

**COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DE ENFRENTAMENTO
EM PACIENTES COM DOENÇA ONCOLÓGICA RECIDIVADA**

GABRIELA CATERINE DE MELO SANTANA

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Fundação Antônio
Prudente em Parceria com a Universidade do
Vale do São Francisco (UNIVASF), para
obtenção do título de Mestre em Oncologia
Área de concentração: Oncologia**

**Orientadora: Dra. Maria Angélica Ferreira Dias
Co-Orientador: Dr. Ricardo Santana de Lima**

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Santana, Gabriela Caterine de Melo

Compreensão da experiência de enfrentamento em pacientes com doença oncológica recidivada / Gabriela Caterine de Melo

Santana – São Paulo, 2017.

95p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF)

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Maria Angélica Ferreira Dias

Descritores: 1. Neoplasias/Neoplasms. 2. Adaptação Psicológica/Adaptation, Psychological. 3. Recidiva/Recurrence.

“A dor é suportável quando conseguimos acreditar
que ela terá um fim e não quando fingimos que ela não existe”.

Allá Bozarth-Campbell

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força e permissão para eu vivenciar momentos ímpares de aprendizado.

À minha família.

Aos meus avós (*in memorian*), em especial à minha vizinha Maria Glória exemplo de amor e cuidado genuíno, e meu tio Alcivandes Santana inspiração constante nesse estudo.

À minha filha, Ana Cecília, alegria e beleza indelével, a qual amo incondicionalmente, ilumina minha existência, é motivo de todo meu empenho e primor em tudo que faço. É por ela, e para ela.

Aos meus pais que com muito esforço e abdicção sempre acreditaram no poder do conhecimento e me impulsionaram nessa trajetória com muito amor, ensinando-me o caminho da sabedoria e da fé, bem como a responsabilidade perante a vida e os outros.

Às minhas irmãs, Camila e Clara, pelo amor e vínculo mais fértil de aprendizado.

Ao meu grande mestre Prof. Dr. Darlindo Ferreira, que inaugurou em mim a inquietude e angustia como potência que se constitui num novo modo de conhecimento permeado de poesia.

À minha orientadora, Dra. Maria Angélica, pela ternura, paciência e compreensão. Mas, sobretudo, pelo discernimento e clarificação do caos que compunha os meus pensamentos, de modo a organizá-los.

À Prof^a Dra. Silvia Raquel sempre presente, semeadora de um vestígio permanente do cuidado.

À Prof^a Dra. Cecília Costa e à Prof^a Dra. Shirley Melo pelas contribuições à versão final deste trabalho.

À APAMI, em especial a Dr. Gray Portela pelo apoio à realização deste trabalho, por valorizar e acreditar no trabalho científico da Psico oncologia.

Ao coordenador do Programa de Pós-Graduação em Oncologia, em especial ao Prof. Dr. Ricardo Santana – UNIVASF, pela resolutividade de todos os percalços desta caminhada, e aos professores das diversas disciplinas, por terem acolhido esta pesquisa e dividido seus saberes em prol da sua realização.

À Suely Francisco e Ana Kuninari – A.C.Camargo Cancer Center, pela inesgotável atenção, primor e disponibilidade nesta trajetória.

Aos participantes deste estudo pela inestimável colaboração.

Aos amigos, pelo sabor que a amizade traz à vida, como ingrediente fundamental da eticidade própria de cada ser humano, aos colegas, os quais, direta ou indiretamente, ajudaram-me a vencer mais uma etapa da minha vida!

