

Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama

Spirituality and religion as resources for breast cancer coping

Espiritualidad y religión como recursos para el enfrentamiento del cáncer de mama

Gabriella Santos Ribeiro¹; Cristiane Soares Campos²; Anna Claudia Yokoyama dos Anjos³

Como citar este artigo:

Ribeiro GS, Campos CS, Anjos ACY. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):849-856. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.849-856>.

RESUMO

Objetivos: Descrever e compreender como uma paciente com câncer de mama utilizava a religiosidade e a espiritualidade como recursos para enfrentar a doença. **Método:** Estudo descritivo, de natureza metodológica qualitativa. Referencial teórico da Antropologia Médica; método de estudo de caso etnográfico. Coleta de dados utilizou entrevistas semiestruturadas e observação. **Resultados:** A religiosidade e a espiritualidade foram exercitadas e tiveram grande importância no enfrentamento do câncer de mama para lidar com o adoecimento e as repercussões do tratamento, sendo evidenciadas na prática de orações, fé e frequência habitual à igreja. **Conclusão:** A espiritualidade e a religiosidade são recursos amplamente utilizados entre pacientes oncológicos, pois possibilitam novo sentido à experiência do adoecimento e do tratamento, modificando como as pessoas enxergam sua trajetória, promovendo menor desgaste e maior alívio em situações difíceis e estressantes, como no caso estudado. É importante que, desde a formação, o enfermeiro olhe para o indivíduo como ser biopsicossocioespiritual, buscando compreender suas dimensões e proporcionar melhor bem-estar. **Descritores:** Neoplasias da mama, Espiritualidade, Religião, Enfrentamento, Enfermagem oncológica.

ABSTRACT

Objectives: The purpose was to describe and to understand how a patient with breast cancer used religiosity and spirituality as resources to face the disease. **Method:** Descriptive study, qualitative methodology. Theoretical reference of Medical Anthropology; ethnographic case study method. Data collection used semi-structured interviews and observation. **Results:** Religiosity and spirituality were exercised and have had great importance in breast cancer coping, for to get along with illness and treatment repercussions. That was evidenced through prayers, faith and usual attendance at church. **Conclusion:** Spirituality and religiosity are resources widely used among cancer patients. They give new meaning to illness and treatment experience, and change the way how people see their trajectory, promoting less tiredness and relief in difficult and stressful situations, as in the case studied. It is important that since the college, nurse looks to people as biopsychosocial and spiritual subject, seeking to understand their dimensions and give better well-being.

Keywords: Breast neoplasms, Spirituality, Religion, Confrontation, Oncological nursing.

- 1 Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia-MG, Brasil. gabriellasantosribeiro@hotmail.com
- 2 Enfermeira Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia-MG, Brasil. cristianecampos08@gmail.com
- 3 Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia/UFU, Uberlândia-MG, Brasil. annaclaudia1971@gmail.com

RESUMEN

Objetivos: Describir y comprender cómo una paciente con cáncer de mama utilizaba la religiosidad y la espiritualidad como recursos para enfrentar la enfermedad. **Método:** Estudio descriptivo, de naturaleza metodológica cualitativa. Referencial teórico de la Antropología Médica; Método de estudio de caso etnográfico. La recolección de datos utilizó entrevistas semiestructuradas y observación. **Resultados:** La religiosidad y la espiritualidad fueron ejercitadas y tuvieron gran importancia en el enfrentamiento del cáncer de mama, para lidiar con la enfermedad y las repercusiones del tratamiento, siendo evidenciadas en la práctica de oraciones, fe, frecuencia habitual a la iglesia. **Conclusión:** La espiritualidad y la religiosidad son recursos ampliamente utilizados entre pacientes oncológicos. Posibilitan nuevo sentido a la experiencia de la enfermedad y el tratamiento, modificando cómo las personas ven su trayectoria, promoviendo menor desgaste y mayor alivio en situaciones difíciles y estresantes, como en el caso estudiado. Es importante que desde la formación, el enfermero mira al individuo como ser biopsicosocioespiritual, buscando comprender sus dimensiones y proporcionar mejor bienestar.

Descriptor: Neoplasias de mama, Espiritualidad, Religión, Enfrentamiento, Enfermería oncológica.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma das doenças que mais provoca medo e preocupações, principalmente pelo fato de trazer consigo a percepção de doença incapacitante, incurável e fatal, sendo temido e estigmatizado pelo paciente e por sua família.^{1,2} Todo processo de adoecimento e tratamento são vividos como um período de intensa ansiedade e sofrimento.

A espiritualidade e a prática religiosa possuem importância no enfrentamento do câncer, considerando-se as crenças e os valores dos níveis de experiências existentes na humanidade. Observa-se a busca por conforto, esperança e auxílio, sustentados por crenças provenientes de comportamentos individuais e práticas culturalmente estabelecidas, provenientes do senso comum.³

A religião, em sua etimologia latina, significa religar, restabelecer ligação.⁴ Nesse contexto, observa-se que existe diferenciação entre religiosidade e espiritualidade. Religiosidade pode ser conceituada como conjunto de crenças interligadas a alguma instituição religiosa, convicções ou práticas, que estão relacionadas a um poder divino, evidenciada pela prática de rituais religiosos públicos. Já a espiritualidade refere-se às atividades solitárias, à busca de sentido para a vida, um processo interior que pode ou não conter uma busca religiosa.⁵

A religiosidade favorece novo sentido à experiência da doença, alterando a maneira como as pessoas enxergam o problema, promovendo maior alívio da dor e da aflição.⁶

O bem-estar espiritual é considerado como um fator de proteção, relacionado a atitudes positivas de combate à enfermidade em pacientes com câncer.⁷ O fortalecimento do bem-estar espiritual pode auxiliar na redução da angústia relacionada a doenças, bem como na promoção da saúde mental.⁸

Durante a assistência clínica, ambulatorial e hospitalar prestada a mulheres com câncer de mama, foi observado que grande número dessas pacientes e de seus familiares preferem buscar auxílio e depositam sua fé e sua esperança em Deus ou em um Ser Superior, realizando diversas práticas religiosas, tais como rituais, preces e orações, para alcançar não somente o bem-estar espiritual, como também a cura da doença e a melhora dos sintomas e das reações decorrentes do tratamento.

