pacientes.

Estas ressignificações podem caminhar no mesmo sentido da espiritualidade como crença pessoal e valores independentes de religião, apresentados pelos participantes. Não se

pretende, aqui, dizer que religião é algo prejudicial ou negativo na vida destas pessoas. Não. Pretende-se, sim, que os sujeitos encontrem possibilidades de ressignificar suas percepções em relação a fé em Deus e religiosidade, explicitadas por eles. Isso porque, tais percepções revelam sentimentos de perda da autonomia diante da espiritualidade, o que pode ser prejudicial para o tratamento e recuperação, já que retira destes pacientes o sentimento de responsabilidade em relação a sua saúde. Desta forma, a espiritualidade poderia ser compreendida como estratégia de enfrentamento e busca da transcendência, no momento em que os entrevistados falam sobre esta como crenças a partir das quais fazem suas escolhas de vida e buscam o desenvolvimento de sua subjetividade e superação de seus limites.

Tendo em vista, então, a relação direta entre saúde e doença, e as diferentes formas que os sujeitos encontram para lidar com processos de adoecimento, pode-se dizer que, pesquisas que procuram compreender a percepção em relação à saúde, por parte destes sujeitos, são relevantes. Isso porque, estudos deste tipo auxiliam a compreender as relações estabelecidas entre os sujeitos e suas realidades, e amplia a qualidade das práticas profissionais de saúde junto à comunidade usuária dos serviços de saúde.

Sendo assim, pode-se considerar de importância científica, pesquisas que buscam conhecer, inclusive, acerca das percepções dos próprios psicólogos em relação à espiritualidade no processo de tratamento e hospitalização, bem como sua relação com a saúde e as maneiras de se trabalhar com estas questões. Cabe aqui, ainda, a sugestão de se realizar estudos que abordem a relação entre saúde/doença e os aspectos ecológicos envolvidos neste processo, levando-se em consideração as realidades do meio ambiental das pessoas. Tal consideração é realizada a partir do que Vasconcellos (2000) trás sobre as mudanças no paradigma biopsicossocial para uma visão biopsicossócioespiritual-ecológico como forma de se compreender o ser humano.

Vale lembrar que, uma das intenções da pesquisa científica em Psicologia, é compreender as realidades e subjetividades dos sujeitos, bem como a relação que estes estabelecem com sua realidade, para o aprimoramento da prática profissional de promover a saúde de forma integral. Sendo assim, é fundamental que não se perca de vista o sujeito da percepção, no lugar de percebê-los como meros dados de pesquisa aos quais se impõe o conhecimento científico, já que a ciência é produzida em prol da comunidade social e a partir da realidade desta comunidade.

Entretanto, cabe aqui, o reconhecimento das dificuldades em se pesquisar sobre questões relacionadas à doença e saúde, junto a pacientes hospitalizados. Pelo fato destes sujeitos encontrarem-se em situação de fragilidade, em todos os âmbitos de sua vida.,

decorrente exatamente do processo de adoecer, faz-se necessário um planejamento rigoroso a cerca da coleta dos dados para a pesquisa. No caso específico deste trabalho, teve-se dificuldade em alcançar o número de participantes propostos no projeto de pesquisa. Talvez, estas dificuldades tenham sido decorrentes da falta de experiência da pesquisadora ou, ainda, de questões referentes a abordagem aos pacientes. Mas a experiência vivida leva a pensar na importância de se ter desenvolvidas novas metodologias de pesquisa que levem em consideração tais dificuldades vividas pelos pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Carlos Laganá de. A Dor e o Processo Emocional. In: Angerami – Camon, Valdemar Augusto (organizador). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANGERAMI – CAMON, Valdemar Augusto. Psicologia Hospitalar – Pioneirismo e as Pioneiras. In: **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

\_\_\_\_\_. O Papel da Espiritualidade na Prática Clínica. In: Angerami – Camon, Valdemar Augusto (organizador). **Novos Rumos na Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

\_\_\_\_\_. O Psicólogo no Hospital. In: **Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

\_\_\_\_\_. A Psicologia da Saúde no Século XXI – Contribuições, Transformações e Abrangência. In: **Atualidades em psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

\_\_\_\_\_. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

BANDEIRA, Denise Ruschel; PANZINI, Raquel Gehrke. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 126-135, 2007.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000700016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000700016&script=sci_arttext)

BRAGHIROLI, Elaine Maria. **Psicologia Geral**. Porto Alegre: Vozes, 1990.

