



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
MARIA PAULA SOUZA DA SILVA**

**A CURA, A CRENÇA E A MEDICINA:
A INFLUÊNCIA DA CRENÇA ESPIRITA NA ADESÃO AO TRATAMENTO
ALOPÁTICO DE PESSOAS ACOMETIDAS POR CÂNCER**

**Palhoça
2012**

MARIA PAULA SOUZA DA SILVA

**A CURA, A CRENÇA E A MEDICINA:
A INFLUÊNCIA DA CRENÇA ESPÍRITA NA ADESÃO AO TRATAMENTO
ALOPÁTICO DE PESSOAS ACOMETIDAS POR CÂNCER**

Projeto de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como requisito para a obtenção do título de Psicóloga, no curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Orientador TCC 1: Prof. Maurício Eugênio Maliska, Dr.

Orientador TCC 2: Carolina Bunn Bartilotti, Dr^a.

Palhoça

2012

MARIA PAULA SOUZA DA SILVA

**A CURA, A CRENÇA E A MEDICINA:
A INFLUÊNCIA DA CRENÇA ESPÍRITA NA ADESÃO AO TRATAMENTO
ALOPÁTICO DE PESSOAS ACOMETIDAS POR CÂNCER**

Projeto de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como requisito para a obtenção do título de psicóloga, no curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, _____ de _____ de 2012.

Prof Orientador TCCI Mauricio Eugênio Maliska, Dr.
Prof Orientadora TCCII Carollina Bunn Bartilotti, Dra.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Profª Maria do Ângela Giordani, Ms.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Michel Mychael de Souza Silveira, Esp.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a conclusão deste trabalho a minha família, especialmente minha mãe e meu pai por me proporcionarem esta graduação, com muito esforço. Aos meus irmãos que sempre se mostraram disponíveis em me ajudar quando preciso.

Ao meu namorado Diego, que me apoiou e me deu forças para continuar, como sempre dizia: “falta pouco”. Assim como meus companheiros de orientação de TCC que contribuíram com meu trabalho.

Aos professores que se mostraram compreensíveis nos momentos difíceis, ao meu primeiro orientador Maurício Eugênio Maliska e a minha segunda orientadora Carolina Bunn Bartilotti, pela paciência, o incentivo e a inspiração.

Á minha banca, que vem contribuir com meu trabalho e Maria Ângela Giordani, minha professora, que também foi muito importante durante a graduação e principalmente neste último ano. E ao enfermeiro Michel que dedicou um pouco do seu tempo para vir contribuir com meu trabalho.



“Muitos médicos já são de opinião de que existe algo além de bisturis e pílulas para curar seus pacientes.”

(Bernie Siegel)

RESUMO

O tema da presente pesquisa é o estudo da possível influência da crença na adesão ao tratamento alopático de pessoas que foram acometidas pelo câncer. A busca por este estudo deu-se pela dificuldade de adesão ao tratamento médico tradicional que muitos pacientes apresentam, além do aumento da incidência de câncer nos últimos tempos. O momento enfrentado pelo paciente quando passa pela doença pode ser doloroso e de muitas mudanças, sendo considerado muitas vezes, um marco na vida do sujeito. Entendendo todo esse contexto buscou-se compreender o fenômeno crença religiosa para possibilitar uma melhor intervenção, compreendendo o processo que ocorre com o paciente e o papel importante de mediador que o profissional de saúde exerce neste contexto. Para responder a esta questão é que se buscou analisar a possível influencia da crença na adesão ao tratamento de pessoas que foram acometidas pelo câncer como objetivo da pesquisa. Foram utilizadas como recurso de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas com 3 participantes, com idades acima de 40 anos, cuja crença religiosa era a espírita e que passaram pelo tratamento de câncer, buscando identificar qual a concepção de doença, de cura, e de que maneira se realizou a adesão ao tratamento alopático para esses sujeitos. Os principais autores utilizados no referencial teórico foram Freud e Angerami-Camon, entre outros. Com relação à concepção da doença para as entrevistadas, constatou-se que possuem três significados, um deles é como mediadora de aprendizado, outro, a doença como algo somático e outra como pagamento de dívida de outras vidas. Sendo que nenhum destes significados tira a autonomia da pessoa e coloca as expectativas de melhora nas mãos de Deus, este significado ganha conotação positiva, auxiliando as mesmas a enfrentar o tratamento. Das três entrevistadas, duas delas atribuíram sua cura ao espiritismo e uma considerou a questão espírita como suporte ao tratamento. duas delas aderiram ao tratamento alopático por completo e uma aderiu parcialmente pela regressão que a doença apresentou ao longo do processo de tratamento, o que a mesma atribuiu às intervenções/tratamento espírita. Foi concluído que é peça fundamental para a compreensão da adesão o significado da doença que o sujeito constrói, sendo que isso irá nortear a compreensão de tratamento, da adesão e da cura, podendo influenciar de maneira decisiva neste processo.

Palavras- chave: Crença; Câncer; Adesão ao tratamento.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Roteiro de entrevista conforme os objetivos da pesquisa.....	27
Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos.....	28
Quadro 3 – Estágios da crença com relação à doença.....	32
Quadro 4 – Adesão ao tratamento alopático e atribuição da cura.....	32
Quadro 5 – Concepção da doença para os sujeitos.....	34

LISTA DE SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPC – Centro de Apoio ao paciente com câncer

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1 PROBLEMÁTICA	Erro! Indicador não definido.
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
1.2 JUSTIFICATIVA	17
2 CRENÇA RELIGIOSA E AS DOENÇAS CRÔNICAS	22
2.1 ADESÃO AO TRATAMENTO	29
3 MÉTODO	32
3.1 TIPO DE PESQUISA	32
3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	32
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	34
3.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	35
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	35
3.5.1 Contato com os participantes	35
3.5.2 Coleta e registro dos dados	36
3.5.3 Organização, tratamento e análise de dados.....	36
3.5.4 Procedimentos Éticos	36
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE ANÁLISE DE DADOS	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	51
APÊNCIDE A – Roteiro da entrevista	55
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	56

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa foi elaborada a partir do Estágio do Núcleo Orientado em Psicologia e Saúde, da nona fase, realizado no Imperial Hospital de Caridade localizado em Florianópolis/SC. A partir do atendimento psicológico realizado aos pacientes do hospital, na ala Joana de Gusmão, é que surgiu a curiosidade de pesquisar aspectos psicológicos que envolvem a crença religiosa na adesão ao tratamento de pessoas com câncer, visto a freqüência de casos de pessoas que utilizam a crença como um “instrumento/recurso” no tratamento da doença crônica.

Essa pesquisa caracteriza-se por ser *ex-post facto* e com corte transversal; o instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada e os sujeitos de pesquisa foram três pessoas indicadas pela rede de relacionamentos da pesquisadora, que haviam passado pela doença.

Buscando delimitar o público-alvo, foram escolhidas pessoas que foram acometidas pelo câncer, considerando a experiência que a doença provoca na vida dos sujeitos. com relação à idade, acreditou-se que pessoas acima de 40 anos possuam menos influência da família, ou mesmo de qualquer outra natureza, com relação às suas crenças e possuam uma visão mais crítica sobre os acontecimentos. Outra delimitação realizada foi em relação aos entrevistados já terem passado pelo tratamento do câncer, e não que estivessem passando, para que fosse minimizada a possibilidade de mobilizar algo ainda latente no momento da entrevista. Pensando no bem-estar da pessoa entrevistada, optou-se por pessoas que já passaram pelo tratamento do câncer e também porque o projeto não dará conta de trabalhar este tema individualmente em cada participante.

A crença espírita foi escolhida pelo entendimento de vida, morte e da doença, que ela transmite, compreendendo a vida de uma forma peculiar. A partir da delimitação do método e do estudo de diferentes autores referentes ao tema, foram realizadas as entrevistas e analisados os dados para, a partir disto, verificar a influência da crença na adesão ao tratamento.

No primeiro capítulo deste relatório consta a introdução, a problemática, os objetivos gerais e específicos e a justificativa do estudo. No segundo capítulo há

o referencial teórico que embasa a pesquisa, contemplando os temas: crença, doença crônica e adesão ao tratamento. O terceiro capítulo trata do método utilizado para a realização da pesquisa. No quarto capítulo, consta a análise e interpretação de dados e no quinto capítulo estão as considerações finais. Ao final do trabalho constam as referências utilizadas na pesquisa e no Apêndice A – Roteiro de entrevista e no Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido.

1. INTRODUÇÃO

É do conhecimento comum, desde que se têm notícias, a influência que a religião exerce na civilização. Freud (1997), em *O futuro de uma ilusão*, faz reflexões acerca da sociedade, seu futuro e conseqüentemente do papel da crença na vida das pessoas, contemplando o papel psicológico da crença religiosa para os indivíduos e o papel social de controle que ela exerce.

Um dos argumentos de Freud para a existência da religião é a do papel civilizatório e repressor da pulsão que a religião traz consigo. No texto, o autor discute sobre o mal que poderiam causar na sociedade caso os sujeitos não fossem reprimidos quanto à realização das pulsões, exercendo deste modo a religião um controle moral nos indivíduos. As restrições morais que ainda hoje operam na sociedade descendem em parte da religião, como a proibição à ânsia de matar, o incesto e o canibalismo, alguns sendo mais condenáveis e outros menos.

Essa influência da religião faz com que as pessoas tenham medo do julgamento de Deus, nesta vida ou em vida futura, acabando com algumas dessas atitudes. Parte desta proibição é introjetada, demonstrando a evolução mental do homem desde os primórdios, assumindo assim alguns desses mandamentos o superego. O medo forma uma espécie de controle social, pois se não houvesse esse controle moral vindo da religião, uns matariam os outros, seja por cobiça, por inveja, por ciúme e estes atos desencadeariam tantos outros por vingança e esse tipo de atitude não teria mais fim. Esse é um dos exemplos problematizados por Freud em seu texto (FREUD, 1997).

Além deste, outro ponto levantado por Freud no texto é que a civilização tem o papel de defesa do homem contra a ameaça da natureza, e cita como exemplo de ameaças as doenças, tempestades e a morte. Esse fator “ameaça da natureza”, somado ao controle das pulsões, gera nos indivíduos um estado de angústia, como ele cita em seu texto.

A civilização de que participa impõe-lhe uma certa quantidade de privação, e outros homens lhe trazem outro tanto de sofrimento, seja apesar dos preceitos de sua civilização, seja por causa das imperfeições dela. A isso se acrescentam os danos que a natureza indomada - o que ele chama de Destino - lhe inflige. Poder-se-ia supor que essa condição das coisas

resultaria num permanente estado de ansiosa expectativa presente nele e em grave prejuízo a seu narcisismo natural (FREUD, 1997, p.27).

