

ESTRATÉGIAS DE COPING NO CANCRO DA MAMA
– RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

Cátia Pargana¹ (cpargana@gmail.com) / Ivone Patrão^{1,2}

¹ISPA – Instituto Universitário; ²ACES Odiveelas, Coordenadora URAP

A importância da religião e da espiritualidade para o doente oncológico tem sido objecto de estudo ao longo dos anos, na tentativa de se compreender de que forma as crenças espirituais e religiosas ajudam a pessoa com cancro a lidar com esta doença, considerada grave, com consequências emocionais e cognitivas.

Sabe-se que, dos 8699515 cidadãos portugueses recenseados, numa questão que pretendia saber qual a sua orientação religiosa, destes (93%) afirmaram ser católicos (0,6%) protestantes; (0,2%) muçulmanos e (4%) professaram não ter qualquer tipo de religião (Recenseamento Geral da População e Habitação de 2001 Instituto Nacional de Estatística, 2005). Estes resultados fornecem indicadores para pensarmos na importância que a população portuguesa atribui à religião e à espiritualidade, e consequentemente o seu impacto num doente com uma doença oncológica.

Numa revisão de literatura sobre religião e *coping*, feita por Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari, e Pargament (2001), é notado que a estratégia de *coping* através da religião é usada frequentemente e tem consequências em termos psicológicos. Em geral, níveis baixos de sintomatologia depressiva estão associados com estratégias positivas de *coping* religioso, tais como a procura de suporte espiritual, a expressão de satisfação espiritual, recepção de suporte congregacional, elaboração benéfica do evento stressor e aliança colaborativa com Deus. As estratégias negativas de *coping* ao nível religioso, como a insatisfação espiritual, a conflitos religiosos interpessoais e elaboração negativa de evento stressor, surgem associadas a mais sintomas depressivos.

Neste estudo qualitativo o objectivo não nos remete para a população em larga escala, mas sim para o indivíduo em si mesmo e suas experiências. Pretende-se principalmente compreender a vivência da doente com cancro da mama e as estratégias de *coping* utilizadas relacionadas com espiritualidade e religião.

Apesar do conceito de espiritualidade ser mais abrangente utilizaram-se dos dois conceitos – religião e espiritualidade – visto as pessoas vivenciarem frequentemente a sua espiritualidade num contexto religioso.

COPING E DOENÇA ONCOLÓGICA

Cada pessoa reage de uma determinada forma a um diagnóstico de cancro. Cancro, dor, sofrimento, angústia, perda, incerteza podem ser sentidos como um só, por vezes num primeiro momento, outras vezes, ao longo de todo o processo de doença, conforme as estratégias utilizadas.

Segundo Holahan e Moos (1987) o conceito de *coping* é definido como um factor estabilizador ou facilitador do ajustamento individual ou adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes. Entre as várias definições de *coping* apresentadas, destacam-se: qualquer esforço de gestão do stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o *distress* psicológico ou as condições stressantes.

A pessoa com cancro pode utilizar diferentes estratégias para lidar com o stress que advém desta doença. Pode usar estratégias focadas no problema, como a análise do problema, procura de informação, resolução do problema, obtendo maior controlo, no sentido de eliminar a causa do stress. Pode usar estratégias focadas na *emoção*, utilizadas para reduzir a tensão emocional, como o controle emocional, aceitação e o descontrolo emocional (Patrão & Leal, 2004).

No que respeita ao *coping* em situação de doença grave, Folkman (1997), encontrou processos de *coping* que surgem associados a estados psicológicos positivos, sendo estes protectores do impacto da doença grave. O que estas estratégias têm em comum são a procura e o encontrar de um significado positivo. São elas:

- Reavaliação positiva, referindo-se às estratégias cognitivas utilizadas para reenquadrar a situação, de modo a vê-la de forma positiva;
- *Coping* focado no problema dirigido para objectivos, incluindo a procura de informação, de tomada de decisão, de planeamento e de resolução de conflitos de modo a resolver ou gerir problemas que impeçam alcançar os objectivos e causam stress;
- Infusão de eventos vulgares com sentido positivo, referindo-se a algo que fez ou que aconteceu, que foi significativo, que trouxe felicidade e ajudou a passar bem o dia; e
- Crenças e práticas espirituais, englobando a procura de significado e propósito, transcendência (a sensação de que o ser humano é mais do que existência material), laços (e.g., com os outros, com a natureza ou com uma divindade) e valores, como por exemplo, a justiça.

RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E COPING

Religião e espiritualidade são conceitos que têm sido cada vez mais investigados nomeadamente em contextos de saúde mas que por vezes geram controvérsia, devido não só a perspectivas mais positivas da investigação científica mas também a dificuldades de operacionalização dos conceitos. No entanto, cada vez mais são percebidos cientificamente como constructos subjectivos com efeitos na saúde e no bem-estar físico e psicológico.

Embora as suas definições sejam discutíveis e limitadas, de acordo com Menezes (2006), ao contrário da religiosidade, que se refere a crenças específicas, tradições, rituais e contextos socioétnicos, a Espiritualidade engloba significados pessoais, projectos de vida e sentimentos/sensações de transcendência. Desta definição, é possível considerar-se a Espiritualidade como algo inerente a todo o ser humano, quer ele se considere religioso ou não. Pode entender-se como o complexo de qualidades únicas de um indivíduo, direccionando a existência e dando significado às experiências humanas.

Relativamente à religião, como o conceito é tipicamente utilizado, envolve crenças religiosas tradicionais, atitudes e práticas, enquanto espiritualidade, é considerado um termo mais abrangente que inclui religião, mas vai mais além desta (Musick, Koenig, Larson, & Matthews 1998).

Por sua vez, Pargament e Hill (2008), referem que o termo religião, ao longo da história da psicologia moderna, tem sido um constructo tanto individual como institucional. Religião e espiritualidade representam constructos que se relacionam ao invés de constructos independentes.

É ainda de salientar que se observa uma polarização da religiosidade e espiritualidade, na qual temos de um lado a primeira, representando uma expressão institucional formal, externa, doutrinária, autoritária e inibitória, e do outro lado, a segunda, a representar a expressão livre, interna, subjectiva, emocional e assistemática. Pargament (2008) alerta em relação a esta total separação que se pretende fazer entre religião e espiritualidade, não só na medida em que o significado da primeira tem implicitamente conotação negativa e o da segunda não, mas também pelo simples facto da maioria das pessoas experienciarem a espiritualidade dentro de um contexto religioso organizado e não verem distinção nos dois fenómenos. O *coping* dito religioso pode ser definido como o uso de técnicas cognitivas e comportamentais, perante situações de vida stressantes, que provém da religião ou espiritualidade da pessoa (Tix & Fraser, 1998). Sabe-se que

a estratégia de *coping* que assenta na religião, é uma estratégia emocional, mas pode ser considerada igualmente cognitiva (e.g., avaliar a doença como parte do plano de Deus) e também comportamental (e.g., orar ou frequentar um serviço religioso).

Outros estudos mais antigos, como refere Koenig et al. (1998), salientam a religião como tendo uma influência benéfica nos pacientes em termos de *coping* (Acklin, Brown, & Mauger, 1983; Halstead & Fernsler, 1994; Jenkins & Pargament, 1988; Kaczorowski, 1989; Mickley, Soeken & Belcher, 1992; Reed, 1986; Sodestrom & Martinson, 1987).

Mais recentemente, uma investigação qualitativa a salientar é a de Gall e Cornblat (2002), com 52 mulheres consideradas sobreviventes de cancro da mama, das quais 39 responderam à questão sobre o papel da religião e espiritualidade no *coping* com a doença. A maioria das mulheres discorreu sobre o papel positivo de vários recursos espirituais na sua resposta à experiência do cancro, como a relação com Deus, actividades de *coping* religioso (e.g., orar), atribuição de significado e suporte social.

Por sua vez, Feher e Maly (1999), concluem, em mais uma investigação qualitativa feita com 33 mulheres de 65 anos diagnosticadas à 6 meses com cancro da mama, que a fé religiosa e espiritual promove ferramentas para lidar com a doença. Das 33 participantes, 30 referiram que a sua fé religiosa proporcionou o suporte emocional necessário para lidar com a doença.