RESUMO

Santana GCM. **Compreensão da experiência de enfrentamento em pacientes com doença oncológica recidivada.** São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF)]

Em oncologia, uma recidiva significa o retorno do câncer após um tratamento, constituindo-se um como um evento crítico e ameaçador que interfere diretamente no modo de enfrentamento do paciente, já que possui um elevado potencial de desordem e de sofrimento, mobilizador a ponto de inibir ou limitar a busca por estratégias de enfrentamento durante este novo período. Compreender a experiência de enfrentamento do paciente com neoplasia maligna recidivada é condição primordial para favorecer a atribuição de sentido à experiência e sua busca por estratégias autênticas pautadas na sua qualidade de vida. Este trabalho teve como objetivo compreender a experiência de enfrentamento em pacientes adultos com doença oncológica recidivada, em tratamento;. Neste estudo de abordagem qualitativa, ancorada na Fenomenologia Existencial Heideggeriana, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com 04 participantes adultos, de um serviço especializado em oncologia na cidade de Petrolina-PE. Foi utilizada a Analítica do Sentido, de Dulce Critelli, para análise e interpretação das narrativas coletadas. Os resultados evidenciaram temáticas relacionadas à atribuição de sentido à experiência, percepção de medo e angústia, confronto com a ideia de fracasso e de finitude. Emergiram quatro principais temáticas no que se refere às estratégias de enfrentamento: espiritualidade/religião, apoio social/familiar, esforço intrapsíquico/resiliência e compreensão/apropriação do tratamento. Foi possível compreender como os participantes experienciaram a recidiva e identificar estratégias de enfrentamento adotadas a partir dessa vivência. A pesquisa possibilita ampliar o conhecimento do tema, ainda pouco explorado na área e no contexto estudados, podendo trazer contribuições aos profissionais da saúde no aprimoramento do cuidado ao paciente oncológico.

SUMMARY

Santana GCM. **[Comprehension of the counseling experience in patients with recycled oncological disease]**. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF)]

In oncology, a recurrence means the return of cancer after a treatment, constituting one as a critical and threatening event that directly interferes with the patient's way of coping, since it has a high potential of disorder and suffering, mobilizing to the point inhibit or limit the search for coping strategies during this new period. Understanding the patient's experience of coping with recurrent malignant neoplasms is a primordial condition to favor the attribution of meaning to the experience and its search for authentic strategies based on their quality of life. This work aimed to understand the coping experience in adult patients with relapsed oncologic disease, undergoing treatment. In this qualitative study, anchored in the Heideggerian Existential Phenomenology, we conducted semi-structured interviews with four adult participants of a specialized oncology service in the city of Petrolina-PE. Dulce Critelli 's Analytic of Sense was used to analyze and interpret the collected narratives. The results showed themes related to the attribution of meaning to experience, perception of fear and anguish, confrontation with the idea of failure and finitude. Four main themes emerged with regard to coping strategies: spirituality / religion, social / family support, intrapsychic effort / resilience, and understanding / appropriation of treatment. It was possible to understand how participants experienced recurrence and to identify coping strategies adopted from this experience. The research allows to broaden the knowledge of the subject, still little explored in the area and in the context studied, being able to bring contributions to the health professionals in the improvement of the care to the oncological patient.

ÍNDICE

1	APRESENTAÇÃO	1
2	INTRODUÇÃO	3
3	OBJETIVOS	7
3.1	Objetivo Geral.....	7
3.2	Objetivos Específicos	7
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
4.1	Psicologia: Formação, Ação e Profissão	8
4.2	Fenomenologia.....	11
4.3	Contextualização da Intervenção Psicológica: um Espaço de Possibilidades.....	16
4.4	Câncer: um Problema de Saúde Pública.....	18
4.5	O Impacto Psicológico do Câncer	20
4.6	Psicooncologia: Perspectivas	23
4.7	Recidiva Neoplásica	25
4.8	Estresse.....	33
4.9	Enfrentamento	38
4.10	Psiconeuroimunologia	43
5	MÉTODO.....	46
5.1	Colaboradores	48
5.2	Instrumentos e Materiais	49
5.3	Caracterização do Local de Pesquisa	50
5.4	Procedimentos Metodológicos.....	50
5.5	Análise de Dados	53
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55