Falando da angústia a partir da mesma obra, é relevante pensar no poder que as crenças exercem em muitas pessoas na diminuição da angústia, fazendo com que elas acreditem que há um Deus, que é justo e bondoso e julgará todos os atos nesta ou em outra vida. Pensando deste modo, acredita-se que todo bem será recompensado e todo mal será punido, e a morte como sendo somente uma passagem em busca da evolução e lá, todos os terrores se dissiparão (FREUD, 1997). Esse pensamento, de que “alguém” com tamanhas qualidades resolveria todos os problemas terrenos, tende a contribuir na diminuição da angústia dos sujeitos. E na obra já citada, o autor fala de onde acredita ter nascido o desejo pela religião na civilização.

Como já sabemos, a impressão terrificante de desamparo na infância despertou a necessidade de proteção — de proteção através do amor —, a qual foi proporcionada pelo pai, o reconhecimento de que esse desamparo perdura através da vida tornou necessário aferrar-se à existência de um pai, dessa vez, porém, um pai mais poderoso (FREUD, 1997, p.48).

Nesta parte do texto, o autor nos fala que acredita que a necessidade da crença surgiu através da necessidade de proteção, da sensação de desamparo que todos sentem, desde a infância. Essa sensação de desamparo sofrida pelos sujeitos adultos, já foi vivida anteriormente na infância e necessita ser apaziguada. Quando crianças há um pai que nos protege, mas para o adulto, que sabe da limitação dos humanos, necessitou-se criar um pai mais poderoso, e então surge a crença em um Deus, que trataremos no trabalho de maneira semelhante a uma crença religiosa, ou uma idéia religiosa.

Ainda no mesmo texto, Freud fala sobre a cultura da crença que nos é imposta desde criança. Sem nos darmos conta, desde o colégio muito do que aprendemos é uma questão de crença: a geografia, a história, química e tudo o mais. Simplesmente acreditamos, não provamos cada coisa que nos é ensinada somente aceitamos, e assim é com a religião. O impedimento em duvidar demonstra a fraqueza do argumento, visto que se todos tivessem extrema certeza, a dúvida não

abalaria a crença em nada, seria reforçada. Porém, a maioria das religiões transmite a dúvida como pecado grave e a população, por sua vez acredita, e tem medo de duvidar. Simplesmente porque seus antepassados acreditaram, sem levar em conta o pouco que sabiam na época e a interpretação de acordo com o contexto em que viviam (FREUD, 1997).

O primeiro padre da igreja sustentou que as doutrinas religiosas estão fora da jurisdição da razão, estão sim acima delas, e que devem ser sentidas e não compreendidas. Freud questiona então, como fazer para que todas as pessoas passem por essa experiência sensorial? Seria possível? A crença religiosa trata-se de ilusão para Freud. Ilusão não no sentido de erro, mas de crença no desejo, desejo de acreditar em algo. Neste sentido, Freud considera que “[...] quando uma realização de desejo constitui fator proeminente em sua motivação, e assim procedendo, desprezamos suas relações com a realidade, tal como a própria ilusão não dá valor à verificação” (FREUD, 1997, p.50).

Vale destacar que, conforme dados do censo do IBGE de 2010, das 190 755 799 pessoas pesquisadas, somente 15 335 510 (8%) se declararam sem religião. E do total, 3 848 876 se declararam espíritas, 61 739 se declararam espiritualistas, 123 280 172 católicos, etc.... Este dado reitera a importância de incluir a crença/religiosidade nas pesquisas, sem ignorar sua existência, considerando sua importante influência na vida das pessoas, que constituem o objeto de estudo da Psicologia (IBGE, 2010).

Após algumas considerações de Freud no que diz respeito à crença, nos deteremos à doença crônica, problematizando algumas questões discutidas na contemporaneidade, com o intuito de chegarmos futuramente à relação da crença e da adesão ao tratamento.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, “saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (200?, p.65). Neste sentido, Segre (1997) em seu artigo faz algumas críticas a esse conceito considerando o conceito equivocado quando primeiramente a OMS faz a separação entre biológico, psicológico e social, não integrando o sujeito e considerando como interagentes e indissociáveis, e sim considerando como fatores separados. A

segunda crítica do autor a esse conceito diz respeito ao “completo bem-estar” que segundo ele trata-se de uma ilusão, já que a civilização vive num estado de angústia, ao renunciar boa parte de suas pulsões. E ainda que quisesse avaliar qualidade de vida, o autor considera como algo subjetivo, considerando que o que pode ser bom para um sujeito, não necessariamente será para outro. Desse modo, Segre considera algumas modificações neste conceito, e propõe saúde como: “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (SEGRE 1997, p. 539).

Então o que seria doença? Seriam então considerados doentes aqueles que não possuem o bem-estar físico, psíquico e social? Ou aqueles que não contemplam plenamente os padrões de normalidade?

Marcon et al em artigo sobre as reflexões da condição crônica de saúde, trazem o conceito de condição crônica como um desvio do normal, causado por patologias e o estado de doença refere-se a uma condição de permanência que acarreta perdas e disfunções, além de alteração no cotidiano das pessoas afetadas diretamente e daquelas ao seu redor (MARCON et al, 2005).

Ao receber a notícia de uma doença crônica, pressupõe-se que o paciente experiencie vários sentimentos, como de impotência, desespero, negação, depressão, culpa e muitos outros que dependerão da história de vida do paciente e da representação de saúde e doença que o mesmo crê. Perestrello (1989 apud SANTOS E SEBASTIANI, 2003, p. 157) comenta: “estar doente já implica em sentir-se desamparado, sem proteção, presa de ansiedade, mesmo que essa ansiedade não seja do conhecimento do próprio paciente”.

O câncer, dentre outras doenças, é considerado como uma doença psicossomática. Para compreender o processo de formação desta doença, Schavelzon (1992), explica através da medicina psicossomática que o organismo possui células que ele reconhece como sendo próprias dele, incorporadas no seu ego, desde a infância há o seu reconhecimento. E tudo o que não lhe pertence, ou seja, que não é reconhecido como próprio é destruído. Em determinado momento, pode haver uma modificação da sua leitura, ou mesmo uma agressão por agentes externos, formando então o câncer. “E assim, a medicina psicossomática pretende

situar o lugar onde nascem as decisões sobre os fatos transcendentais de nossa vida em nossa mente e em nossa própria biografia consciente e inconsciente [...]” (SCHAVELZON, 1992, p.216).

No caso desta pesquisa, nos deteremos ao câncer como doença crônica e à adesão no tratamento, que poderá ser influenciada ou não pela crença, neste caso, espírita.

Doenças crônicas geralmente possuem estigmas e impactos psicossociais, principalmente quando são consideradas progressivas. Em outras palavras, sua incapacidade aumenta de modo gradual e progressivo, necessitando o doente fazer algumas ou várias adaptações em seu modo de vida. Considerando também a extensão subjetiva de sentimentos que o diagnóstico de uma doença crônica, principalmente o câncer pode provocar, é que se pensou em estudar o seguinte tema: a possível influência da crença na adesão ao tratamento alopático de pessoas que foram acometidas pelo câncer.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- a) Analisar a possível influência da crença na adesão ao tratamento alopático de pessoas que foram acometidas pelo câncer.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a crença no sujeito;
- b) Identificar a adesão ao tratamento alopático das pessoas que foram acometidas pelo câncer;

1.2 JUSTIFICATIVA

Essa pesquisa justifica-se por aumentar a visibilidade da relação da crença com a adesão ao tratamento alopático de pessoas que foram acometidas pelo câncer. Deste modo, se buscou contribuir com conhecimento sobre o assunto

para “instrumentalizar” os profissionais de saúde ou pessoas que convivam com pacientes com câncer em tratamento, entendendo a dificuldade de adesão que muitos apresentam.

São diversos os fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento e o propósito desta pesquisa é clarificar sobre esses fatores, relacionados à crença, que podem existir e muito pouco são estudados na contemporaneidade, como um dos fatores possíveis de serem trabalhados nas práticas de saúde.

Entende-se que o momento de um tratamento de doença crônica seja difícil para um paciente e muitas vezes a adesão não é como gostariam os profissionais de saúde. Isso pode ocorrer por questões diversas, desde os efeitos colaterais deste tratamento, que podem trazer limitações, ou pelas próprias crenças religiosas, como no caso das testemunhas de Jeová, que sua crença não permite transfusão sanguínea. Até mesmo a baixa adesão ao tratamento pode ocorrer como consequência da negação da doença por parte do sujeito, que surge como um mecanismo de defesa no paciente.

Sendo o paciente um ser biológico, psicológico e social, possuidor de uma história de vida, passando por um momento difícil como é estar com uma doença crônica e com todas as consequências que um tratamento pode trazer, é que a adesão ao tratamento precisa ser entendida, bem como as variáveis que contribuem para a aderência ao acompanhamento médico.

Os profissionais da área da saúde possuem em sua maioria uma formação baseada no modelo que, segundo Silveira e Ribeiro (2005, p. 92), é “biologicista, fundamentado no paradigma positivista da ciência, cuja realidade sustenta-se na fragmentação, no aprofundamento e na descrição de partes para se compreender a unidade humana”.

Vê-se que crenças religiosas estão geralmente presentes no momento de doença, pelo medo das consequências que esta pode trazer a vida do sujeito, além do possível contato com a morte que faz deste momento um marco, tornando o apelo religioso na busca pela cura, muitas vezes, o único meio de salvação e forma de esperança encontrada pelo sujeito. Quando se ignora o papel que a crença exerce para o sujeito, pode-se estar negando uma parte desse sujeito.

Pelos motivos acima descritos é que se delimitou como objetivo deste trabalho proporcionar conhecimento acerca da crença religiosa no espiritismo em relação à adesão ao tratamento do câncer, e com isto, instrumentalizar profissionais que atuarão com pacientes com câncer a compreender as crenças dos pacientes e considerar o ponto de vista/vivência do sujeito atendido pelo serviço de saúde levando em conta esta compreensão de mundo no acompanhamento terapêutico.

A partir do então discutido, entende-se a importância da compreensão dos profissionais de saúde em relação ao fenômeno psicológico “crença”, bem como a sua relação com o tratamento médico. A fim de utilizar este conhecimento para benefício do paciente é que se buscou realizar esta pesquisa. Sem deixar de citar que, por se tratar de um fenômeno polêmico e nada biológico, não encontramos muitas pesquisas que referenciassem a influência da crença religiosa espírita na adesão ao tratamento alopático.