Uma maior compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre espiritualidade e religiosidade dos pacientes pode

auxiliar no aprimoramento da prática clínica, melhorando a relação entre profissional, paciente e familiares/cuidadores, oferecendo apoio às suas práticas religiosas e espirituais, além de recursos e estratégias que promovam a autoconfiança para enfrentamento do adoecimento e do tratamento.⁴

Este estudo teve como objetivo estudar profundamente a experiência de uma mulher com câncer de mama submetida à quimioterapia, identificando e descrevendo como a participante tem utilizado a religiosidade e a espiritualidade para o enfrentamento da doença e de problemas relacionados ao tratamento.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com orientação teórico-metodológica da antropologia médica, que utilizou como método o estudo de caso etnográfico.

A antropologia médica é proveniente da antropologia interpretativa e busca assimilar saúde, cultura e termos em que se produz a experiência, além disso, pesquisa o conhecimento subjetivo, produzido socialmente, analisando a realidade vivida pela pessoa e como as histórias geram sentido.^{9,10}

O pensamento teórico-metodológico da antropologia médica tem o sentido de compreender como as pessoas explicam as doenças, incluindo suas causas, tratamentos, assim como suas estratégias de enfrentamento, de acordo com as diversidades entre os grupos sociais.¹¹

A etnografia foi aproveitada, na qual buscou-se pela descrição densa da realidade proveniente das manifestações de significados, os quais possibilitaram esclarecer e interpretar melhor os sentidos do contexto cultural. Dessa forma, buscou-se proporcionar que outras pessoas apreendam e compreendam o fenômeno estudado.^{9,10}

Foi utilizado o método do estudo de caso, com estratégias próprias da etnografia para a coleta de dados, tais como: observação direta do contexto, diário de campo e entrevistas. Além disso, houve contato direto com a participante que viveu o fenômeno pesquisado, a fim de obter informações sobre sua realidade em seu próprio contexto de vida diária.

O caso escolhido foi de uma paciente do sexo feminino, com câncer de mama em tratamento quimioterápico, exemplificando o grupo de mulheres adoecidas pelo câncer de mama, cujo limite físico de gênero foi pertencer ao feminino, tratada em um hospital público de grande porte, conferindo, assim, uma identidade social, representativa de mulheres atendidas nas instituições públicas de saúde. Assim, o caso pôde ser escolhido, porque é exemplo de uma classe ou porque é por si mesmo interessante.¹²

Foi desenvolvida a modalidade de estudo de caso instrumental, na qual o pesquisador está interessado em compreender algo mais amplo, que ofereça *insights* sobre a experiência vivida.¹² Buscou-se compreender o fenômeno da experiência vivida por Maria, representando o grupo de mulheres, **tratadas em serviços públicos de saúde**, com a utilização da **espiritualidade e da religiosidade como recursos para o enfrentamento do câncer de mama**.

Operacionalização do estudo

O projeto obteve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia, sob número CAAE 54143816.8.0000.5152,

em 25/05/2016. Somente após a aprovação pelo CEP, foi selecionada intencionalmente uma participante, que obedeceu aos critérios de inclusão e que, após convite e esclarecimentos sobre a pesquisa, aceitou participar do estudo, representando, assim, o caso a ser estudado.

A participante selecionada atendia aos critérios de inclusão para participar da pesquisa: diagnóstico conhecido de câncer de mama, ciência do diagnóstico e do tratamento quimioterápico proposto, maioridade de 18 anos, ausência de déficit cognitivo para formalização do interesse em participar da pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por ela.

Os locais para o desenvolvimento deste estudo foram: setor de oncologia do Hospital Universitário do Estado de Minas Gerais e o domicílio da participante.

Após a identificação da participante para o estudo, foi realizado o primeiro contato, por telefone, cujo objetivo foi convidar a paciente para a participação na pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, consulta ao prontuário - para dados de identificação, caracterização da paciente e diagnóstico médico - observação direta e anotações em diário de campo - atendendo ao que o método de pesquisa selecionado preconiza.¹³

A entrevista semiestruturada é composta por um roteiro com questões abertas, existindo, assim, flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas à participante. Este roteiro permitiu que a pesquisadora pudesse realizar perguntas complementares à questão norteadora, o que proporcionou melhor compreensão do fenômeno em investigação.¹⁴

As entrevistas foram gravadas em áudio utilizando recurso do celular, a fim de se manter a integridade das falas. Imediatamente após a realização, foram transcritas pela aluna-pesquisadora, sendo salvas em arquivos específicos de seu computador pessoal. Esse procedimento visa a um melhor aproveitamento do recordatório de fatos observados durante a entrevista e, conseqüentemente, uma análise mais aprofundada e rica em detalhes. A questão norteadora do estudo foi: “Você utiliza suas crenças e práticas religiosas para enfrentar a doença? Como?” Questões complementares, utilizadas durante as entrevistas, objetivaram explorar informações não claramente expostas ou que pudessem enriquecer o conjunto de informações relatadas, buscando aprofundar o estudo do caso, tais como: “Você considera que tem fé?”, “Poderia me dizer o que é a fé para você?”, “A fé é importante? Por que?”, “Você segue alguma religião?”, “Considera a religião importante? Por que?”, “O que você entende por espiritualidade? Considera positiva, negativa ou nunca pensou sobre ela?”, “Você tem usado alguma prática religiosa para enfrentar/lidar o câncer ou com alguma dificuldade do tratamento? Poderia me falar como?”

As entrevistas aconteceram prioritariamente na residência da participante, uma vez que o ambiente domiciliar é o *locus* onde a participante vive e convive com a família e suas redes de apoio social, sendo considerada ideal para observação.¹⁴

Foram realizados seis encontros para entrevistas, com intervalos que dependeram da disponibilidade da participante e do intervalo entre os ciclos do tratamento quimioterápico. As entrevistas tiveram duração de dez minutos até uma hora. Em cada encontro subsequente, buscava-se retomar dúvidas verificadas durante a análise da entrevista anterior, ou do conjunto de dados já analisado, e aprofundar aspectos

relevantes para busca de respostas aos objetivos da pesquisa. Na situação de pesquisadora inserida no campo de estudo, sempre procuramos respeitar os princípios da etnografia, os quais ressaltam a importância de perceber a sensibilidade e as limitações apresentadas pela participante.¹⁰

A participante foi orientada e estimulada a falar sobre sua experiência; coube à aluna-pesquisadora direcioná-la para o foco das questões. As seis entrevistas foram suficientes para responder aos objetivos estabelecidos, seguindo o critério de saturação para estudos qualitativos desta natureza.¹³

Além de visitas domiciliares, foi mantido contato contínuo durante todo período de coleta de dados, por meio de ligações telefônicas e mensagens de texto via celular.

A observação direta do contexto foi utilizada visando focalizar a postura adotada durante as entrevistas, os sinais corporais, os gestos e a entonação da voz, estes elementos contribuíram para a interpretação dos depoimentos.¹² No diário de campo, foram registradas considerações sobre as observações realizadas durante as entrevistas ou sobre os locais de desenvolvimento do estudo.

O conjunto de dados coletados foi submetido a análise temática.¹⁵

RESULTADOS

Quem é Maria?

A participante, nomeada Maria neste estudo, é do sexo feminino, tem 54 anos, é casada, possui um único filho, é natural da região do Triângulo Mineiro, de cor branca e possui Ensino Médio Completo. É evangélica praticante, membro da Igreja Presbiteriana. Atua como cabelereira autônoma há 20 anos, trabalha oito horas diariamente. A renda familiar é composta por sua renda e de seu marido (classe social B).¹⁶ Seu esposo tem 68 anos, é aposentado, natural da região do Triângulo Mineiro, possui Ensino Médio Completo e não possui religião. O filho do casal é homem, solteiro, 23 anos, cursa Graduação em Direito, e, assim como Maria, é evangélico.

A casa em que Maria reside com seu esposo e o filho é própria, nova e possui dois andares. Seu local de trabalho é a própria residência, estando localizado no primeiro andar. Trata-se de um salão de beleza amplo, com aparelhos eletroeletrônicos específicos para este tipo de profissão. O ambiente, o mobiliário e os utensílios estão bastante conservados.

No segundo andar encontra-se o domicílio, composto por uma cozinha ampla, uma sala grande, três quartos - sendo duas suítes - e um banheiro social. Todos os cômodos possuem janelas que sempre estavam abertas. A casa possui saneamento básico, energia elétrica e a rua é asfaltada. Não foi encontrada dificuldade para a realização das entrevistas e as observações no domicílio. Observou-se que tanto o ambiente domiciliar como o ambiente de trabalho eram organizados, limpos e com mobiliário bem conservado (notas do diário de campo).

Aproximando-me de Maria

O primeiro encontro na residência de Maria foi realizado no dia 24/06/2016. Visando conhecê-la melhor, iniciamos um diálogo sobre a pesquisa, pois o convite para participação foi feito

no hospital. Neste encontro, ocorreu nosso primeiro contato, no qual novamente esclarecemos os objetivos e a forma de participação na pesquisa, assim como a assinatura do TCLE e o preenchimento de parte do questionário referente aos dados de identificação. Também foi observado o contexto do domicílio, onde buscamos conhecer as demais pessoas que ali residiam.

Nesse dia, apesar de estar ciente da visita da aluna-pesquisadora, Maria estava trabalhando. Foi muito receptiva e colaborativa. Relatou brevemente a história da descoberta do câncer de mama e informou dados sociodemográficos, inclusive sua opção religiosa. Demonstrou-se animada e confiante quanto ao tratamento quimioterápico. Ao final, foi agendado o segundo encontro, quando seria gravada a primeira entrevista.

A história de Maria

Sobre a história de saúde e do adoecimento, Maria relatou que em 2015 teve um câncer de pele na região do nariz, realizou apenas tratamento cirúrgico, considerando-se curada. Referiu rotina de acompanhamento médico e realização de mamografia periodicamente desde os quarenta anos. A mamografia de fevereiro de 2016 não evidenciou nenhuma alteração. Depois de dois meses desse exame, notou um caroço doloroso na mama direita (D), que cresceu rapidamente. Diante disso, procurou imediatamente a assistência médica e iniciou investigação com mastologista: “Fiz mamografia e, quando viajei, na volta, já senti um carocinho, um tumor no seio, fui ao médico e ele disse que era câncer mesmo”. (Maria, 1ª entrevista)

No exame (core-biopsy) em mama direita (D), realizado em maio de 2016, foi evidenciado carcinoma ductal invasor, de grau histológico II. A lesão ocupava a área central da mama e media cerca de 5,0x7,0 cm. Também foi identificada linfonodomegalia axilar D, sendo o estadiamento clínico T4bN1M0.

A trajetória na busca pelo diagnóstico definitivo foi percorrida com coragem e com confiança, conforme identificamos em algumas entrevistas. Porém, analisando as informações coletadas - em diferentes perspectivas - observa-se ambiguidade nos relatos de Maria, uma vez que, apesar de expressar sentimentos inicialmente positivos, demonstrou também sentimento de tristeza e insegurança, principalmente no momento e na forma de compartilhar a notícia do diagnóstico - pois, inicialmente, não desejava contar ao filho e ao marido sobre a “má notícia”:

[...] Meu filho já é cardíaco e se você conta isso para ele... você já pensa, meu Deus e se ele passar mal ou qualquer coisa? Ele é muito agarradinho comigo, então eu não queria passar essa tristeza para ele não. Eu queria ir contando em pausas, sabe? Meu marido é diabético, então eu não queria passar isso para eles não; pensei: Ah, deixa que eu vou resolvendo isso, né? Mas aí, eu vi que não tinha jeito; não dá, o seu rosto conta!... por mais que você encara a doença, no fundo você tem uma tristezazinha né?! (Maria, 2ª entrevista)

Ao abordar questões relacionadas ao adoecimento pelo câncer, verificamos que o estigma desta doença ainda produz reações e sentimentos negativos nas pessoas. Sendo assim, ao questionar Maria sobre o que seria o câncer, verificamos respostas verbais e não verbais, que histórica e culturalmente nomeiam o câncer como uma doença fatal. Mas, imediatamente

após falar da doença como algo que pode colocá-la em “risco de morte”, a participante se utiliza de sua crença em Deus para afirmar que: “*Ele pode me fortalecer e me manter firme*”.

Olha, esse daí (grifo da pesquisadora - quando a participante se refere ao câncer) eu não sei te falar o que é não viu! Só sei que de Deus não é; deve ser do diabo! Porque quando você pega a notícia, você fica meio baqueada e pensa: meu Deus, meu mundo acabou! Você pensa que vai morrer, mas (depois) você vê que não é nada disso, tem que encarar, e quando leva as coisas a sério e tem Deus no coração nada abala. (Maria, 2ª entrevista)

Maria relatou que anteriormente ao diagnóstico do câncer de mama, sempre foi saudável. Ao analisar a segunda entrevista, percebemos uma contradição em seu relato, pois ela referiu já ter sido tratada de um câncer de pele, para o qual obteve cura:

Sempre trabalhando, nunca tive nada, portanto, no dia que eu fiz o exame, a médica disse: olha você não tem nada, aí fiz um cruzeiro. Na volta, já palpei um caroço e já constou que estava com câncer, eu nunca fui doente, nunca tive nada. (Maria, 2ª entrevista)

Em uma primeira aproximação entre a pesquisadora e a participante, ao ser indagada sobre a possibilidade de existir relação entre a ocorrência da doença, e esta ser algo proveniente da vontade de Deus, Maria responde:

[...] Eu acho que o que você tem que passar, está marcado na sua vida, não é por ter religião ou não. Eu acho que o que Deus marca na sua vida, você tem que passar e tem que encarar. Isso é uma etapa na sua vida; aconteça o que acontecer você vai ter que passar. (Maria, 3ª entrevista)

Percurso do Tratamento

Após a confirmação do diagnóstico, considerando a necessidade de tratamento sistêmico devido ao estadiamento da doença, foi proposta pelo oncologista clínico a quimioterapia (QT) neoadjuvante, ou seja, a primeira modalidade de tratamento a ser realizada, utilizando o protocolo de quatro ciclos de AC (doxorubicina + ciclofosfamida), com intervalos de 21 dias entre os ciclos, e quatro ciclos de paclitaxel, administrados semanalmente, totalizando 12 semanas. Maria iniciou o primeiro ciclo de quimioterapia no dia 13/05/2016.

De acordo com o modelo explicativo de Maria sobre a QT:

Eu acredito que (a quimioterapia - colocação da pesquisadora) seja para ir matando as células né, eu não tenho uma explicação certa do que é. Eu imagino que é para ir matando essa célula cancerígena.” (Maria, 2ª entrevista)

A QT foi compreendida como esperança de cura e motivadora de força:

Olha, tudo que tem para fazer estamos fazendo, correndo atrás do tratamento. Acho que não tem mais o que fazer, né? Estou fazendo bom tratamento, só falta dois meses para eu operar; eu já acredito que estou na fase final. (Maria, 2ª entrevista)

Em alguns ciclos do tratamento, evidenciamos a fadiga, reação adversa significativa, secundária à QT, identificada como reação frequente durante o tratamento:

Não sinto nada. Terminei (de receber a quimioterapia - colocação da pesquisadora), vou embora e trabalho, eu não sinto nada. Só sinto depois de três dias que me dá uma baqueada, fico cansada e deito... (Maria, 2ª entrevista)

Apesar do discurso corrente - reafirmando sempre estar bem, ter confiança, porque “Deus está cuidando”, ter o apoio e estímulo dos familiares - percebe-se o sentimento de medo e insegurança associados, expressos por Maria:

Eu acredito que está dando certo, porque a última vez que eu fui, a Doutora olhou e sorriu. E eu pensei assim, nossa, está danado, né? Aí ela falou: olha, Maria, o tumor em você sumiu, não tem mais. Então assim, eu fiquei muito feliz. Meu filho sempre diz: mãe você está ótima, está vendo o tanto que está boa? E eu também acho que estou bem, porque em vista daquele pessoal que tenho visto lá no hospital, eu estou maravilhosa, né? Porque a gente assusta... não é fácil não, quimioterapia é muito difícil! (Maria, 3ª entrevista)

Em entrevista subsequente, ao ser questionada sobre o 4º ciclo de AC, Maria relatou ser o primeiro ciclo em que apresentou reações adversas intensas, requerendo hospitalizações e uso de medicamentos:

Dessa vez não foi bom, eu passei muito mal, fiquei muito fraca... não foi legal, portanto, tive até que tomar soro. Fui para o hospital, tomei soro, aí eu fiquei de repouso dois dias deitada, aí eu melhorei. Sempre falei para você que nunca tive nada, mas dessa vez o bicho pegou, foi difícil (risos). (Maria, 3ª entrevista)

Ainda sobre as dificuldades vivenciadas neste período, questionamos sobre quais outros recursos haviam sido utilizados. Ao que Maria responde: “Através de Deus e minhas orações; Ele que está me dando força e coragem.” (Maria, 4ª entrevista)

Redes de apoio

Durante a primeira entrevista, ao abordarmos sobre como a família encarou a doença, Maria relatou: “Nós todos, meu filho, meu marido encaramos com força, coragem, pedimos a Deus que vai dar tudo certo.” (Maria, 1ª entrevista)

Observamos que o marido e o filho formaram o grupo de apoio mais próximo; porém, em entrevista posterior, Maria relata que seu marido não lhe oferecia atenção necessária: “Olha, meu marido é um pouco estranho, ele é seco, mas ele

falou: se tem que tratar, então vamos correr atrás.” (Maria, 3ª entrevista)

Para Maria, a força e a coragem presentes durante o difícil percurso da doença e do tratamento estavam relacionadas também ao apoio de seus familiares. Alguns parentes, mesmo de longe, demonstravam preocupação, conforme relatado:

Ah, meu filho, no mesmo tempo em que ele viu falou: mãe fica tranquila, tudo vai ser normal, vai ser tranquilo. Portanto, todas as vezes que eu vou fazer quimio (quimioterapia - colocação da pesquisadora), meu filho está junto comigo. Minha família está longe daqui, em Goiás, mas sempre estão ligando e falando que o que precisar, estão aqui. (Maria, 3ª entrevista)

No trecho da entrevista abaixo, a falta de apoio do marido despertou-nos atenção:

Às vezes sim, sinto... mas não comentei com ele nada não. É mais fácil eu comentar com as minhas amigas do que com ele. Para você ver... ele nunca foi comigo na quimio (quimioterapia - colocação da pesquisadora), nem no exame, nem nada, ele não vai, não vai. Se ele for também, ele me aborrece, ele é meio chato. É o jeito dele, aí eu largo de mão. (Maria, 3ª entrevista)

Em contrapartida, Maria relata total apoio do filho e das amigas:

Meu filho que vai, eu tenho cobertura total, meu filho, minhas amigas... eu tenho uma amiga, que é a Rosa, que é enfermeira lá da UAI (Unidade de Pronto Atendimento - colocação da pesquisadora), ela me dá apoio total; a Joana (amiga - colocação da pesquisadora) eu tenho ela como se fosse... ela é até esposa do Doutor, ela é uma pessoa que ela me dá apoio que assim... nunca vi! É uma irmã! As duas são as irmãs que eu nunca tive; fora de sério, muito boa! (Maria, 3ª entrevista)

Apesar de sentir falta de apoio do marido, considerou uma rede de apoio composta de amigas e familiares que supria muitas necessidades:

Minha família sempre diz que se eu precisar de dinheiro, posso contar com eles, e se eu quiser parar de trabalhar. Eu acho que isso aí é um apoio, um carinho que eles têm comigo também, né? Eu tenho uma sobrinha que mora em Cuba e ela sempre me liga e diz: olha, o que você precisar pode contar comigo, se você quiser parar de trabalhar, pode parar que nós fazemos um salário e você fica quieta. Então, eu acho que isso é muito importante, né, porque o financeiro não é tudo na vida de uma pessoa, mas se você não tiver, a situação fica difícil, né? (Maria, 3ª entrevista)

Diante da falta de conformidade com a doença de sua mãe, o filho também utilizou a religiosidade, no sentido de buscar em Deus explicação para a doença de sua mãe:

[...] Portanto, no dia lá (após o diagnóstico - colocação da pesquisadora) ele (filho - colocação da pesquisadora) pôs

(publicou - colocação da pesquisadora) no Facebook: “mãe eu não sei o porquê, você sempre foi uma pessoa que ajuda o próximo e eu pergunto para Deus, porque que está acontecendo isso com você?” Mas ele falou assim: “eu vou em busca de um resultado disso daí!! E ele foi mesmo; ele pagou um absurdo no curso e foi; agora ele quer que eu vá, e eu acho que vou.” (Maria, 3ª entrevista)

O filho de Maria participou de um curso, com o objetivo de entender melhor a doença da mãe. Foi realizado em um instituto onde são promovidos cursos e palestras de autoestima, inteligência emocional, comunicação intrapessoal e interpessoal, e relacionamento.

Apesar do adoecimento, em diferentes momentos, Maria demonstrou o seu instinto de proteção maternal: “Agradeço a Deus e falo: Senhor, obrigada por eu estar aqui, porque é difícil! E agradeço também por não ser o meu filho. Tenho um filho de 23 anos e mãe prefere as coisas para ela e não para um filho.” (Maria, 3ª entrevista)

Espiritualidade e Religiosidade

Ao ser questionada sobre sua religião, Maria diz ser presbiteriana e frequenta algumas atividades da igreja toda semana: “Sou evangélica, sou da presbiteriana. Vou sim, toda semana.” (Maria, 1ª entrevista)

Relacionou a fé e a religião como fontes de apoio. Afirmava que ir à igreja lhe proporcionava melhores condições de enfrentamento e trazia benefícios para sua vida: “Ah acho que ir na igreja toda semana me faz sentir mais forte diante dessa doença. Eu tenho mais ânimo e vontade de viver, pois acredito que Deus está sempre comigo.” (Maria, 4ª entrevista)

Para Maria, ser praticante não é apenas frequentar semanalmente à igreja; dessa forma, observamos a busca por ajuda por meio da sua fé e da sua religiosidade: “Para mim, além de ir à igreja toda semana... eu também rezo todos os dias quando acordo e quando vou dormir, estou sempre rezando a Deus.” (Maria, 4ª entrevista)

Ao comentar sobre o diagnóstico, observamos que a fé ocupou um papel central no enfrentamento do câncer de mama: “Ah, fico triste né, mas quando temos Deus no coração, nada abala.” (Maria, 1ª entrevista)

Ao ser questionada sobre quem seria Deus, Maria descreve como fonte de firmeza, proteção, tranquilidade e alegria, o que considera como fontes de suporte espiritual para permanecer bem: “Ah Deus para mim é tudo. Eu sou uma pessoa que tenho muita firmeza com Deus e tudo que eu vou fazer eu ponho Deus à minha frente.” (Maria, 3ª entrevista)

Maria atribui sua força a Deus, buscava Nele as condições necessárias para seguir: “Olha eu busco através das minhas orações, sempre rezo e peço a Deus forças para seguir em frente.” (Maria, 4ª entrevista)

Maria, em nenhum momento, questionou a Deus sobre o motivo do adoecimento pelo câncer. Pelo contrário, demonstrava um sentimento de gratidão em relação a ter um local que oferecia o tratamento, não se revoltou:

Não, em nenhum momento questionei. Eu acho assim... eu sempre agradeço a Deus porque, se Ele me deu isso, eu estou mais tranquila do que se fosse com o meu filho.

[...] Eu só agradeço a Deus por ter um lugar onde estou tratando que é o Hospital do Câncer, que trata a gente maravilhosamente! (Maria, 2ª entrevista)

Permaneceu tranquila, pois considera que o fato de não ter sido seu filho a ser acometido pela doença já seria uma grande bênção. Nesse momento demonstra, novamente, o instinto de proteção maternal: “Prefiro a mim, do que ao meu filho, que é jovem e tem a vida pela frente.” (Maria, 2ª entrevista)

Também buscamos compreender a afirmativa “[...] quando temos Deus no coração, nada abala!”. No trecho abaixo é possível identificar que Maria atribui um poder orientador e de apoio à Deus:

Ah com certeza eu acho que nem tem jeito de responder isso daí! Porque eu acho que quando você tem Deus nada te abala. Eu tenho muita firmeza com Deus, tudo que eu vou fazer, tudo eu ponho Deus na minha frente e mais nada, só isso, para mim é tudo! (Maria, 3ª entrevista)

Maria considerava que, independente de sua religião, Deus é um só e estava sempre a ajudando, porém relatou que essa ajuda não vinha apenas de Deus, mas também de seus familiares e de suas amigas:

E outra, não é nem questão de ser evangélica, porque eu acho que Deus é um só. Aqui no meu salão eu tenho apoio da minha família, da minha igreja e das minhas amigas, porque elas vêm aqui e falam: estamos aqui orando por você, seja católica, espírita... todos estão orando por mim, então acredito que Deus é um só; eu não vejo assim por ser evangélica, sabe? (Maria, 3ª entrevista)

Em relação à sua religião, - sobre práticas religiosas realizadas em busca de ajuda, durante as dificuldades vividas na trajetória do tratamento - relatou frequentar a igreja semanalmente e orar em sua própria casa e também na igreja:

Olha, o que eu pratico eu nunca deixei, eu nunca falhei em ir à minha igreja, eu nunca falhei. Sempre que eu vou, firmo lá com Deus, sempre estou indo e peço para Deus: Deus me dá força para passar essa etapa; e eu não desmoronei, não mesmo, em nenhum minuto, eu não me vejo triste. Você pode ver que você veio aqui várias vezes e, eu não estou triste. (Maria, 3ª entrevista)

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados, utilizando os pressupostos da antropologia médica, pudemos compreender profundamente a trajetória do processo saúde-doença-tratamento, vivida por Maria, descrevendo sua história de vida e sua experiência com o adoecimento e o tratamento do câncer de mama, relacionando as dificuldades vivenciadas às estratégias de enfrentamento provenientes de suas crenças e práticas oriundas de seu contexto sociocultural.

A perspectiva antropológica qualitativa foi empregada para identificar e analisar a mediação que exercem os fatores

sociais e culturais na construção de formas características de pensar e agir frente à saúde e à doença. Integrando uma apreensão da dimensão cultural, a antropologia médica contribuiu para ampliar a compreensão do contexto, que deve ser levado em consideração sobre as diferentes perspectivas dos processos patológicos.⁹

No decorrer das entrevistas, a participante explicou sobre a trajetória da sua doença e como a enfrentou, baseada em suas crenças e práticas religiosas provenientes de seus hábitos e também dos diferentes saberes do senso comum e de sua cultura. O desenvolvimento da antropologia médica como uma área de conhecimento leva em consideração aspectos relacionados ao adoecimento e formas de lidar, com base na cultura das pessoas participantes. Ela é recente, porém, a relação íntima entre saúde e cultura não é um tema novo na antropologia.¹⁰

Os dados sociodemográficos e clínicos da participante deste estudo evidenciaram semelhança com o perfil de mulheres com câncer de mama, participantes de outros estudos recentemente desenvolvidos e publicados em meio científico. Também verificamos que a participante se enquadra no perfil de mulheres brasileiras acometidas pelo câncer de mama.¹⁷

Apesar do desejo de esclarecimento sobre a alteração percebida na mama e, por já sentir certa desconfiança, a confirmação do diagnóstico foi recebida por Maria, como “uma bomba”, “um choque”. Em estudo que objetivou conhecer as reações das mulheres ao receber o diagnóstico de câncer de mama, foi verificado que o diagnóstico de câncer de mama despertou nas mulheres sentimentos de desespero e angústia, que foram minimizados na esperança da cura depositada em Deus e na medicina. O câncer ainda permanece com o histórico estigmatizado de morte, que se deve às mínimas chances de cura que um paciente oncológico dispunha tempos atrás, porém um dos principais motivos estava relacionado à ausência de tratamentos eficazes. Com o avançar da tecnologia na área da saúde, atualmente, grande parte dos pacientes têm maiores chances de cura ou de controle da doença e dos sintomas, chegando à fase de reabilitação e de retomada de suas vidas cotidianas.¹⁸

Além disso, após confirmação do diagnóstico, verificamos certa dualidade nos relatos da participante, com presença de sentimentos/emoções tanto positivos como negativos. Pode-se considerar que emoções negativas estão associadas ao fato do câncer permanecer vinculado ao sofrimento e à morte. Já as emoções positivas estão relacionadas à busca pela cura e pelo melhor bem-estar espiritual, por meio da fé e da religiosidade. Como define a antropologia, as emoções são métodos simbólicos que articulam o mundo interpessoal e o universo moral, são aprendidas no contexto familiar e social e consistem em um modo de reagir. Portanto, essas emoções são aprendidas e incorporadas na vida social, após o diagnóstico da “doença câncer”.¹⁹

Para Maria, a proposta da QT representou “chance de cura”, demonstrando confiança na eficácia do tratamento, mesmo sabendo das temidas reações adversas, oriundas do seu conhecimento popular. Como apontado em estudo anteriormente desenvolvido, a QT é considerada pela grande maioria dos pacientes como algo desagradável, principalmente devido as reações adversas, as quais trazem múltiplas dificuldades, desconfortos e sofrimentos para a paciente e sua família, ocasionando limitações para a vida.²⁰

Considerando as reações adversas que acometem o paciente em QT, a fadiga secundária à quimioterapia foi o efeito adverso

que recebeu maior destaque entre os relatados por Maria. Estudo identificou que a fadiga é uma das reações que mais acomete pacientes que estão em tratamento quimioterápico, sendo caracterizada por cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva e também pode interferir na funcionalidade.²¹ Acomete com frequência pacientes com câncer, afetando de 70% a 100% daqueles que são submetidos ao tratamento quimioterápico.²²

Quanto ao apoio recebido, Maria relatou várias vezes possuir uma rede formada por familiares, amigas e pessoas de sua Igreja; demonstrava gratidão por este apoio, nesta difícil fase da vida. De acordo com revisão da literatura internacional, as redes de apoio agem como responsáveis no processo de tratamento e cura do câncer; a presença de familiares e amigos funciona como fator de motivação para superar as dificuldades da trajetória da doença, de modo que a pessoa adoecida percebe o quanto é importante em seu meio.²³

O filho de Maria foi considerado a pessoa que mais a apoiava, esteve ao seu lado em todos os momentos, durante a trajetória do tratamento. Um estudo revelou que 96% dos pacientes receberam apoio de alguns ou de todos membros da família para o enfrentamento da doença e do tratamento; nesta pesquisa, os filhos foram reconhecidos como fontes de apoio por 34% dos participantes.²⁴

Como apresentado, a paciente queixava-se da falta de apoio do marido, o qual não lhe prestou a atenção esperada durante o tratamento da doença. Outro estudo, contrariamente ao anteriormente citado, constatou elevada incidência da ausência do apoio familiar.²⁵ Vale ressaltar que a falta do suporte familiar tem influenciado na determinação da quantidade e intensidade das implicações negativas, podendo ocorrer desde o diagnóstico até o tratamento quimioterápico.

A prática de orações e a frequência em reuniões religiosas foram consideradas importantes recursos utilizados por Maria para alcançar auxílio de Deus. Ela relatava encontrar apoio e força para superar as dificuldades e os momentos de fraqueza e desespero. O enfrentamento religioso e a visão positiva de Deus podem ser utilizados para aceitação da doença e obtenção de vantagens para lidar com o câncer de mama. A participação em rituais religiosos associa-se a uma boa saúde física e mental, e o uso da oração como um apoio maior durante a doença.²⁶

Segundo estudo realizado, que objetivou identificar como a religião influencia a sobrevivência de um grupo de pacientes oncológicos, mulheres que utilizam o enfrentamento religioso negativo culpam a Deus por sua enfermidade e podem experimentar um sofrimento psíquico durante muito tempo. Porém, no caso de Maria, não houve esta forma de enfrentamento de culpar a Deus por sua doença e, em vários momentos, se referia a Ele como seu protetor divino. Compreendemos, assim, que Maria apresentou um enfrentamento positivo em relação à doença e ao percurso do tratamento, alicerçada aos benefícios advindos de sua fé em Deus e de suas práticas religiosas, as quais lhe oportunizaram sentir-se fortalecida e capaz de prosseguir com o tratamento.²⁷

Para Maria, a espiritualidade sempre foi fundamental em sua vida e no processo de enfrentamento da doença. Ela acreditava que os benefícios da espiritualidade e da religiosidade estavam relacionados à força, à tranquilidade e à confiança - o que trouxe diferença significativa em sua forma de lidar com as situações vividas, buscando a cura da doença, a melhora das reações adversas e, principalmente, o bem-estar espiritual. A

busca religiosa não deve ser entendida como uma forma de fugir da realidade, mas como uma perspectiva de futuro no enfrentamento positivo de dificuldades advindas do tratamento e do sofrimento, relacionados ao adoecimento pelo câncer.²⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva antropológica, o universo sociocultural do paciente não é mais visto como obstáculo à efetividade dos programas e práticas terapêuticas, mas como o contexto no qual se enraizam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas.

A participante deste estudo demonstrou bem-estar espiritual e religioso. Suas orações em domicílio e idas semanais à igreja mostraram-se como estratégias em busca da religiosidade, como forma de lidar com seu adoecimento e tratamento. Frente ao observado, verificamos que a ocorrência do câncer intensifica a busca pela espiritualidade e pela religiosidade como mecanismos para o enfrentamento do adoecimento e do tratamento, assim como fonte de cura.

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência a pacientes oncológicos devem dedicar atenção especial à compreensão das dimensões e ao emprego da religiosidade e da espiritualidade no manejo do câncer. Nesse sentido, é importante que, desde sua formação, o profissional comece a olhar para a pessoa e permita-se escutar o outro dentro de si, enxergando-a como um indivíduo único, pois quando o profissional se permite vivenciar estas experiências junto ao paciente, verdadeiros encontros positivos e terapêuticos podem ser favorecidos.

É necessário que rituais e práticas religiosas façam parte dos conhecimentos e do trabalho cotidiano do enfermeiro inserido na assistência ao paciente oncológico e à sua família, contribuindo para que estes se sintam melhor apoiados e assistidos.

As práticas religiosas servem como recursos de enfrentamento positivos para pessoas adoecidas, possibilitam auxílio para trilhar sua trajetória. A perspectiva cultural observada nas práticas religiosas da população brasileira é muito forte, nos diferentes contextos em que se inserem os diferentes grupos sociais. Entre estes, destacamos neste estudo o contexto da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Sendo assim, salientamos a importância de espaços destinados a práticas religiosas, nos ambientes públicos e privados de saúde, assim como profissionais sensíveis e conscientes da importância de integrar em suas práticas profissionais maior compreensão das necessidades espirituais e promover maior acesso no exercício da assistência, que pretende ser integral.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros RHA. *O papel da informação adicional no bem-estar psicológico subjetivo de pacientes submetidas à mastectomia: um estudo pela melhoria no atendimento hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre- RS, 2001.
2. Venâncio JL. *Atuação do psicólogo no câncer de mama*. Rev Bras de Cancerol 2004; 50(1):55-63.
3. Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Koopman C. *Religion and Spirituality in coping with Breast Cancer: Perspectives of Chilean Women*. USA. The Breast Journal abril 2006;12:349-352. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1075122X.2006.00274.x/epdf3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED>. Acesso em: 03 out. 2016.
4. Geronasso MCH, Coelho D. *A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer*. Saúde e ambiente: Rev Inter Santa Catarina jun 2012;1(1):173-187. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227/270>. Acesso em: 10 fev. 2016.

5. Succi V. *Religiosidade e o adulto idoso*. In: Witter. G.P. (org). *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas*. Campinas: Ed. Alínea 2006.
6. Rabelo MC. *Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas*. Cader de Saud Públi 1993;9:316-325.
7. Fehring RJ, Miller JF. *Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer*. Oncol Nurs Forum 1997;24(4):663-671.
8. Myres DG. *The funds, friends and Faith of happy people*. Americ Psycholo 2000;55(1):56-67.
9. Langdon EJ. *Cultura e processos de saúde e doença*. In: JEOLÁS, L.S.; OLIVEIRA, M. Anais do seminário sobre cultura, saúde e doença. Londrina (PR): Edit Fiochr 2003;91-105.
10. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed 2003.
11. Gualda DMR; Hoga, LAK. Pesquisa etnográfica em enfermagem. Rev Esc Enf 1997;31(3):410-422.
12. Stake RE. *Case studies*. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks: Sage Publications 2003.
13. Barton TD. *Understanding Practitioner Ethnography*. Nurse Researcher, Unit King 2008;15(2):7-18.
14. Manzini EJ. *Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação*. Rev Perc - Maringá, 2012;4(2):149-171.
15. Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology*. Qualit rese in psychol 2006; 3(2):77-101.
16. Censo demográfico 2010. *Características da população e dos domicílios: resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE 2011. Acesso em: Jul. 2017.
17. Instituto Nacional De Câncer (Brasil), *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional: volume IV*. Rio de Janeiro 2016.
18. Caetano EA, Gradim CVC, Santos LES. *Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico*. Rev enferm jan 2009;17(2):257-61.
19. Lustz C, White GM. *The anthropology of emotions*. Rev Anthropol 1986;15:405-436,1986.
20. Bonassa EMA, Gato MI. *Terapêutica Oncológica para enfermeiros e farmacêuticos*. 4.ed. São Paulo: Atheneu 2012.
21. NCCN - National Comprehensive Cancer Network. *Cancer-related fatigue: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Disponível em: <www.nccn.org>. Acessado em 18 de setembro de 2016.
22. Bonassa EMA, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica*. 3. ed. São Paulo: Atheneu 2005;131-5.
23. Miedema B, Hamilton R, Easley J. *From "invincibility" to "normalcy": coping strategies of young adults during the cancer journey*. Pallia Sup Care 2007 agost;5(1):41-9.
24. Sales ACA, Paiva L, Scanduzzi D, Anjos ACY. *Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social*. Rev Brasil de Cancerol 2014;47(3):263-72.
25. Fonseca NR, Penna AFG, Soares, MPG. *Ser cuidador familiar: estudo sobre as consequências de assumir este papel*. Pgyis Rev De Saúd Colet 2008 abril;18(4):727-743.
26. Gall TL, Charbonneau C, Florack P. *The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer*. Psychol and Health 2011 marc;26(3):287-305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08870440903411013>.
27. Aquino VV, Zago MME. *O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação*. Rev Latino-americana de Enfer Ribeirão Preto jan-fev 2007; 15(1):42-47. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2395/2648>. Acesso em: 11 mar. 2016.

Recebido em: 26/07/2017

Revisões requeridas: 11/09/2017 e 03/11/2017

Aprovado em: 14/11/2017

Publicado em: 01/07/2019

Autora responsável pela correspondência:

Gabriella Santos Ribeiro

Rua Francisco Candido Xavier, nº 1341, Alto Umarama

Minas Gerais, Brazil

CEP 38.405-352

E-mail: gabriellasantosribeiro@hotmail.com

Celular: +55 (34) 9 9686-6008

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.