CALVETTI, Prisca Ücker, MULLER, Marisa Campio e NUNES, Maria Lúcia Tiellet. **Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios**. *Psicol. cienc. prof.*, dez. 2007, vol.27, no.4, p.706-717. ISSN 1414-9893. [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=is](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=is)

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar – A atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CARVALHO, Maria Margarida M.J. de. A Dor no estágio Avançado das Doenças. In: Angerami – Camon, Valdemar Augusto. **Atualidades em psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CARVALHO, Maria Margarida M.J. de. **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno, 2003.

CHIATTONE, Heloísa Benevides de Carvalho. Uma Vida para o Câncer. In: Angerami – Camon, Valdemar Augusto (org.). **O Doente, A Psicologia e o Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

CHIZZOTE, Antônio. **Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.  
DARTIGUES, André. **O que é a Fenomenologia?** São Paulo: Moraes, 1992.

FILHO, Joaquim Lopes Alho. Psiconeuroendocrinologia. In: Ismael, Silvia Maria Cury (org.). **A Prática Psicológica e sua Interface com as Doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENES, Maria da Glória G. Definição, foco de estudo e intervenção. In: Carvalho, Maria Margarida M.J. de (coord.). **Introdução À Psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno, 2003.

GIMENES, Maria da Glória; Carvalho, Maria Margarida M. J. de; Carvalho, Vicente Augusto. Um pouco da história da Psico-Oncologia no Brasil. In: Angerami-Camon, Valdemar Augusto. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

HORTA, Carla Rodrigues; NEME, Carmen Maria Bueno; CAPOTE, Patrícia Sidorenko de Oliveira; GIBRAN, Vanessa Marques. O Papel da Fé no Enfrentamento do Câncer. In:

NEME, Carmen Maria Bueno; RODRIGUES, Olga Maria Pizentin Rolim (org.). **Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.

ISMAEL, Silvia Maria Cury (org.). **A Prática Psicológica e sua Interface com as Doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KIYAN, Ana Maria Mezzarana. **E a Gestalt Emerge: vida e obra de Frederick Perls**. São Paulo: Atlas, 2001.

LESHAN, Lawrence. **O Câncer como Ponto de Mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde**. São Paulo: Summus, 1992.

LESHAN, Lawrence. **Brigando pela Vida – Aspectos Emocionais do Câncer**. São Paulo: Summus, 1994.

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

NEME, Carmen Maria Bueno; RODRIGUES, Olga Maria Pizentin Rolim (org.). **Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.

PERES, Mario F. P., ARANTES; Ana Cláudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva; CAOUS, Cristófer André. **A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos**. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 82-87, 2007. <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html>

ROGERS, Carl R.; KIENGET, G. Maria. **Psicoterapia e Relações Humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva**. Belo Horizonte: Interlivros, 1997.

VASCONCELLOS, Esdras Guerreiro. **Psiconeuroimunologia – Uma História para o Futuro**. In: ANGERAMI – CAMON, Valdemar Augusto (org). **Psicologia da Saúde – Um Novo Significado para a Prática Clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Dados de Identificação<sup>2</sup>:

Iniciais do Nome:

Religião:

Idade:

Escolaridade:

Naturalidade:

Residência:

Estado Civil:

Profissão:

Especialidade Médica:

Patologia:

---

<sup>2</sup> Dados de identificação elaborados a partir da ficha de prontuário médico do Hospital de Caridade de Florianópolis, local onde será realizada a pesquisa.