Pesquisas realizadas no site da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS com a palavra *crença religiosa* (em todos os índices e em todas as fontes), foram encontradas 33 pesquisas, destas, 31 na língua portuguesa e somente 17 com o texto completo. Desses 17 artigos, apenas nove tiveram relação com a crença religiosa, e dentro destes, encontramos pesquisas que discutiram: a interface entre personalidade e religiosidade; relação da saúde mental com a crença; reconhecimento por parte da enfermagem da crença religiosa do paciente; atitude religiosa e o sentido da vida; a relação da depressão, o consumo de álcool em gestantes e a relação com a religiosidade; um estudo sobre a relação do médico com os pacientes religiosos que possuem a crença na religião testemunha de Jeová.

O artigo de Sanchez e Nappo (2007) cita a relação da religião com a prevenção e o tratamento no uso de drogas e da eficácia que a crença possui neste processo; o artigo de Tosta (2004) levanta uma análise sobre os efeitos curativos da prece e Cintra (2004) debate sobre a fé versus a crença para Freud. Não foi encontrado nenhum artigo articulando a crença religiosa do espiritismo e a adesão ao tratamento do câncer, e considerando essa uma questão de nítida relevância, é que a pesquisa foi realizada, visando contribuir academicamente estimulando outras possíveis pesquisas e para futuros profissionais, trazendo dados que verifiquem a existência dessa possível relação.

Comprovando ou não a relação da crença com a adesão ao tratamento, esse estudo poderá embasar a atuação dos profissionais de saúde, favorecendo a ampliação de sua visão do sujeito acometido pelo câncer, podendo dessa maneira pensar práticas mais efetivas que favoreçam a adesão ao tratamento de pacientes crônicos, considerando o sujeito atendido em todos os aspectos bio, psico, social e espiritual (vale destacar que, apesar da OMS ainda não ter inserido oficialmente o termo da espiritualidade no seu conceito de saúde, o grupo de qualidade de vida da OMS já inseriu no instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-100 dimensões denominadas “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais”. (FLECK, 2003).

Outro fato importante que nos salta aos olhos para considerar a relevância desta pesquisa é o cenário epidemiológico brasileiro. Segundo Malta et al, percebe-se um aumento da incidência de doenças crônicas e ao mesmo tempo gradativa queda na incidência de doenças infecciosas.

Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças já responderam por apenas 5% dessas mortes, aproximadamente. As doenças cardiovasculares, contudo, se representavam somente 12% das mortes na década de 30, são, atualmente, suas principais causas em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço de nossos óbitos. Em segundo lugar, estão os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violências (2001 apud BARBOSA et al, 2003, p. 48).

Essa realidade instiga a pensar no cenário atual de saúde no país, e ao mesmo tempo no caminho que a sociedade vem percorrendo, e nos profissionais de saúde que precisarão estar preparados para lidar com este cenário. Junto a este problema, nos deparamos com a dificuldade de adesão de muitos pacientes, que fazem disso outro problema de saúde no país.

Conforme aponta Reinersm (2007), em um estudo bibliográfico foram realizadas pesquisas sobre o tema adesão, e mostrou-se notório que muito pouco tem se produzido nesta área. De 1991 a 1995 apenas dois artigos foram publicados sobre o tema na América do Sul. De 1995 a 2005 foram feitas novas pesquisa sobre

as produções acerca da adesão e não adesão ao tratamento e 36 artigos foram encontrados, sendo destes, 27 da Medicina e sete da Enfermagem. Estes estudos mostram a carência de estudos que fujam à ótica positivista e biologicista, compreendendo o fenômeno “adesão” como algo mais complexo, e podendo contribuir em outras áreas para o estudo deste fenômeno, proporcionando então outras maneiras de intervenção (REINERS, 2007).

A partir do exposto, o presente trabalho busca contribuir para a compreensão acerca da possível relação entre a crença e a adesão ao tratamento alopático em pessoas que foram acometidas pelo câncer. Desse modo, nesta pesquisa será analisada a hipótese de influência da crença na adesão ao tratamento dessa doença, visto o poder que a crença possui sobre os indivíduos em todos os âmbitos de suas vidas.

2 CRENÇA RELIGIOSA E DOENÇAS CRÔNICAS

A crença desde muito tempo exerce um papel de fundamental importância na sociedade, um papel civilizatório e repressor. Freud em várias obras trata da condição dos sujeitos na sociedade e suas impossibilidades nela. Apresenta a condição de desamparo que o sujeito fica submetido quando convive na modernidade. E na obra *o Futuro de uma ilusão*, Freud nos apresenta sua noção de crença como algo que tem a função de evitar o caos, que é repressor das pulsões, servindo para que as pessoas vivam sobre regras e em grupo, respeitando os limites da natureza (FREUD, 1997). Levando ainda em consideração que quando a lei é feita por homens e controlada por homens, muitos conseguem burlar, necessitando dessa maneira de outros princípios que guiam essa civilização. Vale ressaltar que a lei já foi criada devido às transgressões que os homens muitas vezes executam e já surge no intuito de contê-los, quando mesmo assim eles acabam muitas vezes burlando.

Na mesma obra o autor considera que a crença, é oriunda dessa sensação de desamparo, que remete à mesma sensação vivida na infância em relação a nossos pais, contudo certos da proteção dos mesmos contra os perigos que conhecíamos, assim como na religião o é. Esse desamparo tem uma tríplice missão, segundo ele: “exorcizar os terrores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do destino, particularmente a que é demonstrada na morte, e compensá-los pelos sofrimentos e privações que uma vida civilizada em comum lhe impôs” (FREUD, 1997, p.29). O autor explica melhor a formação da religião na citação que segue:

Quando o indivíduo em crescimento descobre que está destinado a permanecer uma criança para sempre, que nunca poderá passar sem proteção contra estranhos poderes superiores, empresta a esses poderes as características pertencentes a figura do pai; cria para si próprio os deuses a quem teme, a quem procura propiciar e a quem, não obstante confia sua própria proteção (FREUD, 1997, p.39)

Mijolla-Mellor (2006, p. 60), psicanalista e diretora da Escola Doutoral de Pesquisa em Psicanálise em Paris, apresenta três hipóteses sobre a crença: a

primeira delas é que a crença existe como sensação arcaica, independente da cultura, sendo algo primitivo e não ensinado; a segunda é que a representação da divindade é afastada do homem pela distância da transcendência, como algo metafísico; e a terceira é que “existem outras maneiras de se vivenciar o sagrado, estados passionais de êxtase, místicos e delirantes”(MIJOLLA-MELLOR, 2006).

Do ponto de vista da autora, na primeira hipótese, ignorar essa dimensão arcaica em nome da razão seria arriscado, podendo reaparecer através do retorno do recalcado, ressurgimentos selvagens. A segunda hipótese trata a questão vida-morte como eixo central nas religiões e considera que pode ser interpretada de formas diversas, como punição de um erro, do arrependimento, do resgate, do perdão dos homens piedosos. Neste sentido cria-se um sentido de compartilhamento, compartilhamento da falta, do erro e da salvação. E a terceira hipótese, discorre sobre essa outra maneira de experimentar o sagrado, a alegria presente no pensamento, um estado de transe (MIJOLLA-MELLOR, 2006).

Sendo algo arcaico ou desenvolvido, a crença tem um papel de fundamental importância na sociedade, para os sujeitos e principalmente quando se trata de um momento tão particular quanto o do tratamento de uma doença crônica e a situação de “deparar-se” com a morte.

Na contemporaneidade, tem-se considerado importante a qualidade de vida do paciente com doença crônica, especialmente os pacientes com doenças que avançam para um estado terminal. Novas formas de abordagem são utilizadas, considerando quando possível o tratamento em seu contexto familiar com a visita dos profissionais em suas casas, o que inclusive acarreta numa diminuição de custos para a Saúde. (SANTOS E SEBASTIANI, 2003).

Estima-se que atualmente 25.000.000 de pessoas sejam portadoras de algum tipo de doença crônica como diabetes, epilepsia, alcoolismo, AIDS, insuficiência renal, etc. (SANTOS E SEBASTIANI, 2003). Pacientes que muitas vezes em nossa realidade estão à espera de um tratamento em filas de atendimentos e ficam meses, muitas vezes chegando à morte na espera de um tratamento. Importante também ressaltar que pela impossibilidade da própria

doença, muitos estão improdutivos, dependem da família ou do governo e por esses fatores, têm uma baixa qualidade de vida (SANTOS E SEBASTIANI, 2003).

Essa é a realidade mostrada diariamente nos telejornais. É notório o problema de saúde no Brasil hoje, onde muitos doentes morrem sem nem sequer saber qual a doença tinham, esperando em filas de postos e hospitais. Se o país já possui dificuldades na assistência, mais ainda possui com relação à prevenção. É utópico hoje pensar em qualidade de vida na doença quando se trata de pessoas socialmente desfavorecidas.

A política de saúde no Brasil é predominantemente assistencial e curativa. Investe-se muito mais no tratamento de doenças do que na prevenção ou combate às possíveis causas. Um exemplo dessa realidade é que o Brasil gasta hoje 30 vezes mais com a Doença de Chagas do que com o combate do Barbeiro (hospedeiro que produz a doença). Esse já é um grande equívoco cometido por essas políticas, o que além de pôr em risco a saúde da população, traz sérios prejuízos, contando que muitas dessas pessoas estariam em idade produtiva, porém sem produzir, dependendo do governo para o tratamento e para se manter (SANTOS E SEBASTIANI, 2003).

Marcon et al (2005) criticam o pensamento equivocado das políticas públicas investirem mais em assistência quando deveriam estar prevenindo doenças. Os autores afirmam que

As doenças crônicas constituem motivo de preocupação para os profissionais de saúde, seja por seus aspectos limitantes, pelas conseqüências de seu tratamento, ainda que ambulatorialmente, pelo desgaste e sofrimento da pessoa acometida, seja pelo fato de que, grande parte dos recursos financeiros e humanos dos serviços públicos, em função da demanda, priorize atividades de cunho curativo e de reabilitação, ao invés de ações preventivas e de promoção da saúde (p.117).

Apesar deste contexto assistencialista o qual se precisa avançar muito, são perceptíveis pontos fortes em relação ao tema. Muito se tem avançado na saúde do país, priorizando cada vez mais o atendimento integral, assim como sustentam os princípios do SUS, buscando realizar uma análise multidimensional da doença.

O Ministério da Saúde hoje já vem investindo mais em pesquisas na área, financiando bolsas para Universidades, através do Instituto Nacional de Câncer - INCA, buscando descentralizar a política pública, incorporando mais prevenção nas suas atuações de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA, 2012).

O aumento da expectativa de vida da população e a baixa taxa de natalidade, resultam na grande quantidade de pessoas idosas. Além disso, a urbanização acelerada, as mudanças culturais nas últimas décadas, o acesso ao serviço e os meios de diagnóstico, desencadeiam uma transição epidemiológica no cenário atual (MALTA, 2006).