6.1	Espiritualidade e Religião como Estratégia de Enfrentamento	62
6.2	Apoio Social Familiar como Estratégia de Enfrentamento.....	69
6.3	Esforço Intrapsíquico como Estratégia de Enfrentamento.....	72
6.4	Compreensão do Tratamento como Estratégia de Enfrentamento....	76
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

APÊNDICE

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 APRESENTAÇÃO

Falar, descrever, narrar, dissertar é uma tentativa de comunicar vivências e experiências, fazendo uso da palavra. Este trabalho segue este caminho, ao percorrer as trilhas dos impasses, das dúvidas, das supostas certezas, dos avanços e recuos que marcaram e marcam, em definitivo, minha história como Pesquisadora e Psicóloga em Unidade oncológica no sertão pernambucano.

Refiro-me à narração, ao dizer de uma experiência que, com o tempo, com o constante exercício de atribuir novos sentidos e significados, e após muito trabalho e dedicação, parece relevante ser comunicada por ter criado sentido.

A motivação que me conduziu a realizar este estudo surgiu durante a intensa e fértil experiência laborativa como psicóloga hospitalar de uma Unidade Oncológica em Petrolina-PE. Durante essa vivência as atitudes distintas dos pacientes, os diferentes contextos e diferentes fases de desenvolvimento das neoplasias me chamavam bastante atenção, pois, nessa experiência, havia nitidamente um abismo de diferenças, singularidades e variáveis que caracterizavam o paciente com doença oncológica pela primeira vez e o paciente com recidiva. .

Pude perceber e vivenciar, o quanto os conteúdos, as experiências, os encontros, as relações e até mesmo a reflexão acerca do tratamento

oncológico repercutem de maneira intensa no modo de estar no mundo de cada pessoa, quer seja o paciente, quer seja o profissional de saúde.

O acesso à experiência clínica, às intervenções psicológicas, e todo cenário da Psicooncologia, mostrou-se um campo fértil de experiências significativas, no sentido de nos conduzir a este processo constante de resgate de sentido, o que nos levou a tentar compreender, e analisar de que maneira se constituem as divergências de enfrentamento nos pacientes oncológicos, e o que é possível apreender para melhor conduzir e fortalecer o enfrentamento destes.

Por entre as diversas histórias vividas, buscamos compreender aspectos intrínsecos às experiências de pessoas com câncer, que estão passando por tratamento, uma vez que vivenciam o confronto com a finitude das coisas e da vida, a ameaça de perdas e sofrem por imaginar como será o porvir, levando-os a desejar não somente o controle da doença, mas sobretudo, amenização ou fim da dor e do sofrimento.

2 INTRODUÇÃO

No início do século passado, mais precisamente durante as duas primeiras décadas, as endemias ocupavam a atenção das políticas de saúde no Brasil, e as neoplasias começavam a manifestar-se nos países desenvolvidos protagonizando nessa época as doenças de maior taxa de mortalidade. Nesse cenário o câncer começava a migrar de uma responsabilidade específica da área médica para um problema de saúde pública para o mundo desenvolvido, como também para nações em desenvolvimento. A elucidação para o crescimento das neoplasias, consiste tanto na maior exposição da população a fatores de riscos como nas alterações demográficas que começaram a indicar o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, o que acarreta no aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente o câncer. Atualmente, o câncer representa a segunda causa de óbito na população adulta no Brasil (Ministério da Saúde 2008, 2012).

Com o aumento da incidência de câncer e a crescente demanda por cuidados, o diagnóstico e tratamento passaram por significativa evolução nos últimos anos. Os avanços das condutas, e aprimoramento da equipe multidisciplinar tem por finalidade o cuidado integral ao indivíduo. Isso admite índices de sobrevida progressivamente maiores, já que a qualidade de vida do paciente oncológico é tão importante quanto o seu tempo de

sobrevida, o que implica em considerar a relevância da assistência integral ao paciente e à sua família (ROSSI e SANTOS 2003).