MÉTODO

Participantes

A amostra desta investigação é de conveniência e é constituída por 5 mulheres com diagnóstico de cancro da mama, com idades compreendidas entre os 56 e 69 anos, residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, seguidas em consulta de oncologia. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de cancro da mama, fase pós-tratamentos ou em hormonoterapia, idade superior a 50 anos.

Quanto à variável idade, 3 participantes (60%) da amostra encontram-se na faixa etária dos 60 anos (60, 63 e 69 anos), enquanto apenas 2 participantes fazem parte da faixa etária dos 50 anos. No que concerne à escolaridade, 3 participantes (60%) completaram o 3º ciclo de escolaridade (10º

ao 12º ano), 1 (20%) completou o 2º ciclo (5º ao 9º ano) e 1 completou o 1º ciclo (até ao 4º ano). Quanto à situação laboral, verifica-se que apenas uma participante (20%) se mantém no activo (emprego a tempo inteiro), e que a maioria (80%) se encontra na reforma. Relativamente ao estado civil, 4 participantes (80%) são casadas e 1 é divorciada (20%). E no que respeita o *número de filhos*, três participantes (60%) têm 1 filho e duas participantes (40%) têm 2 filhos.

Em relação ao tempo decorrido desde o diagnóstico verifica-se que apenas uma participante (20%) tem um tempo até 2 anos desde o diagnóstico, enquanto que 3 das mesmas (60%) encontra-se entre os 3 e os 5 anos decorridos. Uma única participante (20%) está entre os 6 e os 8 anos. Quanto aos tratamentos, 3 entrevistadas (60%) fizeram radioterapia quimioterapia e hormonoterapia. Uma entrevistada fez apenas radioterapia e hormonoterapia (20%), e outra fez quimioterapia e hormonoterapia (20%). A maioria das participantes (80%) não teve ou está a ter acompanhamento psicológico. Apenas uma (20%) é seguida em consulta de psiquiatria. Todas as pacientes foram submetidas a cirurgia (100%).

Material

Foi elaborado um questionário socio-demográfico e clínico (Pargana & Patrão, 2009) especificamente para esta investigação permitindo a recolha de dados sobre a idade, a escolaridade, a situação profissional, o estado civil, o número de filhos, o tempo decorrido desde o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos e o eventual acompanhamento psicológico.

Quanto à entrevista semi-estruturada utilizou-se a IPA – Interpretative Phenomenological Analysis – de Jonathan Smith, cujo objectivo é explorar o modo como os participantes dão significado ao seu mundo pessoal e social (Smith, Flowers, & Osborn, 1997).

Procedimento

Para recolha da amostra foi contactado o secretariado da direcção do Hospital do SAMS, visto existir no respectivo Centro Clínico a consulta de Oncologia.

Após reunião com a direcção e médicos responsáveis para esclarecimento dos objectivos da investigação, foi dada autorização para a realização da mesma.

Feito o levantamento de doentes, procedeu-se aos contactos telefónicos. Consoante a disponibilidade e interesse das pessoas contactadas, as entrevistas foram marcadas e tiveram lugar no serviço de oncologia, em contexto de gabinete disponibilizado para o efeito. Antes da entrevista, cada participante foi informada dos objectivos e implicações do estudo, sendo facultada a carta de consentimento informado, assegurando a confidencialidade das respostas.

As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) de Jonathan Smith, cujo objectivo é compreender o conteúdo e complexidade dos significados, captá-los e não medi-los. Após a elaboração de um guião de entrevista e recolhidas suas respostas, o investigador engaja numa relação de interpretação do que é transcrito, procurando as temáticas principais no discurso, ou seja, o objectivo é captar a essência do que encontramos no texto transcrito.

RESULTADOS

Os seguintes temas religiosos e espirituais foram identificados nas entrevistas das participantes com cancro da mama:

Relação com Deus

A crença em Deus como um ser dotado de superioridade e amor está presente em todas as participantes. Deus é visto como alguém que ajuda nos momentos mais difíceis, que ouve e que orienta o mundo de uma forma geral. É também visto como um pai e como o criador do ser humano e do Universo.

As participantes não percebem Deus como responsável pela doença nem como curador, mas como uma presença nas suas vidas que proporciona força e confiança. Uma entrevista exemplifica esta relação de ajuda dizendo: “Deus ajuda e Deus está-me a ajudar. E tem-me ajudado”. Com outra participante vemos que Deus é “um pai misericordioso, que sabe das nossas necessidades, que nos ampara, que nos manda conforto de todas as maneiras.”

Em duas participantes verifica-se o sentimento de entrega a Deus, a necessidade de confiar nele e entregar-lhe o desfecho das coisas.

Práticas religiosas

A maioria das participantes (80%) tem práticas religiosas, tais como a oração ou comunicação com Deus, sendo considerada uma forma de apoio. Desta vez é Clara a fundamentar este aspecto com a frase “Peço a Deus, falo com Deus à noite, principalmente quando estou na minha cama”; e Eva: “E sei que, pronto... que Ele me ouve. E é nisso, que eu muitas vezes me apoio.”

Instituição religiosa como suporte social

No que diz respeito ao lugar ou comunidade religiosa em si, percebemos que apenas uma participante verbaliza a sua instituição religiosa como uma comunidade de apoio, apesar de mais duas também frequentarem instituições religiosas, nas quais estudam ou oram, respectivamente. Ficamos a perceber com a primeira que: “os irmãos interessavam-se, telefonavam-me a saber como é que eu estava, o irem visitar-me a casa...” percebendo assim o papel de suporte social da instituição religiosa ao possibilitar a partilha de crenças semelhantes e o sentimento de pertença e comunhão com outros.

Fé

A fé foi um sentimento referido por todas as entrevistadas, sendo entendida como um sentir que possibilita encarar o problema com esperança e espírito de luta. Para uma das participantes a principal estratégia de *coping* “fundamentalmente foi mesmo a fé”, que aliás aumentou desde o início do processo de doença. Para uma outra, que antes do diagnóstico já tinha a “sua fé”, acontece algo parecido: “Certas coisas que me têm acontecido (...) que eu tenho ultrapassado, eu... tenho mais fé.” Três das 5 pacientes revelam o aumento da fé após a doença.

Este sentimento é também percebido como ferramenta importante nos momentos mais difíceis da vida e como algo a que nos podemos agarrar para ultrapassá-los.

Significado

Nos relatos das 5 entrevistadas foi possível percebermos vários aspectos relacionados com o significado, associado principalmente com a doença e

a ligação a Deus. Uma participante encara a doença como parte de um plano de Deus, no qual confia, referindo: “*Deus já tinha um plano para mim*” e ainda “Se Deus permitiu, algo de bom Ele trará ou algo de bom Ele tem para mim”; outra refere que “nós já vimos com as nossas marcas, com o nosso percurso traçado... que as coisas acontecem e que... está tudo no nosso percurso”, percebendo a doença como algo pré-definido.

Esta mesma participante fala na hipótese do cancro como um castigo, não acreditando na mesma, visto ser uma contradição com a representação que tem de Deus – “um Deus misericordioso”.

Uma das participantes percebe o ultrapassar da doença como sendo uma dádiva de mais tempo de vida “eu acredito... que Deus está-me a ajudar para eu não ir tão cedo.” Outra salienta a vida e a morte como aspectos da gestão divina e por este motivo surge a necessidade de confiar nesta gestão e não desesperar.

Laços e valores

Podemos verificar que as participantes de uma forma geral apoiam a sua existência em valores considerados humanizantes e “cristãos”. Para além dos sentimentos de ódio e rancor que não se devem ter por ninguém, como diz uma das pacientes “há certas pessoas com tudo, têm tudo, mas não têm o principal que é a paz espiritual, não estão bem com elas próprias”. Para outra, as injustiças são inaceitáveis, defendendo a necessidade de respeito pelos outros diferentes de si: “quem não sente ou quem não faz, ou quem não acredita, nós temos que respeitar”

Estes valores surgem essencialmente associados às relações interpessoais, aos laços estabelecidos com outros. Nos relatos destas participantes podemos compreender a importância das relações de ajuda estabelecidas com pessoas consideradas mais fragilizadas, desde o encorajamento a outras doentes com cancro da mama (2 participantes), o suporte social fornecido a idosos numa associação ou simples predisposição para ajudar os outros como característica da conduta dita cristã.

DISCUSSÃO

A ligação com Deus, percebida como fonte de suporte emocional, aparece frequentemente na base das estratégias de *coping* religioso, que de acordo

com a literatura sobre o tema, pode ser adaptativo, activo e focado no problema, especialmente quando Deus é visto como benevolente ou zeloso colaborador, como acontece nesta investigação.

Como se pode verificar, a crença em Deus e sua representação para cada participante, tem implicações na forma como lidam com a doença, tendo como ferramenta principal a fé. Perante um processo de doença oncológica e a conseqüente ameaça da vida, as crenças espirituais relacionadas com a ligação a algo maior, ajudam o indivíduo a organizar-se, a tolerar as dificuldades da doença e chegar a termo com o significado da morte (Koenig et al., 1998).

No estudo de Simon, Crowther, e Higgerson (2007) as participantes na fase pós-tratamentos e sobrevivência, definiram a fé durante a experiência de doença, como sustentadora, inspiradora e encorajadora.

A oração, entre outras práticas, permite o sentimento de proximidade a Deus, considerado útil e positivo em situações como esta. Segundo Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari, e Pargament (2001), uma aliança colaborativa com Deus é considerada uma estratégia de *coping* positiva.

No que concerne à frequência de uma instituição religiosa, esta pode ajudar o doente oncológico, permitindo mais contacto com outros que partilham da mesma fé, o que vai reforçar a sua própria fé; pelo encontro com outros que prometem preces; por fazer parte de um grupo social, o qual pode fornecer suporte instrumental (Koenig et al, 1998).

Como também se percebe, a espiritualidade manifesta-se não só através da procura e atribuição de significado mas também através de laços (com uma divindade, com os outros, etc.) e valores pessoais como esclarece Folkman (1997).

Assim sendo, os resultados dão suporte aos estudos sobre os efeitos benéficos da espiritualidade e da religião como estratégias emocionais no *coping* com o cancro da mama.

Neste estudo, existem limitações relativas ao tema em si, por exemplo, quando algumas participantes discorrem mais sobre determinadas teorias e conceitos religiosos adquiridos, afastando-se por momentos da sua experiência pessoal.

Os dados obtidos neste tipo de estudo, remetem para compreensão das vivências e não para generalização de resultados, além disso pressupõem uma retrospectiva das entrevistadas, sendo que um estudo longitudinal poderia captar melhor a função dos recursos espirituais e religiosos ao longo do ajustamento à doença.

O indivíduo tem um sistema orientador, uma disposição geral para o mundo que envolve crenças, sentimentos, práticas e relações a partir dos domínios religioso, pessoal e social. Em situações específicas, como num momento de doença grave, as pessoas podem utilizar estratégias de *coping* religioso que fazem parte do seu quadro orientador geral.

REFERÊNCIAS

- Feher, S., & Maly, R.C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology* 8(5), 408-416.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Censos 2001 – resultados definitivos – XIV Recenseamento geral da população e habitação*. Lisboa: I.N.E. Consultado em 10 de Novembro de 2009, através de 2001. http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001
- Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Eme-Akwari, A.G., & Pargament, K.I. (2001). The epidemiology of religious coping. A review of recent literature. *International Review of Psychiatry* 13, 86-93.
- Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 3-17.
- Holahan, & Moos (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Jenkins, R.A., & Pargament, K.I. (1995). Religion and spirituality as resources for coping with cancer. In B. Curbow & M.R. Somerfield (Eds.), *Psychosocial Resource Variables in Cancer Studies: Conceptual and Measurement Issue*. The Haworth Press.
- Musick, M.A., Koenig, H.G., Larson, D.B., & Matthews, D. (1998). Religion and spiritual beliefs. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 780-789).
- Smith, J.A., Flowers, P., & Osborn, M. (1997). Interpretative phenomenological analysis and health psychology'. In L. Yardley (Ed.), *Material Discourses and Health* (pp. 68-91). London: Routledge.