Além de entender o contexto das políticas públicas e o cenário epidemiológico atual, para compreender o fenômeno estudado neste projeto, necessita-se compreender também a doença crônica, que para Zozaya se caracteriza como:

[...] qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características; que seja permanente, que deixe incapacidade residual, que produza alterações patológicas não reversíveis, que requeira reabilitação ou que necessite períodos longos de observação, controle e cuidado. São produzidos por processos mórbidos de importância médica, social e econômica para a comunidade (1985 apud SANTOS E SEBASTIANI, 2003, p. 149).

Schneider (1976 apud SANTOS E SEBASTIANI, 2003, p. 149) aponta que “[...] certos indivíduos se tornam doentes crônicos pela simples razão de apresentarem alterações somáticas tão importantes que são forçados a renunciar a qualquer possibilidade de adaptação e de desenvolvimento, mesmo restrito e sem necessidade de cuidados constantes”.

Já Santos e Sebastiani (2003, p.149) consideram paciente crônico o que é “portador de uma doença incurável”. Os autores acreditam que esse paciente deve ser analisado do ponto de vista psicológico por outros critérios que não são os diretamente ligados à enfermidade que ele apresenta. Entrar na cronicidade não implica alterações somáticas, e sim uma elaboração psicológica existencial.

Quando um indivíduo adoece, ele precisa adaptar-se a uma nova condição de vida, a partir dessas perdas, necessita ser considerado não só a partir

do órgão ou a doença, mas o indivíduo que é um ser biopsicossocial e precisa ser tratado como tal, como cita Santos e Sebastiani (2003, p. 151);

Muitas vezes, parece que se esquece o significado do adoecer, esquecendo-se a história pregressa pessoal, familiar e social. Deve-se entender que, como já mencionado, o ser é único, singular e que seu modo de existir assim como adoecer tem suas características próprias, de maneira original e individual.

Deve-se considerar também o ambiente em que a pessoa se encontra nesse momento de tratamento, que muitas vezes não é a sua casa. O hospital, por ser um ambiente que comparado ao seu lar, é estéril, é afastado das pessoas que gosta, tem regras e horários bem definidos, horário de tomar banho, de comer e de tomar os remédios, torna esse momento mais difícil. Para agravar a situação, alguns tipos de tratamentos ainda são alarmantes e invasivos, o que pode influenciar na adaptação do paciente.

No hospital, os doentes não só lidam com suas doenças, como também vêem o sofrimento das outras pessoas; suas necessidades íntimas são cuidadas por outras pessoas, pessoas que não conhecem e não têm intimidade, e muitas vezes há a falta de informação sobre a sua doença, sobre o seu tratamento e sobre os resultados. Os autores acima citados discutem sobre essas regras, não deixando de considerá-las necessárias, porém considerando-as despersonalizantes (SANTOS E SEBASTIANI apud ANGERAMI-CAMON, 2003).

A enfermidade sempre causa transtornos na vida de uma pessoa e requer uma adaptação das novas limitações, que podem ser de muitas ordens: ordem alimentar, geográfica, física e muitas outras ou mesmo o luto pelas perdas sofridas com a doença e suas mudanças (SANTOS E SEBASTIANI apud ANGERAMI-CAMON, 2003). Como por exemplo a prescrição de dietas especiais, necessitando muitas vezes de alguém para preparar, a distância do local do tratamento, a dificuldade de locomoção, entre outras situações podem dificultar a adaptação do sujeito a nova condição de vida.

Considerando subjetiva a forma que a pessoa significa a doença e as perdas que a doença trouxe, que podem estar implícitas ou explícitas; outro fator dificultador é o ambiente que ela necessita realizar o tratamento, o hospital. Além da

doença, essa pessoa ainda enfrenta a separação de seus entes queridos e de seus hábitos, tornando esse momento talvez propulsor de muitos sentimentos como dúvida, medo, expectativa e até mesmo sensações estranhas em sua corporeidade, que muitas vezes pode até comprometer a identidade (SANTOS E SEBASTIANI, 2003).

Para compreender melhor o momento psicológico enfrentado pelo paciente no momento da doença, buscou-se explicar através de autores que estudaram o tema. Para Zozaya (1985 apud SANTOS E SEBASTIANI, 2003, p.157) as enfermidades crônicas produzem conflitos emocionais que desencadeiam os mecanismos defensivos, sendo eles:

Regressão – O paciente adota frente a sua enfermidade uma conduta infantil e põe em jogo mecanismos regressivos. Esta reação se observa com frequência em sujeitos muito dependentes e que normalmente exigem muita atenção, manifestam uma necessidade de ser atendidos, de ser apreciados e, e por sua enfermidade, se convertem em centro das atenções, produzindo como é lógico, uma série de desajustes no meio familiar.

Negação – Neste tipo de reação, o paciente não quer reconhecer sua enfermidade e trata então de enganar seus familiares e a si mesmo, adotam uma atitude negativa, colaboram pouco, se negam a receber a ajuda médica e esperam até o último momento para ir a uma consulta (...).

Intelectualização – Existe outro mecanismo que denominamos intelectualização, o paciente investiga todos os aspectos de sua enfermidade e pretende que, ao conhecê-la melhor, esta deixe de existir. Esta reação, sem embargo, pode dar-lhe sentido positivo se o médico tentar orientar bem o paciente.

Os pacientes geralmente passam por esses períodos durante a doença que são defesas, reações de proteção psíquica contra o conflito que a doença trouxe, demonstrando dessa maneira, suas dificuldades e conflitos com o momento vivido. Não necessariamente essas defesas serão vividas em ordem, tampouco o paciente passe por todas elas.

Outra autora cita também alguns “períodos” emocionais pelos quais os pacientes podem passar, ocorrendo, segundo ela, geralmente na ordem proposta: “1- negação, 2- revolta, 3- barganha, 4- depressão, 5- aceitação”. Kluber Ross (2003 apud AGERAMI-CAMON, 2003, p. 158).

Para a abordagem psicossomática, o câncer é uma das cinco doenças consideradas como tal. O afeto do sujeito que possui esta doença é considerado não reconhecido ou inexistente. O conceito alexitimia, descrito por Sifneos e Nehemiah

(1983 apud MELO, 1992, p. 110) trata-se de uma “impossibilidade de nomeação dos próprios sentimentos, como uma falha nos reconhecimentos dos estados afetivos do próprio sujeito”.

Um exemplo citado na obra, que se refere a psicossomática, seria de uma pessoa que desenvolve uma crise de úlceras. Essa pessoa, sempre se vê diante de um desafio existencial no qual sente seu equilíbrio ameaçado e apresenta dificuldades para falar e identificar seus próprios sentimentos. (FILHO, 1992).

Ainda na mesma obra, o autor cita que “pacientes portadores de doenças somáticas, tem uma atividade fantasmática muito reduzida, eles sonham pouco e seus sonhos são realistas, na clínica, eles repetem o que fizeram durante o dia, o real. Há pouca elaboração psíquica” (FILHO, 1992, p.110). E buscando compreender o fenômeno psicossomático, o autor acrescenta: “as representações que desencadeiam os fenômenos psicossomáticos não tem uma ligação simbólica com a perda ou separação, mas uma ligação imaginária, ou seja, são representações sem a mediação de um discurso” (FILHO, 1992, p.110).

O termo câncer tem origem no latim, cujo significado é carangueijo. Segundo Galeno, médico romano, esse nome foi dado à doença porque “as veias intumescidas que circundam a parte afetada têm a aparência das patas de um carangueijo; outros atribuem o nome a uma metáfora: o local do tumor é corroído dolorosamente como se um carangueijo o devorasse”. (DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO, 2012).

Apesar de todos os progressos da Medicina, ainda hoje é difícil não associar o câncer à morte. Em nossa sociedade a morte é extremamente negada, embora seja inevitável para todos. A morte é parte do desenvolvimento humano assim como é o nascimento. E na nossa cultura, é tratada como tabu, não é falada, tampouco discutida, nem sequer pensada. E a doença, por essa associação, traz esse tabu à tona, que é parte da existência humana. (KLUBER-ROSS, 1996).

Segundo Santos e Sebastiani (2003) “o diagnóstico de uma doença crônica faz emergir a questão da morte, não só do paciente, mas também dos próprios profissionais de saúde, devido ao fato de saberem estar lutando contra uma

doença que dificilmente terá como fim a cura” (apud ANGERAMI- CAMON, 2003, p. 160).

2.1 ADESÃO AO TRATAMENTO

Para Reiners (2007) pode-se atribuir o aumento da taxa de problemas crônicos na população à mudança do estilo de vida, às intensas transformações sociais, econômicas e políticas. A prevalência destas doenças costuma aumentar com a idade e geralmente quem sofre com elas, apresenta também uma comorbidade. O problema reside no impacto que elas causam na vida dos sujeitos; danos que podem ser tanto físicos, sociais e psicológicos. O objetivo do tratamento destas doenças é auxiliar na qualidade de vida do paciente e ao mesmo tempo reduzir a morbimortalidade. Por geralmente ser o tratamento destas doenças longo, uma das dificuldades que os profissionais de saúde encontram na atenção ao doente é que estes sigam o tratamento de forma sistemática e regular. E essa adesão tão necessária torna-se um problema difícil de resolver.

Estudos realizados por Assunção e Ursine do Departamento de Fisioterapia da Universidade de Belo Horizonte/MG com pacientes portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa de Saúde da Família – PSF, no ano de 2008, buscaram investigar a relação de fatores educacionais, demográficos, socioeconômicos, de saúde, percepção da doença, suporte social e adesão ao tratamento não farmacológico, que neste caso consiste na prática de exercícios físicos e dieta. Neste estudo constatou-se que das 164 pessoas entrevistadas, 52,44% aderiram totalmente, 38,41 aderiram parcialmente e 9,15% não aderiram a este tipo de tratamento, não farmacológico. Os fatores que apresentaram associação com esse tipo de tratamento foram motivação para o tratamento, conhecimento acerca das complicações da doença, fazer parte de um grupo de diabéticos e morar em lugar de alto risco (ASSUNÇÃO E URSINE, 2007).

Assunção e Ursine (2007) consideram a informação sobre a doença um passo muito importante no processo de tratamento, que visa facilitar não só a adesão, como também a autonomia do sujeito em relação a sua saúde. O papel que o profissional de saúde exerce neste momento, é de fundamental importância, tanto

para a educação em saúde, quanto como facilitador em todos os processos de cuidado à saúde, incentivando inclusive nos hábitos e comportamentos do paciente.