O estudo e compreensão dos aspectos psicológicos e fatores emocionais envolvidos no diagnóstico, tratamento e prognóstico das neoplasias tiveram significativa expansão. Esse fato provavelmente decorre da percepção da relevância dos aspectos psicológicos como fatores de risco para o desenvolvimento da doença, bem como da relevância do cuidado humanizado proporcionado aos pacientes (CARVALHO 2003; CAMPOS 2010).

Corroborando esses indicativos, alguns recentes estudos em Psico-Oncologia tiveram como fundamentais temas o enfoque nos aspectos psicossociais do paciente, a saber: estresse, enfrentamento, qualidade de vida, seguidos de análise das intervenções implementadas e do impacto do adoecimento no âmbito familiar. A compreensão destes fatores é imprescindível para a criação de intervenções mais contextuais e eficazes aos pacientes oncológicos (STALIANO e ARAÚJO 2009).

Desde a suspeita diagnóstica de um câncer até a possível reabilitação, o paciente passa por um processo estressante, que requer esforço de enfrentamento da situação adversa, muitas vezes desestruturante que ocasiona dor, sofrimento e preocupações. O diagnóstico do câncer é experiência do sob o estigma de “doença fatal”, ainda presente no imaginário coletivo, o que impõe desafios para o enfrentamento posterior do período de tratamento (VALLE 1997).

Nesse contexto, o estresse surge como uma previsível resposta ao diagnóstico e tratamento oncológico. Muitos pacientes apresentam sofrimento emocional, além de sintomas físicos como a diminuição da funcionalidade (declínio das atividades laborativas e limitações para realizar tarefas habituais), podendo ocorrer a perda ou afastamento do trabalho, isolamento social, medo, tristeza, raiva, ansiedade, depressão e incertezas, que contribuem para este sofrimento (BARBOSA et al. 2012).

Essa conjuntura é propulsora da definição de estratégias que serão utilizadas para a confrontação com a situação de adoecimento. Para COSTA e LEITE (2009), “é possível supor que o diagnóstico de câncer desencadeará sentimentos e avaliações cognitivas, as quais, influenciadas pelas experiências anteriores e diferenças individuais, resultarão em comportamentos peculiares de ajuste, cuja finalidade é enfrentar o estresse e a ansiedade provocada por esse momento”.

Os sentidos e significados atribuídos à experiência de adoecer de cada indivíduo direcionam para estratégias de enfrentamento perante situações adversas, ou seja, constitui o modo de agir e reagir às demandas impostas pelo câncer. Deste modo, é possível denotar que os modos de enfrentamento são singulares.

Compreender a experiência da recidiva e identificar estratégias de enfrentamento e suas conseqüentes implicações na evolução clínica do indivíduo é de fundamental importância para o planejamento individualizado do cuidado em psicooncologia.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo compreender a experiência de pacientes adultos, com doença oncológica recidivada.

Motivada nesse argumento é que fundamentou-se a **questão de pesquisa**: “Como se dá a experiência de enfrentamento em pacientes adultos com doença oncológica recidivada?”

A escolha por esse tema foi fundamentada a partir do trabalho rotineiro/diário em um Centro de Oncologia no qual, durante as atividades e intervenções realizadas pelo setor da Psicologia, percebeu-se a discrepância e antagonismo entre o comportamento do paciente de diagnóstico primário para o paciente com recidiva.

Além disso, ao longo das experiências acadêmicas e profissionais da pesquisadora, observou-se a expressividade da reação do paciente com recidiva da doença, por vezes um paciente em intenso sofrimento psíquico, mobilizador a ponto de inibir ou limitar a busca por estratégias de enfrentamento durante esta nova fase de tratamento.