## Entrevista de Coleta de Dados

- 1- Há quanto tempo você realiza esse tratamento aqui no Hospital?
- 2- Com que frequência você vem ao Hospital para esse tratamento?
- 3- O que você sabe sobre seu adoecimento?
- 4- Como foi para você saber que tinha essa doença?
- 5- O que você pensa sobre espiritualidade?
- 6- Sua forma de pensar sobre espiritualidade sempre foi essa ou houve alguma mudança após o adoecimento?
- 7- Você acredita que atividades relacionadas à espiritualidade podem exercer alguma influência sobre seu estado físico e/ou emocional durante o tratamento deste adoecimento?
- 8- Você exerce alguma atividade relacionada à espiritualidade durante o seu processo de tratamento? Qual?
- 9- Qual a finalidade, para você, desta atividade no seu processo de tratamento?
- 10- De que forma você começou a exercer esta(s) atividade(s) no seu processo de tratamento?
- 11- Com que frequência você exerce estas atividades no seu processo de tratamento?
- 12- Descreva como você se sente quando exerce estas atividades.
- 13- Você sabe dizer se as ações exercidas por você atingem o objetivo que você espera?

**ANEXO (S)**

**ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento**



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que fui informada sobre todos os procedimentos da pesquisa cujo tema é **“Estratégias de**

**Enfrentamento e Espiritualidade – a percepção de pacientes oncológicos”** que consiste no Trabalho de Conclusão de Curso TCC-I do curso de psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Estou ciente que esta pesquisa será realizada obedecendo aos seguintes critérios:

Assim compreendi que:

1. O tempo de duração da entrevista será de 40 a 50 minutos, sendo que esta será feita em 1 (um) encontro que ocorrerá durante o período de tratamento de radioterapia;
2. A entrevista será realizada no mesmo dia em que a pesquisadora apresentar o projeto a mim. Caso eu não esteja disponível, o horário da mesma será combinado comigo considerando minha disponibilidade;
3. A entrevista será realizada no Hospital de Caridade, na sala de espera para o tratamento de radioterapia;
4. Com a minha prévia autorização, a entrevista será gravada através de um gravador de voz e a pesquisadora poderá fazer anotações escritas ao longo da entrevista;
5. A pesquisadora estará vestida de acordo com as normas do espaço hospitalar, jaleco branco e crachá com identificação;
6. Terei o direito de não responder a qualquer pergunta e/ou de parar a entrevista caso não me sinta confortável para prosseguir, sem que com isso sofra qualquer pressão por parte da pesquisadora;
7. No caso de sentir qualquer desconforto emocional durante a entrevista, terei direito a interromper a entrevista e receber atendimento psicológico pela pesquisadora;
8. Realizando a entrevista proposta pela pesquisadora estarei participando desta pesquisa e minha colaboração com esta investigação é fundamental para que a pesquisadora possa responder a questões de pesquisa e desenvolver seu trabalho;
9. Estou informado(a) que durante este estudo serei acompanhado pela pesquisadora.
10. Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações relacionadas ao projeto e que todas as informações ao meu respeito serão sigilosas. Eu compreendo que neste estudo as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim. Poderei ter acesso às informações da pesquisa a qualquer momento.

Declaro que fui informada que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**PESSOAS PARA CONTATO:**

Pesquisadora responsável:

Ana Maria Pereira Lopes.

Fone: (48) 32791000

ana.lopes@unisul.br

Aluna responsável:

Lizia Vichara Barcellos

Fones: (48) 32791000

lizia\_barcellos@hotmail.com

**ANEXO B – Termo de Consentimento para gravação em áudio**



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E  
GRAVAÇÕES**

Eu \_\_\_\_\_ permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos.

Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou  
paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome dos pais ou responsáveis: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Se o indivíduo é menor de 18 anos de idade, ou é legalmente incapaz, o consentimento deve ser obtido e assinado por seu representante legal.

Equipe de pesquisadores: Lizia Vichara Barcellos  
Ana Maria Pereira Lopes

Nomes:

---

---

---

---

Data e Local onde será realizado  
o projeto: \_\_\_\_\_

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS