

Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer

The meaning of medical intervention and religious faith for the elderly cancer patient

Jorge Juarez Vieira Teixeira¹
Fernando Lefèvre²

Abstract *This study aimed at identifying the meaning medical intervention and religious faith have for the elderly patient with cancer. A descriptive and qualitative investigation was developed between January 9 and March 28, 2001 in the Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira/IAMSPE (Hospital for State Public Servants). The studied sample was not randomized and consisted of 20 elderly men and women with cancer. The data were collected in semi-structured interviews and organized and analyzed using the Collective Subject Discourse method, applying three methodological illustrations: the Central Idea, Key Expressions and the Collective Subject Discourse (CSD). The main central ideas of the discourse material were: 1. Nothing to complain about. I think it is very good and they are on the right track; 2. No. For now, I'm doing everything the doctors say; 3. I've already participated, but not currently; 4. I don't participate in religious activity; 5. Invigoration, hope and balance. Religious faith is everything! 6. It remains the same; however, it changed the way to be. The CSD shows that the adopted medical intervention gave the elderly renewed hope and that religious faith is a key instrument for facing the disease.*

Key words *Medical intervention, Religious faith, Cancer, Elderly, Qualitative research*

Resumo *Neste estudo, procurou-se identificar o significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. Pesquisa qualitativa e descritiva foi desenvolvida no período de 9/01 a 28/03/2001 no Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira/IAMSPE. A amostra foi não aleatória, constituída de vinte idosos com câncer. A coleta de dados ocorreu mediante a técnica da entrevista semi-estruturada. Para a tabulação e análise dos dados, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo, com aplicação de três figuras metodológicas: a Idéia Central, as Expressões-chave e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As principais idéias centrais presentes nos discursos foram: 1. Nada a reclamar. Eu acho muito bom e penso que eles estão no caminho certo; 2. Não. Por enquanto estou acompanhando tudo o que os médicos falam; 3. Eu já participei, mas atualmente não; 4. Eu não participo de atividade religiosa; 5. Fortalecimento, esperança e equilíbrio. A fé religiosa é tudo!; 6. Continua a mesma, porém, mudou a maneira de ser. O DSC mostra que o procedimento médico adotado forneceu maior esperança ao paciente, elegendo a fé religiosa como instrumento-chave para o enfrentamento da doença.*

Palavras-chave *Intervenção médica, Fé religiosa, Câncer, Idoso, Pesquisa qualitativa*

¹ Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Rua Universitária 1619, Jardim Universitário. 85819-110 Cascavel PR. jorgetei@hotmail.com

² Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, USP.

Introdução

A aplicação de técnicas cirúrgicas, radioterápicas, quimioterápicas e biológicas para o tratamento resultam na cura de mais de 50% dos pacientes diagnosticados com câncer¹. Ringdal² relata que, quando o diagnóstico ocorre precocemente e a intervenção é instituída, o paciente apresenta uma chance real de cura e o processo invasivo estará afastado. Paralelamente, se a força poderosa da mente for invocada e esta estiver aliada à fé religiosa, com o intuito de recuperar-se do agravo, o paciente se sentirá mais feliz e com outra disposição para enfrentar a doença, podendo, desta forma, provocar alteração em seu quadro.

A religião, em sentido estrito senso, ocupa um importante espaço na vida das pessoas, e a religiosidade pode ajudá-las a encontrar o significado e a coerência no mundo³. Estudo realizado por Holland *et al.*⁴ sobre a função da religiosidade e da crença espiritual no enfrentamento do melanoma maligno destaca que a fé religiosa e a espiritualidade contribuíram de forma ativa na luta cognitiva dos pacientes e as suas convicções religiosas forneceram significado e perspectiva, permitindo acumular experiência para o enfrentamento da doença. Revisões sistemáticas têm confirmado quantitativamente que a religião é epidemiologicamente um fator de proteção⁵⁻⁷.

Apesar do avanço científico tanto curativo quanto preventivo do câncer, o câncer ainda leva consigo a idéia de sofrimento e morte⁸. Este fato, por si só, desencadeia reações emocionais peculiares que devem ser levadas em consideração⁹. As pessoas religiosas podem encontrar certo significado em situações ameaçadoras de vida e até em situações com resultados fatais prováveis². A religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes¹⁰.

Por que as pessoas procuram terapias complementares ou suplementares, incluindo a religião e a espiritualidade? Os pacientes em desespero podem ser desencorajados a respeito da realidade do tratamento convencional. Assim, o medo, os efeitos adversos, as experiências negativas anteriores e o desejo por mais cuidados de suporte são outras razões apresentadas pelo paciente para buscar a prática não convencional. As pessoas podem estar infelizes com a tecnologia impessoal da medicina moderna e, assim, procuram enfatizar o autocuidado e o bom estado do corpo, mente e espírito¹¹.

A religião e a espiritualidade recentemente têm

recebido atenção especial frente aos fatores psicossociais que podem influenciar os resultados da saúde física¹². Para Mitka¹³, finalmente os estudos estão emergindo e mostrando o benefício da religião e da espiritualidade para a saúde pública. Levin⁷ relata que, se algum dia a religião foi um tópico marginal das pesquisas em envelhecimento, atualmente não o é.

Os comportamentos religiosos são bastante frequentes na idade avançada. Os profissionais da saúde que trabalham com estas pessoas devem estar alertas sobre a importância e a função da religião como visão de mundo e estratégia para enfrentar o estresse¹⁴. Os idosos com câncer podem usar a sua religiosidade como uma estratégia de enfrentamento na busca de alívio quando estão angustiados¹⁵.

Por que algumas pessoas idosas se tornam deprimidas, perdem a esperança e são incapazes de lutar eficazmente contra o câncer, enquanto outras com o mesmo agravo não se tornam deprimidas? Esta é uma área que deve ser explorada. A espiritualidade e a força que alguns idosos encontram ao expressar a sua fé religiosa podem explicar o porquê de eles não se deprimirem e serem capazes de manter a esperança, enfrentando eficazmente doenças como o câncer¹⁵. A fé em Deus cresce quando as pessoas ficam mais velhas, aumentando, assim, a leitura da Bíblia e a participação em cultos¹⁶⁻¹⁹.

Esta investigação teve como objetivo identificar o significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer.

Método

A tipologia da pesquisa é de natureza qualitativa, descritiva. A amostra é não aleatória, composta por vinte pacientes idosos (60 anos ou mais) com câncer não hospitalizados. Os sujeitos da pesquisa foram atendidos na Central de Quimioterapia/Ambulatório de Oncologia e no Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira/IAMSPE. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa tanto da instituição promotora (Faculdade de Saúde Pública-USP) como da receptora (Hospital do Servidor Público Estadual - Francisco Morato de Oliveira/IAMSPE).

A coleta de dados ocorreu mediante a técnica da entrevista semi-estruturada, conforme formulário pré-testado. As entrevistas foram desenvolvidas no período de 9 de janeiro a 28 de março de 2001.

O critério de inclusão para a escolha dos pacientes foi estar ciente e informado de que era portador de câncer, independentemente da fase da doença quando da realização da quimioterapia. A Central de Quimioterapia, por intermédio do corpo de enfermagem, já sabedora da situação do paciente, perguntava ao mesmo se gostaria de conversar com o pesquisador e após confirmação positiva encaminhava-o. Além das informações da Central de Quimioterapia sobre a situação do paciente, o pesquisador também manteve contato com a equipe médica para confirmação dos fatos. Nesse momento, em sala exclusiva, o pesquisador dialogava com o idoso para saber do interesse em participar da pesquisa. O critério de exclusão foi para os pacientes que aceitavam parcialmente a sua doença ou negavam o diagnóstico, fato esse informado previamente ao pesquisador pela Central de Quimioterapia. Um paciente foi eliminado do estudo (não aceitação do diagnóstico) e um segundo negou-se a participar por motivos pessoais.

A etapa seguinte consistiu na apresentação do objetivo e na pesquisa aos sujeitos eleitos. O termo de responsabilidade do pesquisador e de consentimento livre e esclarecido foi fornecido aos pacientes idosos com câncer e mais uma vez deixou-se livre a participação ou não do estudo. Aos candidatos que aceitaram garantiu-se total sigilo e anonimato. Os critérios utilizados obedeceram à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos.

Para o tratamento dos dados foi empregada a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo²⁰⁻²³ que consiste num conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos, sobretudo (mas não exclusivamente) daqueles provenientes de depoimentos orais.

Esses procedimentos envolvem, basicamente, as seguintes operações sobre os discursos coletados:

- Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, por exemplo, de cada resposta a uma dada questão. As expressões-chave são segmentos contínuos ou descontínuos de discurso que revelam o principal do conteúdo discursivo; são uma espécie de “prova discursivo-empírica” da “verdade” das idéias centrais.

- Identificação da idéia central de cada uma dessas expressões-chave e que é a síntese do conteúdo dessas expressões, ou seja, o que elas querem efetivamente dizer. Identificação das idéias centrais semelhantes ou complementares.

- Reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares,

em um discurso síntese que é o discurso do sujeito coletivo (DCS).

- O DCS representa, portanto, um expediente ou recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social (no caso de pacientes idosos) possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns, compartilhando entre seus membros. Com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno.

A análise dos dados foi desenvolvida com suporte da literatura científica.

Resultados e discussão

Os dados apresentados são referentes a vinte pacientes idosos com câncer. Não é pretensão exaurir a discussão dos DSC mas, sim, distinguir os pontos considerados de relevância em relação aos objetivos propostos.

Dos pacientes entrevistados, dez pertenciam ao sexo feminino e dez, ao masculino. A idade média foi de 67,1 anos para os homens e de 68,6 para as mulheres, com amplitude de 60 a 87 anos. Quanto à escolaridade e estado civil, 55% possuíam oito anos ou mais de estudo e casado.

Conhecer a ótica do usuário que busca o serviço de saúde pública é uma etapa importante frente ao processo interventivo. Neste sentido, a primeira pergunta colocada para os sujeitos idosos tenta resgatar o pensamento sobre o tratamento médico frente ao seu problema de saúde. O Quadro 1 destaca três idéias centrais (IC) e respectivos discursos.

Primeira IC: “Nada a reclamar. Eu acho muito bom e penso que eles estão no caminho certo”. No Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), há destaque para um tratamento melhor e de que a internação hospitalar produziu bons frutos em seu estado de saúde. Um trecho do discurso chama a atenção para o resultado positivo dos recursos tecnológicos dispensados para o seu tratamento “[...] com esse tratamento eu acho que eles estão no caminho certo [...] dentro do que a medicina dispõe [...]”. O discurso também apresenta sinal de gratidão aos profissionais de saúde frente ao desempenho na situação problema.

“Não tenho nenhuma queixa [...] não esperava melhor, porque sem o tratamento médico eu não estaria aqui”.

Segunda IC: “Eu não tenho muita profundidade”. Aqui a terapêutica frente à doença aparece no discurso coletivo como uma incógnita. Estudo longitudinal sobre o conhecimento dos pacientes com câncer avançado sobre o tratamento aponta que menos da metade dos 163 pacientes entendiam corretamente o objetivo fundamental da terapia²⁴.

Terceira IC: “Depende do procedimento médico”. Para os pacientes desse discurso, o procedimento cirúrgico parece se apresentar de forma menos traumática. “A cirurgia quando erradica [...] eu acho que se torna mais fácil”. Em sentido oposto, a quimioterapia ou a radioterapia emerge como terapêutica que pode levar ao desenvolvimento de eventos adversos: “[...] esse tratamento está muito agressivo ao corpo humano, né?”.

Na vida de um paciente com câncer, a busca por terapias alternativas pode ocorrer com certa frequência. Três IC possibilitaram a construção do material discursivo (Quadro 2).

Primeira IC: “Não. Por enquanto estou acompanhando tudo o que os médicos falam”. O discurso coletivo para a maioria dos idosos (75%) se apresenta de forma aderente ao procedimento médico acordado e as orientações parecem ser seguidas. Estudo realizado por Rodrigues *et al.*²⁵ com o objetivo de identificar alguns aspectos das crenças e dos sentimentos dos pacientes portadores de câncer sobre sua doença e tratamento evidenciou que a maioria dos pacientes (60%) relatou que fazia somente o tratamento prescrito pelo médico e não utilizava outros tipos de tratamento.

Em contexto diferente, a afirmação “[...] a gente procura de tudo [...]” emerge na segunda IC. Neste discurso, a fala do coletivo tende para a busca de qualquer produto sugerido. É forte a procura pelo transcendental, benzimento, cura pelas mãos, etc, embora o tratamento oficial não deva ser abandonado. “[...] O tratamento oficial eu não aconselho deixar”. Rosner¹¹, em estudo sobre a religião e a medicina, afirma que o medo, os efeitos adversos, as experiências negativas prévias e o desejo por mais cuidados de apoio são

Quadro 1. Idéia central e discurso do sujeito coletivo de vinte idosos com câncer. São Paulo, Brasil, 2001.

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

algumas das razões apontadas por pacientes, justificando a busca por outras terapias. Estudo objetivando avaliar o uso de terapias complementares destaca que aproximadamente 33% dos pacientes idosos com câncer utilizam a terapia alternativa²⁶. A urgência que muitos pacientes e familiares sentem em procurar qualquer benefício em potencial ou uma opção de tratamento esperançoso leva muitos pacientes a tentar qualquer promessa de tratamento que é oferecido²⁷.

Terceira IC: “Tudo! Mas agora apenas o tratamento médico”. Há destaque para o caráter transitório. Num primeiro momento, a idéia central vem enaltecida pelo medo da perda da vida, porém as sugestões eram bem-vindas. “Tudo o que se possa imaginar [...]”.

O fato de já ter participado ou estar participando de alguma atividade religiosa foi a próxima indagação formulada aos idosos. O material coletado forneceu quatro IC (Quadro 3).

Na primeira IC, “Sim, eu participo”, o discurso mostra a importância das atividades religiosas. A participação do sujeito coletivo é pontuada em diversos movimentos. “Eu faço pregação de casa em casa, tenho também as reuniões [...] Já participei de diversas coisas [...]”. Práticas religiosas podem ajudar o paciente a relaxar, distrair e a melhor aceitar os efeitos da solidão e do isolamento, situações tão frequentes na fase idosa da vida²⁸.

A segunda IC, “Eu já participei, mas atualmente não”, realça o sujeito coletivo participativo em atividades religiosas no passado, mas no momento devido às limitações físicas, há impedimento para a sua atuação, embora a fé ainda esteja presente. “Agora eu não posso sair quase [...]”. As pessoas idosas experienciam maiores limitações funcionais e neste sentido têm menor probabilidade de engajamento nas várias atividades da igreja, embora a atividade religiosa pessoal não cesse com o avançar da idade, há somente um desengajamento parcial das atividades religiosas organizadas^{29, 30}.

Por outro lado, na terceira IC, aparece a expressão “Eu não participo de atividade religiosa”. Na fala do coletivo transparece o não envolvimento em atividades religiosas, embora afirme que Deus ainda faz parte de sua vida. “Eu gosto de religião. Eventualmente eu recorro a um pensamento cristão”.

Em contraste com a primeira e a segunda IC, porém, mais próximo da terceira IC, a quarta IC aparece com o tema “Na hora do aperto”. Este discurso mostra um fato pitoresco que pode estar presente na vida de indivíduos que enfrentam situações de ameaça ou de rompimento com a vida, ou seja, a busca do transcendental quando os recursos terrestres findam. Pesquisa realizada sobre o apoio social baseado na igreja e no enfrentamento destaca que é mais provável que as

Quadro 2. Idéia central e discurso do sujeito coletivo de vinte idosos com câncer. São Paulo, Brasil, 2001.

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

peças utilizem a questão religiosa como enfrentamento quando surgem tempos difíceis³¹.

O que a fé religiosa significa na vida do paciente idoso com câncer? Frente a esta questão, duas IC se apresentam (Quadro 4).

Primeira IC: “fortalecimento, esperança e equilíbrio. A fé religiosa é tudo!”. O discurso do sujeito evidencia uma ligação humana com Deus. “A religião é uma religião de nós com o supremo”. Estudo qualitativo sobre como as mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama viviam destaca que uma parcela encontrou apoio em suas crenças religiosas e as crenças as capacitavam para continuar vivendo com a doença: “I believe there is something between heaven and earth, something that directs, and maybe that is the reason to keep holding on”³². Mull *et al.*³³, em trabalho sobre a função da religião na saúde e bem-estar de idosos, afirmam que a crença e as atividades religiosas foram importantes na vida de muitas idosas.

O discurso do sujeito coletivo destaca que quem tem fé religiosa se sente mais bem preparado e forte para lutar contra as adversidades da vida. “A fé religiosa faz com que a gente viva bem

com a vida, se fortaleça e tenha um horizonte mais santo”. O sujeito coletivo também enaltece que somente a fé foi capaz de encorajá-lo a enfrentar várias intervenções cirúrgicas. Koenig³⁴ relata que a crença e as práticas religiosas se tornam particularmente importantes para as pessoas quando se tornam doentes e procuram enfrentar o estresse de um procedimento cirúrgico e a dificuldade do processo da reabilitação que algumas vezes se segue. Muitos pacientes vêm na fé um “remédio” muito poderoso para o seu restabelecimento. Os pacientes com câncer mantêm a esperança por que buscam significado e confiança em um ser superior. A manutenção da esperança é importante para suportar o sofrimento³⁵.

Opostamente, a segunda IC, “Se eu não ver eu não acredito”, parece apresentar o forte apelo do ver para crer. Para Krause *et al.*³⁶, a dúvida religiosa tende a desgastar os sentimentos de bem-estar psicológico.

A próxima questão buscou entender como era a fé religiosa antes da doença e como está agora. Na fala do sujeito coletivo, duas IC são destacadas (Quadro 5).

Quadro 3. Idéia central e discurso do sujeito coletivo de vinte idosos com câncer. São Paulo, Brasil, 2001.

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

Primeira IC: “Continua a mesma, porém mudou a maneira de ser”. Esta afirmação parece significar a busca de uma reflexão mais profunda na ótica do sujeito coletivo. “A minha maneira de ser é muito diferente agora”. Pessoas com forte fé religiosa podem redefinir eventos potencialmente negativos em sua vida em termos de reli-

giosidade, como uma oportunidade de crescimento espiritual ou como parte de um plano divino mais amplo³⁷.

Segunda IC: “Eu tinha muitas dúvidas. Agora eu estou mais segura”. O discurso tende a revelar que a fé se fortaleceu após o sujeito passar por situações difíceis. “Depois que eu fiquei doen-

Quadro 4. Idéia central e discurso do sujeito coletivo de vinte idosos com câncer. São Paulo, Brasil, 2001.

Qual o significado da fé religiosa para o(a) senhor(a)?	
Idéia Central (1) Fortalecimento, esperança e equilíbrio. A fé religiosa é tudo!	Discurso do Sujeito Coletivo (1) A religião é uma religião de nós com o alto, com o supremo. Quem tem fé em Deus sempre consegue alguma coisa! Quem não tem fé, não consegue nada. A fé religiosa faz com que a gente viva bem com a vida, com o pessoal, se fortaleça, tenha esperança, confiança, equilíbrio, apego e um horizonte mais santo. Sem ela eu não estaria viva, só a fé me fez passar por quatro cirurgias em dois anos, quando todos achavam que eu não saía do hospital. Eu tenho fé num Deus, em Jesus, alguns santos também e eu peço que Deus dê proteção e saúde a todos aqueles que estão em volta de mim. A religião é muito importante e eu sou muito fervoroso. A gente precisa ter fé, força de vontade, nunca pode desanimar, pois a fé deixa viver mais um pouco. Eu acho que a fé é tudo.
Idéia Central (2) Se eu não ver eu não acredito.	Discurso do Sujeito Coletivo (2) Eu não acredito assim... Se eu não ver eu não acredito.

Quadro 5. Idéia central e discurso do sujeito coletivo de vinte idosos com câncer. São Paulo, Brasil, 2001.

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

te..., eu acho que a minha fé cresceu [...]". O discurso coletivo deixa a entender que o aprofundamento da palavra sagrada forneceu maturidade ao idoso. É preciso acreditar, ter fé em algo transcendente que seja capaz de completar as ansiedades individuais e sociais³⁸. Risberg *et al.*³⁹, ao estudar a cura espiritual em 642 pacientes noruegueses hospitalizados com câncer num estudo multicentro, afirmam que 139 (23%) relataram uma intensificação da fé religiosa depois do diagnóstico do câncer.

Considerações finais

O discurso do sujeito coletivo idoso com câncer forneceu importante material para a análise e discussão. Quanto ao procedimento intervencionista, parece haver um sentimento de satisfação e de agradecimento aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento e na aplicação dos

recursos tecnológicos. O discurso mostra que o idoso tem pouco conhecimento das conseqüências da terapia intervencionista e de que o tempo poderá lhe fornecer maior entendimento. Também aparece o discurso de que quanto menos agressiva for a técnica instituída, melhor será para o bem-estar do paciente. A terapia alternativa na vida do paciente idoso com câncer se revela em várias nuances, ora inexistente, ora evidenciada, ora suprimida.

Quanto à fé religiosa, o discurso coletivo enaltece-a tendo como resultado a esperança, o equilíbrio e o fortalecimento, propiciando a luta pela vida e a serenidade para aceitar a doença. Para o sujeito coletivo, a fé e o tratamento aparecem como parceiros íntimos e a sinergia é positiva para o enfrentamento da doença. O discurso ainda mostra que o aprofundamento por meio da leitura de textos religiosos evidencia a maturidade, a segurança, o conforto e o otimismo em relação ao tratamento instituído.

Colaboradores

JJV Teixeira trabalhou na concepção teórica, pesquisa de campo, análise dos dados, elaboração e redação final do texto e F Lefèvre participou na concepção teórica, análise dos dados e revisão do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Processo 98/15909-2) pelo apoio financeiro.

Referências

1. Longo DL. Oncology and haematology. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison's - Principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 43-58.
2. Ringdal GI. Religiosity, quality of life, and survival in cancer patients. *Soc Ind Res* 1996; 38: 193-211.
3. Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image - J Nurs Scholarsh* 1992; 24(4):267-272.
4. Holland JC. The roles of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology* 1990; 8(1):14-26.
5. Larson DB, Pattison EM, Blazer DG, Omran AR, Kaplan BH. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *Am J Psychiatry* 1986; 143(3):329-334.
6. Kark JD, Shemi G, Friedlander Y, Martin O, Manor O, Blondheim SH. Does religious observance promote health? Mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *Am J Public Health* 1996; 86(3):341-346.
7. Levin JS. Religious research in gerontology, 1980-1994: a systematic review. *J Rel Gerontol* 1997; 10(3):3-31.
8. Cyrillo PI, Pazzoto M. O papel do psicólogo no tratamento oncológico. In: Baracat FF, Fernandes JrHJ, Silva MJ, organizadores. *Cancerologia atual. Um enfoque multidisciplinar*. São Paulo: Roca; 2000. p. 173-185.
9. Carvalho VA. Psicoterapia em oncologia. In: MM Brentani, FRG Coelho, H Iyeyasu, LP Kowalski, organizadores. *Bases da Oncologia*. São Paulo: Lemar; 1998. p. 607-632.
10. Fleck MPAB, Newlands Z, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(4):446-455.
11. Rosner F. Religion and Medicine. *Arch Intern Med* 2001; 165(15):1811-1822.
12. Chen YY, Koenig HG. Do people turn to religion in times of stress? An examination of change in religiosity among elderly, medically ill patients. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(2): 114-120.
13. Mitka M. Getting religion seen as help in being well. *JAMA* 1998; 280(22):1896-1897.
14. Lotufo-Neto F. *Psiquiatria e religião - a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.
15. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24(4):663-671.
16. Blazer D, Palmore E. Religion and aging in a longitudinal panel. *Gerontologist* 1976; 16(1 Pt1): 82-85.
17. Young G, Dowling W. Dimensions of religiosity in old age: accounting for variation in types of participation. *J Gerontol* 1987; 42(4):376-380.
18. Marwick C. Should physicians prescribe prayer for health? Spiritual aspects of well-being considered. *JAMA* 1995; 273(20):1561-1562.
19. Koenig HG. The healing power of faith. *Ann Long - Term Care* 1999; 7(10):381-384.
20. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS; 2000. p. 11-35.
21. Lefèvre F, Teixeira JJV, Lefèvre AMC, Castro LLC, Spínola AWP. The Qualitative Report [serial online] 2004 dec [cited 2006 jun 5]: 9(4). Available from: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR9-4/lefevre.pdf>.
22. Lefèvre F, Teixeira JJV. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35:207-213.
23. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
24. Craft PS, Burns CM, Smith WT, Broom DH. Knowledge of treatment intent among patients with advanced cancer: a longitudinal study. *Eur J Cancer Care* 2005; 14(5):417-425.
25. Rodrigues C, Kajiya M, Gazzi O. O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença e o tratamento. *Acta Oncol Brás* 1991; 11(1,2,3):123-126.
26. Wyatt GK, Friedman LL, Given CW, Given BA, Beckrow KC. Complementary therapy use among older cancer. *Cancer Pract* 1999; 7(3):136-144.
27. Massie MJ, Chertkov L, Toth AJ. Psychological issues. In: JrVT Devita, S Hellman, SA Rosenberg, editors. *Cancer - principles e practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 3058-3065.
28. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(4):554-562.
29. Ainlay SC, Smith DR. Aging and religious participation. *J Gerontol* 1984; 39(3):357-363.
30. Ainlay SC, Singleton JrR, Swigert VL. Aging and religious participation: reconsidering the effects of health. *J Science Study Rel* 1992; 31(2):175-182.
31. Krause N, Shaw BA, Marcum JP, Boardman JD. Church-based social support and religious coping. *J Science Study Rel* 2001; 40(4):637-656.
32. Landmark BT, Strandmark M, Wahl AK. Living with newly diagnosed breast cancer - the meaning of existential issues. *Cancer Nurs* 2001; 24(3):220-226.
33. Mull CS, Cox CL, Sullivan JA. Religion's role in the health and well-being of well elders. *Public Health Nurs* 1987; 4(3):151-159.
34. Koenig HG. Spiritual aspects of surgery. *Ophthalmol Clin North Am* 2000; 13(1):71-83.

35. Duggleby W. Enduring suffering: a grounded theory analysis of the pain experience of elderly hospice patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27(5):825-831.
36. Krause N, Ingersoll-Dayton B, Ellison CG, Wulff KM. Aging, religious doubt, and psychological well-being. *Gerontologist* 1999; 39(5):525-533.
37. Ellison CG. Religious involvement and subjective well-being. *J Health Soc Behav* 1991; 32(1):80-99.
38. Bassini PF. Dimensão espiritual e a terceira idade. In: Duarte YAO, Diogo MJD'E, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 487-98.
39. Risberg T, Wist E, Kaasa S, Lund E, Norum J. Spiritual healing among Norwegian hospitalised cancer patients and patients' religious needs and preferences of pastoral services. *Eur J Cancer* 1996; 32A(2):274-281.

Artigo apresentado em 12/07/2006

Aprovado em 25/06/2007

Versão final apresentada em 10/07/2007