O sujeito sofre não apenas com a doença em si, mas também com as dimensões existenciais da sua vida, confronta-se com a finitude das coisas e de si, bem como depara-se com a possibilidade de não-mais-ser-aí-no-mundo.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada na Fenomenologia Existencial Heideggeriana. Conhecer e produzir conhecimento acerca desta temática pode auxiliar profissionais da saúde que prestam cuidados à pessoa que sofre, a partir do diagnóstico e do tratamento de um câncer.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a experiência de enfrentamento em pacientes adultos com doença oncológica recidivada em tratamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Compreender o sentido da experiência de recidiva neoplásica para o paciente adulto;
- 2 Identificar os modos/estratégias de enfrentamento utilizados pelo paciente durante o tratamento;

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 PSICOLOGIA: FORMAÇÃO, AÇÃO E PROFISSÃO

A história da Psicologia no Brasil passa por diversas fases. Inicialmente, a Psicologia era uma disciplina oferecida na grade curricular de cursos como Filosofia, Medicina e Pedagogia. A luta para que o curso de Psicologia fosse implantado e para que esta fosse reconhecida como profissão se iniciou durante a década de 50, época em que já existiam alguns laboratórios e centros de pesquisa no país. Estes centros de estudo desenvolviam trabalhos na área da chamada psicologia científica, de orientação positivista. Este período se destacou por ter sido fértil em produção e expansão do conhecimento científico e sua aplicação junto à sociedade: desenvolvimento de técnicas e métodos de avaliação e reeducação, voltados principalmente para a área pedagógica e organizacional (ANDRADE 1996; OLIVEIRA 2006; BOCK 2007).

Assim, a Psicologia nasce com o compromisso de “consertar” os desajustes, a fim de ratificar o projeto moderno de sociedade de massas, desenvolvendo-se marcada por rupturas, oscilando entre duas demandas adversas, formando alianças para atender ao sistema e apontando para as falhas e inoperância do próprio sistema.

Como podemos encontrar em SILVA (2005), OLIVEIRA (2006) e BOCK (2007), a Psicologia parece ter se constituído adotando uma

concepção reducionista e associacionista herdada da tradição radical americana. Entretanto, a partir desta leitura, compreendemos que não se pode tratar a *psique* da mesma maneira que se trata do *soma* e tampouco manter a neutralidade científica diante de um objeto.

Enquanto profissão regulamentada no Brasil a Psicologia é recente. Seu reconhecimento data de 1962, a partir da Lei Federal nº. 4.119 de 27 de agosto, que trata das questões referentes aos cursos de formação de psicólogos e organiza a regulamentação da profissão (Conselho Federal de Psicologia-CFP 1994).

Nesta lei, consta como uma das funções privativas do Psicólogo, a “solução de problemas de ajustamento”. Os termos utilizados na lei (orientação, seleção, ajustamento) remetem diretamente à ideia de uma função adaptativa, determinista e mecanicista da psicologia, assim como para o caráter predominantemente técnico da formação, já que esta prometia a previsão do comportamento e a Psicotécnica era sua maior expressão pública. Essa manifestação interessava e respondia a um projeto social de modernização da sociedade brasileira. A subjetividade humana é, então, compreendida sob uma ótica racionalista, passível de uma explicação lógica e coerente, entre indivíduos que funcionam e reagem dentro de uma previsibilidade.

Nesta perspectiva, a Psicologia começa a traçar um caminho contraditório: por um lado, em dado momento histórico, a psicologia se constitui a partir de um ideário de ordem, previsão e adaptação, por outro lado essa mesma ciência vem se mostrando insuficiente diante da complexidade

da subjetividade humana, e seu projeto racionalista aponta para uma total fragilidade diante da dinâmica do mundo moderno onde as mudanças acontecem o tempo inteiro de forma radical e acelerada.

Percebe-se, assim, que a Psicologia traz em seu desenvolvimento, tanto as raízes do cientificismo (em sua vertente mecanicista, funcionalista e quantificadora) quanto as raízes de uma concepção idealista onde o sujeito aparece como doador de sentido (sujeito transcendental), e podemos assistir a um longo debate sobre o que é ou não psicologia, as ideologias científicas ou as não-científicas (OLIVEIRA 2006).

Esta questão das correntes de pensamento em Psicologia, suas convergências e divergências, parecem apontar para um espaço de dispersão, para o estado fragmentar do conhecimento psicológico, no entanto, é importante que ressaltemos o fato dessa diversidade caótica não ser compreendida apenas em termos de falta de consenso no campo epistemológico, mas que esta diversidade possa apontar como possibilidade de devir, de acolhimento à alteridade, proliferação de diferença que, por não se deixar enquadrar dentro de formas fixas, apontam para a processualidade e transformações presentes em qualquer configuração, não continuando a ser avaliada em termos de insuficiência teórica ou falta de rigor.

4.2 FENOMENOLOGIA

A Fenomenologia pode ser compreendida em primeiro momento como um modo de se fazer filosofia, o que não aponta necessariamente para um método entre outros possíveis para se chegar ao mesmo objetivo. Ela surge em contestação ao método experimental positivista, como uma possível abordagem da Psicologia para estudo do humano, abrindo possibilidade de um pensamento efetivo, que transcendesse o relativismo, um caminho da consideração do sentido da experiência.

A fenomenologia foi fundada por Edmund Husserl (1859-1938) e a proposta da Fenomenologia Existencial advém de seu discípulo Martin Heidegger (1889-1976). Sob a abordagem de Husserl, a fenomenologia constitui-se como uma crítica à legitimação naturalista do conhecimento que se “voltava às coisas mesmas” no intuito de alcançar a essência dos fenômenos por meio da redução eidética/transcendental. Já na perspectiva da Fenomenologia Existencial, isso é desconsiderado, pois Heidegger ressalta uma visão e ideia de que homem e mundo co-existem, e o questionamento do ser se constitui através de uma compreensão ontológica, destacando-se o trânsito por entre a angustia e a insegurança do Ser e não pela conceituação e representação próprias da metafísica.

Heidegger é considerado um dos pensadores que buscou romper com a tradição metafísica de objetificação da existência humana e interrogou o sentido de método adotado nas ciências naturais. Nesta direção, a pesquisa fenomenológica existencial assume a mutabilidade da verdade, voltando-se

para a compreensão do fenômeno, interrogando-o, mas não com vistas a confirmá-lo teoricamente. O modo fenomenológico de pensar direciona sua compreensão para os fenômenos humanos a partir deles mesmos e não de uma representação imutável precisa, destacando a verdade como marca humana, a qual é inconstante e insegura, além de questionar a neutralidade e indicar que o conhecimento está fundado na existência, carrega nossas tradições e enfatiza a experiência. As pesquisas em Fenomenologia existencial fundamentam suas investigações numa compreensão hermenêutica, a qual, a partir de pressupostos não metafísicos, possibilita reflexões/compreensões sobre o fenômeno que se busca conhecer, reflexões que se fazem no percurso da pesquisa, seguindo as pistas da questão que norteia o pesquisador e o movimento do próprio fenômeno. (SILVA 2013).

Genericamente podemos dizer que investigar é sempre colocar em andamento *uma interrogação*. É perguntar. Não se sai em busca da compreensão de um fenômeno tentando aplicar sobre ele uma resposta já sabida sobre ele mesmo. Investigar não é, assim, uma aplicação sobre o real do que já se sabe a seu respeito. Ao contrário, é a ele que perguntamos o que queremos saber dele mesmo (CRITELLI, 2007, p.25, grifo da autora).

Sob a perspectiva Fenomenológica Existencial compreende-se a experiência humana a partir do fenômeno - Fenômeno aqui é compreendido como tudo aquilo que se manifesta, emerge e vem à luz, e a visão de homem se apoia na compreensão do *Dasein* (ser-no-mundo), um ser de possibilidades que se desdobra num dado tempo e espaço histórico.