Sob o ponto de vista de Botega (2001 apud SILVEIRA e RIBEIRO, 2005, p.93):

[...] devemos conceber adesão ao tratamento como um processo, com três componentes principais: a noção de doença que possui o paciente, a idéia de cura ou de melhora que se forma em sua mente, o lugar do médico no imaginário do doente.

Ainda para Silveira e Ribeiro (2005), a adesão está baseada em técnicas que visam avaliar a adesão somente em relação aos medicamentos, e não ao tratamento, dando a impressão de uma concepção de fatores dissociados. Esta concepção está baseada em um modelo de atenção em saúde que privilegia a doença e não o doente, com sua subjetividade e o significado que a doença tem para ele, além de desconsiderar a relevância que, neste processo tem suas relações com a pessoa assistida e com a instituição à qual está vinculada para o tratamento. Para as autoras, é importante que o paciente tenha um momento para discussão, esclarecimento e reforço da necessidade de incorporar essas práticas às suas vidas, considerando a complexidade desse processo de adesão.

O tratamento de um paciente crônico deve favorecer a adaptação do paciente a sua nova condição de vida, já que está diante de uma situação que é crônica. O papel do psicólogo neste processo consiste em instrumentalizar o paciente para que através de seus próprios recursos, consiga buscar maneiras de cuidar da sua saúde e prevenir possíveis complicações provenientes desse processo de doença, sendo um facilitador da autonomia do sujeito em relação à sua situação e aos cuidados necessários a sua saúde (SILVEIRA E RIBEIRO 2005).

Este processo de adesão se estabelece primeiramente através do vínculo que se forma com o profissional de saúde e o paciente. Esse vínculo é considerado fator estruturante para a perseverança do paciente em seu tratamento, facilitando a compreensão da doença e do tratamento. A relação pode ser baseada em confiança e respeito, mas não necessita ser de dependência, considerando que o profissional

estará sempre facilitando e estimulando a autonomia do sujeito em relação a sua saúde (SILVEIRA E RIBEIRO 2005).

A adesão é considerada hoje uma dificuldade da área da saúde, devido a inúmeros fatores citados como reação do tratamento, falta de vínculo com o profissional da saúde, dificuldades sócio-econômicas, falta de conhecimento da doença e muitos outros que possam fazer parte desta justificativa. O objetivo desta pesquisa é de promover um conhecimento acerca desta relação entre a crença e adesão, sendo este um tema pouco estudado até hoje e fazendo da crença ou do conhecimento desta relação uma possível aliada nesta batalha. Muitas vezes a religião do paciente é vista como vilã, e em alguns casos até atrapalhando o tratamento. Freud contextualizou sobre o importante papel que a crença possui psicologicamente, como uma necessidade de proteção, como na sociedade em diversos papéis que ela desempenha. Porque não entendê-la melhor para então a partir do conhecimento de seus mecanismos, poder utilizá-la de uma melhor forma?

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa caracteriza-se por ser *ex-post facto*, pois segundo Gil (2002) caracteriza-se por um estudo de um fato já ocorrido. Tem por propósito pesquisar a existência de relações entre as variáveis, que no caso desta pesquisa, busca estudar a relação da crença, como variável independente, à adesão ao tratamento, como variável dependente. Neste tipo de pesquisa, procura-se identificar situações que já se desenvolveram e trabalhar sobre elas, como aqui será o tratamento do câncer.

Trabalhou-se com o corte transversal, que segundo Rosa e Waldman, (1998) é quando o fenômeno não é acompanhado ao longo do tempo, mas num único ou curto espaço de tempo. Quanto à natureza da pesquisa, consiste em uma pesquisa qualitativa, definida por Bogdan e Biklen (1994) pelo contato direto do pesquisador com a realidade do sujeito, dando ênfase a como ele percebe sua vivência.

Esta pesquisa é descritiva tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 1999).

Considerando que a pesquisa trata da influência da crença em relação à adesão ao tratamento médico de pessoas que foram acometidas pelo câncer, pretende-se obter respostas relacionadas à concepção da sua doença, de vida e do tratamento, bem como a sua adesão ao tratamento e a relação de influência da crença na adesão ao tratamento.

3.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada uma entrevista individual com um roteiro de perguntas semi-estruturadas, entendendo que a mesma viabilizou a obtenção das respostas dos

sujeitos pesquisados. O registro da entrevista foi feito pela pesquisadora no momento em que se realizava e quando a pesquisadora teve dúvidas em algum tópico, retomou com o entrevistado.

A entrevista teve duração média de 20 minutos. Ao todo, foram 16 perguntas, sendo 6 de caracterização dos sujeitos (Quadro 1), e 10 que tratam da temática pesquisada, envolvendo perguntas relacionadas à crença do sujeito, à doença e à adesão ao tratamento, as quais encontram-se no Apêndice A. As perguntas tratam da investigação da relação da crença com a adesão do tratamento e buscando contemplar os objetivos da pesquisa.

Quadro 1 - Roteiro de entrevista conforme os objetivos da pesquisa

Caracterização	Idade: Estado civil: Ocupação: Configuração Familiar: Diagnóstico: Quando e como foi o diagnóstico?
Identificar a crença no sujeito	Como é a sua relação com a doutrina espírita? Qual a concepção da doutrina sobre a vida e a doença na sua visão? Sua família faz parte da mesma doutrina?
Identificar a adesão ao tratamento alopático	Qual foi o tratamento prescrito pelo médico? Você realizou efetivamente as indicações do médico? Se não realizou, por quais motivos? Qual a eficácia do tratamento alopático para você? Que recursos você utilizou no tratamento da doença?
Analisar a possível influência da crença na adesão	Sua crença o ajudou a enfrentar esse momento? De que maneira? Você considera que sua crença o influenciou na adesão ao tratamento médico?

Fonte:Elaboração da autora, 2012.

Antes da aplicação da entrevista, foi realizada uma entrevista piloto, em que foi evidenciada a falta de uma pergunta que contemplava os objetivos e desta maneira foi acrescentada.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população alvo da pesquisa caracteriza-se por sujeitos que em algum momento de suas vidas já receberam o diagnóstico de câncer de qualquer tipo e hoje se encontram estáveis em seu quadro clínico. Outro critério utilizado foi possuir a crença espírita. Esses sujeitos foram indicados pela rede de contatos da aluna pesquisadora.

Foram utilizados também critérios de idade, acreditando influenciar no resultado da pesquisa. As pessoas escolhidas possuíam idades acima de 40 anos, pressupondo que a escolha de idade, proporcionaria pessoas com maior autonomia sobre suas escolhas, também as crenças estariam sob menos influência da família e sociedade e, por conseguinte, possuiriam uma melhor compreensão da doença e da sua crença. Não se delimitou o sexo dos participantes, entendendo que isto não afetaria o resultado da pesquisa. Foram convidadas cinco pessoas para participar da pesquisa, sendo que somente três efetivamente participaram após o primeiro contato.

Da mesma maneira elegeu-se a doutrina espírita dos participantes, entendendo que essa crença tem uma maneira peculiar de compreender a doença e também buscando minimizar a variável crença. No Quadro 2 são apresentados dados referentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa. Por coincidência, todas as participantes foram do sexo feminino.

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos

Caracterização dos sujeitos				
Sujeitos	Idade	Estado civil	Ocupação	Diagnóstico
(S1)	52	casada	Professora universitária	Câncer de mama
(S2)	55	casada	Do lar	Câncer de tireóide
(S3)	41	solteira	Assistente de C.Dentista	Câncer de tireóide

Fonte: Elaborado pela autora, 2012.

S1 é casada, tem 3 filhos, é professora universitária, formada em Economia, com Mestrado e Doutorado em Engenharia de Produção e ministra aulas na UFSC. No momento está afastada do trabalho por motivo do câncer e com a intenção de mudar seus hábitos, conforme sugeriu a médica. Descobriu o câncer em 2011 quando sentiu um nódulo no seio e decidiu fazer exames que comprovaram a doença. S2 é casada, do lar, tem 3 filhos, 2 grau completo, descobriu o câncer na tireóide em 2007 em exames de rotina. S3 é assistente de Cirurgiã Dentista, Técnica de Enfermagem, tem 1 filho, trabalha em um posto de saúde e descobriu o câncer na tireóide em 2000 quando estava se preparando para uma cirurgia bariátrica.

3.4 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Os equipamentos e materiais necessários para a efetivação da pesquisa foram: papel, caneta, impressora e laptop. Esses utilizados foram os de posse da pesquisadora.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

3.5.1 Contato com os participantes

Foi realizado um contato inicial com os participantes por telefone, através de indicação de pessoas conhecidas. Neste contato inicial, foi explicitado o tema e os objetivos da pesquisa. Após este contato, foi agendado um dia e local para a entrevista compatível com os horários tanto da pesquisadora quanto com o participante. Por exigência ética da pesquisa, foi escolhido um local privado de barulho e interrupções de outras pessoas, considerando a relevância do tema e onde o participante estivesse à vontade para responder as perguntas de maneira mais neutra. Todas as participantes preferiram que fosse realizada a entrevista em suas casas. Chegado à casa das participantes, foram melhor explicitados os objetivos da pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido. A entrevista foi realizada e ao final, foi feito um agradecimento pela colaboração com a pesquisa e deixado os dados de contato. Nenhuma das três entrevistadas se sentiu a vontade para gravação de voz e isso foi respeitado.

3.5.2 Coleta e registro dos dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, que foram registradas no momento em que a pesquisadora realizava as perguntas, pois nenhuma das participantes autorizou a gravação das entrevistas

3.5.3 Organização, tratamento e análise de dados

Após as entrevistas, os dados de registro coletados foram organizados em categorias, e posteriormente analisados.

Para realizar a análise do material escrito, a pesquisadora desenvolveu categorias *a posteriori* definidas com base nos objetivos gerais, específicos e no que de relevante apareceu na entrevista. Após este momento, o material foi analisado conforme a fundamentação teórica desenvolvida, junto a outros materiais pertinentes ao tema que puderam complementar o referencial e auxiliar na compreensão do fenômeno da influência da crença espírita na adesão ao tratamento alopático de pessoas acometidas por câncer.

A pesquisadora utilizou o modelo de análise de conteúdo proposto por Bardin (2009). Para a autora, o método de análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos, conforme Bardin: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (2009, p.121).

3.5.4 Procedimentos Éticos

Por envolver seres humanos, esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina, conforme resolução nº 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, o qual aprovou o projeto. A folha de aprovação encontra-se em anexo.

Foram considerados o respeito ao consentimento livre e esclarecido dos sujeitos pesquisados e a proteção a esse grupo de sujeitos, garantindo o sigilo às informações confidenciais envolvidas na pesquisa.

Não foi percebido nenhum risco aos participantes; os objetivos bem como os limites para o participante foram bem explicitados, e o registro foi guardado e será mantido durante cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora.

Após o término da entrevista, foram deixados os dados de contato da aluna pesquisadora para os participantes.

4 ANÁLISE DE DADOS

Nos últimos anos a preocupação e a valorização da dimensão não-material ou espiritual em saúde vêm crescendo em importância (ELLERHORST-RYAN, 1996 apud FLECK et al, 2003). Em 1983, a Assembléia Mundial de Saúde já propôs uma modificação do conceito de saúde da OMS para um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social (FLECK, 2003). Com as pesquisas na área da saúde crescendo e dessa maneira, reconhecendo essa dimensão, o tema vem ganhando mais espaço, inclusive no âmbito acadêmico.

Entendendo a crença no contexto desta pesquisa, como um mecanismo de defesa criado para suportar o sofrimento da doença, entende-se que não cabe aos profissionais de saúde destruí-la. Se não fortalecê-la, ao menos devem entendê-la e respeitá-la. À medida que compreendemos a função que a crença exerce no sujeito como diminuidora da ansiedade e também fonte de proteção e esperança, fica deste modo mais evidente compreender o caminho a ser seguido. Na religião e mais especificamente na doutrina espírita, a crença traz uma explicação metafísica da doença, que acaba por aliviar também a culpa e auxiliar na esperança, conseqüentemente, na recuperação do paciente.

Muitas vezes o “processo-placebo” afeta substancialmente a resposta global do paciente no tratamento; Saad (et al 2001, p. 110) ainda afirmam, que cabe ao profissional de saúde que não possui esse sistema de crenças, respeitar para que o paciente possa lidar com a doença e o tratamento de modo mais positivo.

O paciente constrói um significado, por vezes místico da doença e busca neste sistema de crenças a esperança no tratamento e na cura, trazendo uma maneira de lidar com o seu sofrimento. Desmontar esse mecanismo de defesa poderia ser desastroso, pois não temos garantia que o paciente terá psicologicamente mecanismos para se defender do sofrimento que muitas vezes é insuportável. Tampouco o profissional deva questioná-lo para confirmar a existência da crença do paciente. Não se trata de verdades absolutas ou de um julgamento de valor, mas simplesmente da crença. Neste trabalho, buscou-se entender o

mecanismo psicológico da crença e não estudar a crença espírita, tampouco descobrir se ela é válida ou não.

Em seu artigo, Fleck (et al 2003) argumenta a importância que a religiosidade tem perante o sofrimento e o tratamento de doenças. Salienta, entretanto a postura que a medicina ocidental vem tomando em relação a isso, ora com negligência, considerando esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse; ora caracterizando as experiências religiosas de seus pacientes como psicopatológicas.

Como características dos sujeitos que participaram desta pesquisa: 1 possui segundo grau completo, outro curso técnico de enfermagem e outro doutorado em Engenharia de Produção. Os sujeitos possuem 41, 52 e 55 anos. duas são casadas e uma solteira. Uma delas tem como ocupação Do lar, outra é Assistente de Cirurgião Dentista e outra é Professora Universitária porém encontra-se, neste momento, afastada das suas atividades laborais por motivos de doença.

Para S1 o diagnóstico foi feito quando a mesma sentiu um nódulo no seio e procurou o médico. A partir dos exames realizados, foi constatado câncer de mama. Neste momento, S1 estava com uma irmã doente, com câncer também em estágio bem avançado, e esperou que se estabilizasse a situação para iniciar seu tratamento. Sua família sempre frequentou o centro espírita, mas ela nunca se interessou pelo assunto, estava sempre muito ocupada com a academia.

S2 descobriu seu câncer em exames de rotina. Marcou a cirurgia e enquanto esperava a data marcada, foi a um centro espírita com sua vizinha. A mesma relatou que sua família não frequenta, mas hoje acredita no espiritismo.

S3 teve seu diagnóstico de câncer na tireóide quando foi realizar uma cirurgia bariátrica. Seu médico pediu exames e percebeu a alteração na sua tireóide. S3 conheceu o centro espírita através de uma amiga da sua mãe, quando soube do diagnóstico da doença. Sua família hoje acredita, mas não frequenta.

No quadro 3 é apresentada a descrição relacionada à crença e prática da doutrina antes, durante e após a recuperação da doença para contextualização do leitor.

Quadro 3 - Estágios da crença com relação à doença

ASPECTOS REFERENTES À CRENÇA ESPÍRITA	ESTÁGIO DA DOENÇA		
	Antes	Durante	Atualmente
Conhecimento	S3, S1	S2	
Crença		S3, S1, S2	S3, S1, S2
Prática		S3, S1, S2	S1, S2

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Na presente pesquisa, vê-se que dois dos três participantes já conheciam o espiritismo antes da doença, porém não acreditavam ou sentiam medo do assunto. Uma delas conheceu o espiritismo durante a doença por intermédio de uma vizinha. Porém, a partir da doença, todas passaram a acreditar e S1 e S2 passaram a praticar a crença espírita.

Pode-se perceber a importância do momento da doença na vida dessas pessoas. Fica claro como neste momento surge a busca por algo “MAIOR” diante da adversidade e de uma situação de desamparo. Freud (1997) já argumentava que o homem se defende dos terrores da natureza, através da elaboração de um Deus (pai), que supra seu desejo de proteção, sua condição de desamparo, semelhante ao vivenciado anteriormente na infância.

Quadro 4- Adesão ao tratamento alopático e atribuição da cura

	Tipo de tratamento	Sujeitos	Tipo de tratamento	Sujeitos
	Alopático		Espírita	
Prescrição médica	Cirurgia	S1, S2, S3		
	Iodo radioativo	S3		
	Radioterapia	S1		
Realização do tratamento	Cirurgia	S1, S2, S3	Grupos Terapêuticos	S1, S3
	Radioterapia	S1	Outros Tratamentos	S1, S2, S3
Adesão	Total	S1, S2	Total	S1, S2, S3
	Parcialmente	S3		
Atribuição da cura	Tratamento alopático	S1	Tratamento Espírita	S2, S3

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

Para cada um dos pacientes foi prescrito um tipo de tratamento alopático. Para S1 foi prescrita cirurgia, radioterapia e mudança de hábitos. Para S2 somente cirurgia e para S3 cirurgia e iodo radioativo. No Quadro 4, percebe-se qual o tratamento realizado pelos respectivos pacientes. Dos tratamentos alopáticos, todos aderiram, sendo que um deles “adiou” seu tratamento alopático em favor do espírita e segundo S3, após o tratamento espírita não foi preciso realizar o alopático, pois no exame não apareceram mais células cancerígenas. De maneira concomitante, todos realizaram tratamento no centro espírita, que consistia em terapias naturais como geoterapia¹, crioterapia², massagens terapêuticas³, e dos tratamentos propriamente espíritas: os passes⁴ e cirurgias espíritas⁵, além da proposta de evolução que é considerada como mudança de atitudes, influenciada pelo grupo terapêutico e resultado do aprendizado obtido através da doença.

Dois dos participantes, S1 e S3, freqüentaram o grupo terapêutico, onde é realizada uma terapia holística e reprogramação mental. Neste grupo terapêutico foi utilizado como embasamento os conhecimentos propostos por Jung, o método *Simonton*⁶, entre outros autores. No centro espírita, o terapeuta é alguém que já passou por situação semelhante e está trabalhando como voluntário. Lá, nenhum serviço é cobrado e segundo as pacientes, não é prometido cura, o que, segundo seus relatos, transmite mais credibilidade a essa ajuda.

Vale ressaltar que o fato de oferecer serviços gratuitos, pode estimular o tratamento para alguns pacientes, sendo que nem todos que procurem a Instituição, são necessariamente crentes da doutrina e isso também é apoiado pelo centro espírita que não impõe a crença a quem recebe o tratamento.

Com relação à adesão pode-se perceber que dos três sujeitos, dois tiveram adesão total ao tratamento alopático, enquanto um deles aderiu

¹ Terapia a base de argila, advinda da medicina natural.

² Terapia a base de gelo.

³ Ato de friccionar uma região com o intuito de equilibrar física, psíquica e emocionalmente o paciente.

⁴ Transfusão de energia direcionada pelo médium ao necessitado através de recursos da mente com o intuito de harmonizar seu campo vibratório.

⁵ Tratamento utilizando aplicações energéticas, onde os médiuns têm ajuda da espiritualidade e doam energia ao paciente, buscando o foco do problema chegando a seus bloqueios, e através da energia, provocando reações físico-químicas no organismo, auxiliando a recuperação do paciente enfermo.

⁶ Simonton foi um oncologista e radioterapeuta, pioneiro em Psiconcologia que fundou um Centro de tratamento de Câncer em Malibu (EUA), no qual aplicava técnicas de visualização, relaxamento, imaginação, administração do estresse e da comunicação e perspectiva do futuro para auxiliar os pacientes e familiares.

parcialmente, realizando a cirurgia e não realizando o iodo radioativo recomendado pelo médico após a cirurgia. Quando questionado sobre o porquê de não aderir, o mesmo relatou que sua opção foi realizar primeiramente o tratamento espiritual e caso depois disso, ainda fosse preciso, iria aderir e realizar o iodo radioativo. Segundo o relato do mesmo, depois do tratamento no centro espírita, o paciente solicitou a dosagem de células cancerígenas ao médico e não foi preciso realizar o iodo radioativo, sua contagem estava zerada e por esse motivo não realizou o tratamento prescrito. Considerando-se dessa maneira a adesão, apesar de na tabela constar como adesão parcial.

Com relação à atribuição da cura, todos consideraram de total importância o tratamento alopático, porém, dois deles revelaram acreditar que sua cura teria sido por efeito primeiro do tratamento espírita realizado. O S1 relatou acreditar primeiro no tratamento alopático. O mesmo possui graduação, mestrado e doutorado e relacionou sua vida acadêmica e de pesquisa à dificuldade de entrega que a crença exige. Segundo ela, são coisas paralelas, o espiritismo foi um apoio, um autoconhecimento, mas não substituiu o tratamento. Ela ainda reclamou da maneira fragmentada que a medicina vem tratando as pessoas e diz que no centro espírita, há uma integração.

S2 diz ter realizado o tratamento alopático, porém diz que já estava curado quando realizou a cirurgia. Diz que inclusive o médico se surpreendeu durante o procedimento, com a regressão da doença. E S3, diz não haver precisado realizar a prescrição de iodo radioativo pela cura que obteve antes e complementa: “se eu tivesse conhecido o espiritismo antes, não teria me submetido à cirurgia”.

Segundo o relato de dois dos sujeitos, como já mencionado, no centro espírita não há promessa de cura e inclusive incentivam o tratamento alopático, colocando as intervenções espíritas como tratamento paliativo. A cura para a doutrina espírita, segundo os entrevistados, depende do aprendizado que a pessoa teve com a doença e das mudanças que foram realizadas neste processo, além dos projetos *a priori*, assumidos antes desta reencarnação⁷.

⁷ Processo evolutivo que constitui muitas vidas das pessoas com o intuito da evolução espiritual.

No Quadro 5, trataremos da concepção de doença a partir da visão dos entrevistados, o que influenciou na maneira como aderiram ao tratamento alopático.

Quadro 5 – Concepção da doença para os sujeitos

Concepção da doença na percepção dos sujeitos		
Pagamento de dívidas	S2	"Nós já viemos preparados para viver essa coisa [doença], que lá [outro plano] a gente já sabe o porquê vamos ter, mas a gente esquece. É nossa opção. Descemos com isso para pagar alguma coisa que fizemos na vida passada, isso explica as pessoas que não andam ou que morrem cedo. A gente escolhe, mas aqui esquece."
Somatização	S3	"Doença é somatização. Aqui somos energia, todas as doenças são coisas da vida que não soubemos resolver, digerir, gerir. Não acredito em provação."
	S1	"A doença começa no campo energético, no perispírito. Daí, se não conseguimos lidar com ela, ela evolui para a parte física. Antes de ter câncer, eu tive fibromialgia, acho que era um alerta para eu parar um pouco e refletir. Eu sempre fui muito de fazer tudo pros outros até me esgotar. Tem momentos na vida que precisamos parar e dar atenção pra gente. Eu estava num momento em que chegava 5 da tarde e eu estava imprestável. Andava muito frustrada com a minha profissão, sempre fui muito idealista, e via o descaso dos alunos que só queriam o diploma."
Mediadora de aprendizado	S3	"Acredito que a doença traz aprendizado, é tudo aprendizado, precisa aprender o pra que, por qual aprendizado estou passando por isso."
	S1	"A doença vem para aprendermos algo que não conseguimos aprender sem ela."

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

A concepção da doença para esses sujeitos é fator relevante na pesquisa, pois é a partir do significado que a crença empresta ao sujeito, que ele ressignifica a doença e esta passa a ser vista e enfrentada por ele. Para os participantes pôde-se perceber que há duas vertentes, mesmo participando de uma mesma crença. Um deles acredita que a doença pode estar vinculada ao *pagamento de dívidas* de vidas passadas, o que significa que provavelmente a pessoa que passa pela doença cometeu algum erro e estaria pagando por ele nesta vida. Outras acreditam que seria uma *somatização*, nada que seja de outras vidas, embora acreditem na sua existência. Essa somatização seria advinda de suas limitações de comportamento, ou de evolução desta vida. Porém, S1 e S3 acreditam que a doença é mediadora de um aprendizado, que quando não é efetivado de outras maneiras, em situações mais simples, acaba ocasionando uma doença no sujeito. Todos os participantes demonstraram acreditar que o sujeito já vem pra essa vida “preparado para passar pela doença”, que isso seria um acordo antes da reencarnação.

Pode-se perceber que de qualquer maneira das apresentadas pelos participantes das quais seja compreendida a doença, trata-se de uma forma positiva de entendimento, que não culpabiliza o sujeito, colocando-o como “preparado anteriormente” para enfrentar esse momento e isso pressupõe uma capacidade de enfrentamento, além de que fica implícito que “alguém maior” está cuidando de tudo. Ou também é compreendido como uma “promessa” feita anteriormente por eles com o objetivo de uma evolução para o próprio sujeito, que seria o propósito de toda a existência. Pela fala dos sujeitos na realidade é como se eles mesmos, em outra vida ou plano, tivessem escolhido se expor a esta situação a fim de “evoluir” espiritualmente.

Também vale ressaltar o suporte dado nesse momento a essas pessoas no centro espírita através dos serviços voluntários e gratuitos, sendo que todos que passaram por lá elogiaram muito a maneira como foram tratados, o carinho dispensado aos pacientes pelas pessoas que trabalham lá. Além disso, o espiritismo proporciona um local para esse sofrimento e com um significado de aprendizado, além do autoconhecimento proporcionado pelo grupo terapêutico, pelo convívio com outras pessoas que já passaram e estão passando pelo mesmo problema.

Para Freud (1997, p. 9), a idéia religiosa mantém como uma das missões: “reconciliar os homens com a crueldade do destino”, particularmente a que é demonstrada pela morte. E não se pode negar o encontro próximo com a morte ou com o medo da morte que uma doença trás consigo e particularmente o câncer, como no caso das entrevistadas. Então o homem procura nas idéias religiosas, além da proteção “contra os perigos da natureza e do destino, e contra os danos que o ameaçam por parte da própria sociedade humana” (FREUD, 1997, p. 10). E ainda para lembrar o conceito de busca por uma religião, Freud coloca que: “é a defesa contra o desamparo infantil que empresta suas feições características à reação do adulto ao desamparo que ele tem de reconhecer - reação que é, exatamente, a formação da religião” (p.13). Então é neste momento, que as participantes buscam uma religião, um pai poderoso que possa diminuir a angústia e protegê-las dos perigos do destino (morte).

Como na criança, a mãe e depois o pai, tornam-se seu objeto amoroso e também certamente sua proteção contra todos os perigos, ou seja, contra a

ansiedade, assim o faz a religião quando adulto. Segundo Freud (1997), seria muito bom que existisse um Deus benevolente, uma vida posterior e uma ordem moral no universo e isso vem de encontro com os desejos dos homens, e assim, para ele, a crença trata de uma ilusão, quase como um delírio e advindo do desejo. Esse desejo de ter um Deus benevolente, uma vida posterior que trata Freud (1997), são desejos transformados em crença e assumidos num momento de muita angústia para as pacientes.

Já a realização do tratamento dependerá unicamente do significado que a pessoa atribui à doença e que a crença, neste caso, empresta o ressignificado da moléstia. Há quem acredite, tal qual S1, que a crença espírita seja um tratamento paliativo, e neste caso, segue a risca o que o médico prescreve, acreditando que a Medicina, junto a uma mudança de hábitos de vida, pode curar e que a doença é uma somatização.

Há também quem acredite que a doença é uma somatização “eu engolia tudo, hoje falo o que penso!” (S3). Porém, o mesmo sujeito atribui a sua cura ao espiritismo, acreditando que existe um Deus superior, que a doença é um aprendizado, que tudo isso já estava pré-determinado. “Acredito no tratamento médico [...] mas acredito mais no espiritual”. Vale destacar que esse sujeito trabalha num Posto de Saúde e trabalha na área da saúde, além de haver trabalhado algumas questões na Terapia de Grupo que realizou durante a doença relacionadas à reprogramação neurolinguística, o que pode haver influenciado o sujeito na maneira de compreensão de sua doença.

Em um estudo de revisão realizado em Londres sobre a relação da religião e saúde mental, (FLECK, 2003) identificou-se uma associação positiva em 50% dos casos e negativa em 25% deles. Nesse estudo apontou-se a religiosidade como um fator de proteção para diversos males como: suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais.

Ainda em estudos apontados por Fleck (2003), ao estudar a relação entre religiosidade e tempo de internação, foi constatado que pacientes que estão deprimidos e possuem uma crença religiosa permaneceram menos tempo internados, em relação aos não religiosos.

A crença em aspectos espiritualistas é mais importante do que a comprovação com certeza da existência de tais conceitos. Tal crença pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa (SAAD et al,2001, p.108)

Vale ressaltar também que todos os sujeitos de pesquisa fizeram referência ao carinho que receberam pelas pessoas que trabalham no Centro Espírita e sentiram-se até espantados com o tratamento cheio de afeto e sem cobranças. Disseram que há muito tempo não eram tratados dessa maneira, que sentiram um amor daquelas pessoas que as cuidaram no Centro Espírita, que não conseguiram descrever, e isso os fez mudar em suas vidas. Ter atitudes diferentes com os outros e consigo mesmos. Os fez parar e refletir sobre o significado da vida, como um dos sujeitos relatou: “eu estava dentro de um trem a toda a velocidade, sem conseguir apreciar a paisagem. Agora descii do trem e estou caminhando. É assim que me sinto hoje (S1)”.

A complexidade do fenômeno do sofrimento e morte revela o legítimo processo em que coexistem a religiosidade e o estado de doença, onde a ameaça à integridade físico emocional se mostra extensiva ao espírito através das reações da alma rumo a uma recíproca busca pela harmonia do significado da vida (BATISTA, 2004, p.582).

Considerando a presente pesquisa e os dados acima relacionados, pode-se inferir que a crença traz benefícios para os sujeitos, principalmente no momento da doença, trazendo um significado positivo para a situação, sem tirar a autonomia do sujeito em relação a sua doença, proporcionando reflexão e mudança de atitude, além de não contrapor o tratamento alopático.

Assim, a religiosidade/espiritualidade constitui uma estratégia de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico do câncer que produz um forte impacto na vida do indivíduo e cujo tratamento é permeado de eventos estressores (FORNAZARI;FERREIRA, 2010, p. 265).

Sendo o que se apresenta os objetivos propostos pelo projeto, conclui-se que a crença influenciou no modo com que os sujeitos compreenderam a doença, de

um modo positivo, não entrando em conflito com a medicina tradicional em nenhum momento, além de diminuir a angústia do momento da doença.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou contemplar a temática da influência da crença espírita na adesão do tratamento alopático de pessoas que foram acometidas pelo câncer. O interesse pelo tema surgiu a partir de um estágio curricular da graduação realizada num hospital geral de Florianópolis, no qual a estagiária realizou atendimento de grupo a pacientes que realizavam tratamento de câncer. Neste estágio verificou-se que a crença religiosa esteve muitas vezes presente no momento da doença para os pacientes como forma de significar a doença.

Tendo como objetivos da pesquisa identificar a crença no sujeito e identificar a adesão ao tratamento alopático, pode-se perceber que os mesmos foram identificados em cada sujeito de pesquisa, bem como sua concepção sobre ela, seu entendimento sobre a vida, a morte, a doença. Com relação à crença dos sujeitos, dois dos três entrevistados, já conheciam a crença espírita, mas não praticavam, tampouco acreditavam ou se implicavam. A partir da doença os três passaram a crer e dois permaneceram praticando. Essa crença, na visão dos sujeitos, entende a doença de três modos: como mediadora de um aprendizado, como pagamento de dívidas de vidas passadas, com o objetivo de evolução espiritual, ou até mesmo como algo somático, o que poderíamos supor como “responsabilidade” do sujeito, não transferindo essa “responsabilidade” para algo sagrado, Deus. Porém mesmo neste sentido de “responsabilidade”, a crença tem uma filosofia de aceitação incondicional do sujeito, acreditando que ele está sempre fazendo o melhor, conforme sua evolução permite, e isso tira a culpa ou qualquer sentimento inconformado das pessoas que foram acometidas pelas doenças.

Sendo também o câncer uma doença que promove um encontro mais próximo com a morte, traz à tona muitos sentimentos, medos e mudanças de atitude das pessoas perante a vida, tornando este um fenômeno importante para ser estudado do ponto de vista psicológico.

A partir dos dados coletados, a crença passa a ser entendida como um mecanismo de defesa importante, que auxilia na significação da doença de uma maneira positiva, que traz esperança e fornece suporte psicológico para o paciente, sendo que em nenhum momento entra em conflito com a medicina tradicional e conseqüentemente com o tratamento alopático. A adesão também foi identificada

pela pesquisadora, quando os sujeitos descrevem os tratamentos prescritos e os realizados e explicitam seus entendimentos sobre o tratamento.

Como resultado da pesquisa, pode-se perceber a influência positiva da crença na adesão ao tratamento alopático das pessoas que participaram da pesquisa, o que contribuiu para a adesão ao tratamento alopático.

A facilidade encontrada durante a execução deste estudo foi a satisfação das pessoas que se dispuseram a realizar a entrevista, quase como que gratas pelo que havia acontecido com elas: a cura da doença e querendo compartilhar isso; além do prazer da pesquisadora de estudar um tema que a interessa. No que tange às dificuldades durante a realização do trabalho, pode-se citar que foi o curto período de tempo para encontrar pessoas que tivessem passado pelo câncer, com idade acima de 40 anos, que fossem espíritas e que estivessem realmente disponíveis a doar um pouco do seu tempo para realizar as entrevistas durante este período, daí a quantidade restrita da amostra.

Nesta área acredita-se que a crença precisa ser mais explorada em estudos. Sendo que muitas vezes ela pode ser mau vista por profissionais, criticada, ou avaliada como juízo de valor, ao invés de compreendida na função que exerce nos sujeitos. Como exemplo de outras pesquisas na área, cita-se a modificação da população alvo para pessoas com outras crenças, ou até fazer uma comparação com ateus e pessoas que tem outras crenças; ou pesquisar ainda pessoas que portam outros tipos de doenças. Também poderiam ser pesquisados sujeitos que estiveram em situação de risco de morte e a relação com a crença. Um dos objetivos desta pesquisa foi chamar a atenção dos profissionais, principalmente psicólogos, para a importância da temática “crença”, que está tão impressa na nossa sociedade e pouco é discutida. Trata-se de um mecanismo de defesa muito utilizado na nossa cultura e está muito presente não só em hospitais, mas na clínica e em todos os lugares que o psicólogo irá atuar, e este precisa entender da crença para então poder trabalhar em paralelo a ela, respeitando-a em qualquer circunstância.

Pode-se então entender esse incentivo a outras pesquisas na área, bem como para a sociedade, se buscou contribuir no auxílio da relação profissional de saúde e paciente no momento da doença, a partir da compreensão deste tema. Deste modo, conclui-se, no caso estudado, a relação positiva da crença, da medicina e da cura, tendo como principal favorecido o paciente.

REFERÊNCIAS

ASSUNCAO, Thaís Silva e URSINE, Priscila Guedes Santana. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família. Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, vol.13, disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt .Acessado em: 10 de outubro de 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BATISTA, Miranildes de Abreu. Presença do agrado em um momento crítico: internação em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasillia, DF, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500013&script=sci_arttext. Acessado em: 2 de novembro de 2012.

CAMON-ANGERAMI, V. A.(Org). E a psicologia entrou no hospital... São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

_____ (Org) **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**.São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa. A questão da crença versus a questão da fé: articulações da Verleugnung Freudiana. **Psicologia em revista**. PUC Minas, v 10, n.15, 2004. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewArticle/195> Acessado em: 13 de outubro de 2011.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO. Disponível em:<http://www.dicionarioetimologico.com.br/searchController.do?hidArtigo=2D00FFA9944B07EA22953E0A257A5F95>. Acessado em: 12 de novembro de 2012.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16779.pdf> acessado em: 08 de outubro de 2012.

FORNAZARI, Silvia Aparecida; FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade e ou espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia :Teoria e Pesquisa**, Brasília, 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000200008&script=sci_arttext. Acessado em: 2 de novembro de 2012.

FREUD, Sigmund. **O Futuro de uma ilusão**. Rio de Janeiro, Imago, 1997.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: http://www.proppi.uff.br/turismo/sites/default/files/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_oco_antnio_carlos_gil.pdf Acessado em: 12 de agosto de 2012.

IBGE. Censo Demográfico. 2010. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/tab1_4.pdf. Acessado em: 19 de novembro de 2012.

KIUBLER-ROSS, Elisabeth. **Morte**: estágio final da evolução. 2 ed. Ed Record. Rio de Janeiro, 1996.

MALTA, Débora Carvalho. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. V. 15, Brasília, 2006. Disponível em: http://scielolab.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 10 de novembro de 2012.

MARCON, Sônia Silva et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto contexto - enfermagem**. 2005, vol.14, n.spe, pp. 116-124. ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a14v14nspe.pdf> Acessado em: 21 de outubro de 2011.

MIJOLLA-MELLOR, Sophie de. Sobre a necessidade de crer. **Psyche** Sao Paulo. 2006, vol.10, n.17, pp. 55-64. ISSN 1415-1138. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n17/v10n17a04.pdf> Acessado em: 21 de outubro de 2011.

NÚCLEO ESPÍRITA NOSSO LAR. Terapias. Disponível em: http://www.nenossolar.com.br/index.php?view=category&id=34%3Aterapias&option=com_content&Itemid=26 Acessado em: 10 de outubro de 2012.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (1948). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf> . [200?] [pg. 65]. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2299-2306. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf> Acessado em: 10 de outubro de 2010.

ROSA, Teresa Etsuro da Costa, WALDMAN, Eliseu Alves. Principais delineamentos aplicados em estudos epidemiológicos. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/pdf/09_03.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATISTELLA, Linamara Rizzo. **Espiritualidade baseada em evidências**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://d.yimg.com/kq/groups/22989688/798207239/name/Espiritualidade+baseada+em+evidencias.pdf> Acessado em: 21 de outubro de 2012.

SANTOS, C. T. & SEBASTIANI, R. W. 2003. Acompanhamento psicológico a pessoa portadora de doença crônica. In Angerami-Camon, V. A.(Org.) E a psicologia entrou no hospital...São Paulo: Pioneira Thomson

SCHAVELZON, Jose. Sobre Psicossomática e o câncer. In FILHO, Julio de Melo. e colaboradores. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**. 1997, vol.31, n.5, pp. 538-542. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>. Acessado em: 20 de setembro de 2010.

SILVEIRA, Lia M. C da; RIBEIRO, Victória M. B. Grupo de adesão ao tratamento espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n16/v9n16a08.pdf> Acessado em: 01 de outubro de 2010.

APÊNDICES

APÊNCIDE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Caracterização

1. Idade:
2. Estado civil:
3. Ocupação
4. Configuração familiar:
5. Qual foi o seu diagnóstico:
6. Quando e como foi realizado o diagnóstico de câncer.

Roteiro de Entrevista

7. Sua família faz parte da mesma doutrina?
8. Como é a sua relação com a doutrina espírita?
9. Qual a concepção da sua doutrina sobre a vida e sobre a doença na sua percepção?
10. Sua crença o ajudou a enfrentar esse momento? De que maneira?
11. Que recursos você utilizou no tratamento da doença?
12. Qual foi o tratamento prescrito pelo médico?
13. Qual a eficácia do tratamento alopático para você?
14. Você realizou efetivamente as indicações e prescrições do médico?
15. Se não realizou as indicações, por qual motivo?
16. Você considera que a sua crença o influenciou com relação à adesão no tratamento médico?

Esta entrevista foi construída com dezesseis perguntas e após a entrevista piloto, achou-se a necessidade de acrescentar a última pergunta para esclarecimento do objetivo geral. Também se optou em condensar duas perguntas em uma somente.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

Título da pesquisa: A cura, a crença e a medicina: a influência da crença espírita na adesão ao tratamento alopático de pessoas acometidas por câncer.

Eu, _____, estou sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa que tem como título “A crença, a cura e a medicina: a influência da crença espírita na adesão ao tratamento alopático de pessoas acometidas por câncer”. Fui esclarecido sobre o objetivo da pesquisa que é analisar a possível influência da crença na adesão ao tratamento alopático de pessoas que foram acometidas pelo câncer, as quais sendo sujeitos que crêem na doutrina espírita, com mais de 40 anos, de ambos os sexos. Foi-me informado que a importância da pesquisa está nas contribuições para psicólogos, profissionais de saúde, e pessoas com câncer, entre outros, também para novos entendimentos e práticas sobre essa possível influência na adesão ao tratamento.

Participarei de uma entrevista individual que será realizada com cinco pessoas. A entrevista terá duração em média de vinte minutos e será feita num lugar onde eu possa me sentir à vontade para responder as perguntas. Para registro das entrevistas, será utilizado um gravador, mediante a minha autorização, e a pesquisadora fará a transcrição fiel da gravação.

Eu reconheço que não sou obrigado a responder todas as perguntas e poderei desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicado por isso. Reconheço também que posso recusar a gravação da entrevista. Caso se faça necessário, a pesquisadora se disponibilizará, juntamente com sua orientadora, a prestar suporte psicológico, com fins de evitar qualquer tipo de prejuízo psicológico para os envolvidos.

A qualquer tempo, poderei pedir informações sobre a pesquisa à pesquisadora. Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos da pesquisadora que constam no final deste documento.

A minha identidade não será revelada em momento algum, por nome ou qualquer outra forma. A privacidade das informações obtidas por meio desta pesquisa será preservada. Minha participação é voluntária, o que significa que não serei pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado e esclarecido pela aluna pesquisadora Maria Paula Souza da Silva sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo. Concordo que o material e as informações relacionadas à minha pessoa possam ser utilizados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sendo que não serei identificado por nome ou qualquer outra forma.

Com relação ao registro das informações da entrevista, eu:

- () Concordo com a gravação de voz.
- () Não concordo com a gravação de voz.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador responsável (professor orientador TCC II): Carolina Bartilotti

Contatos: carolbartilotti@gmail.com – (48).

Outros pesquisadores (aluna orientanda): Maria Paula Souza da Silva

Contatos: maria-pss@hotmail.com – (48) 99303585

Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2)

Comitê de ética em pesquisa _ CEFID – Udesc, Florianópolis, BR.