Segundo FEIJOO (2011), o ser-aí, abalizado pelo nada e pela fragilidade ontológica busca a constância, estabilidade e regularidade do

mundo que se estabelece em um apoio e suporte. São as circunstâncias limites que, ao entrarem na articulação do ser-aí e mundo, rompem com os sentidos afirmados e solidificados. Nesse contexto a angústia insurge como um mobilizador existencial, que acende possibilidades: ou o ser-aí retoma a tutela do mundo e volta àquilo que lhe é familiar, ou perde a tutela do mundo e consolida-se no poder-ser, singulariza-se.

Deste modo, a pesquisa fenomenológica se constitui a partir da perspectiva hermenêutica, implica estar aberto ao acontecimento dialógico, sendo fundamental compreender que o fenômeno que se busca conhecer se revela em conversação. Tal diálogo é caracterizado por sua incompletude e incerteza, pois, à medida que é destituído de regras pré-definidas, encaminha-se para uma direção improvável (OLIVEIRA e CUNHA 2008).

CABRAL e MORATO (2013) destacam a ideia heideggeriana de que o método em pesquisa fenomenológico deve ser pensado como um “Caminho que leva a algo”, sendo impossível estabelecer o método de antemão, pois o caminho se faz ao caminhar, não se pressupõe uma configuração específica, o caminho é construído ao passo que é trilhado, e é desvelado ao passo em que o pesquisador se aproxima do fenômeno em questão. Segunda as autoras, o método fenomenológico consiste em um percurso a ser apreendido a partir da própria experiência, rebatendo assim, rigidez ou tentativa de controle dos fenômenos.

Investigação é por nós entendida como um querer saber que interroga. O que se quer saber; paralelamente ao modo da interrogação, é aquilo que decisivamente interessa [...] e não o regramento do proceder; que é o que se põe em questão quando o enfoque da investigação recai sobre o instrumental (CRITELLI 2007, p.26).

Compreendemos então, que no processo de construção do conhecimento de uma pesquisa fenomenológica existencial, pesquisadores e participantes encontram-se implicados. Nesse contexto, os participantes da pesquisa não aparecem como meros sujeitos, mas como colaboradores/co-autores na produção conjunta de reflexões, não constituindo falta de rigor, mas sim, flexibilidade. As reconfigurações do método, a partir da experiência em campo, são possíveis e mesmo esperadas, uma vez que a pesquisa fenomenológica existencial questiona o absolutismo do método científico natural ao passo que: compreende que o pesquisador não é neutro frente ao que almeja conhecer o pesquisador assume um lugar"; indeterminado", abrindo-se para o que acontecer. Além disso, acolhe a relatividade de perspectivas do saber e da verdade, indica que as tentativas de cálculo e o controle frente aos fenômenos têm sido uma tarefa irrealizável, ressalta que as teorias são importantes, mas é preciso ter cuidado para não se limitar a conclusões premeditadas e enfatiza que os fenômenos podem se mostrar de diferentes maneiras, a diversos olhares.

Segundo Heidegger (1959/2011), citado por SILVA e SANTOS (2017, p.113), "hermenêutico não diz interpretar, mas trazer mensagem e dar notícia". Nessa perspectiva, faz-se importante destacar que a hermenêutica possibilita um exercício de desvelamento, compreensão e interpretação, uma vez que na análise compreensiva de uma pesquisa fenomenológica existencial, o pesquisador se coloca como mensageiro: sua ação é desvelar sentido, e comunicá-lo, distinguindo-se da informação e do conhecimento técnico-científico, a compreensão é vivida, experienciada.

O interrogador faz parte do que ele quer saber e do que ele pode ver. Ele é elemento constitutivo deste olhar em que tudo o que é tem sua chance de aparecer, mesmo que como mera testemunha. [...] Este olhar do interrogador ou interrogador, por sua vez, é jamais um olhar dele mesmo, isolado, mas um olhar plural do qual fazem parte todos aqueles com quem ele mesmo é no-mundo. Mas é também um olhar exclusivo, no qual se expõe toda sua singularidade. Esse olhar do interrogador também deve ser interrogado fenomenologicamente, em busca de seu sentido (CRITELLI, 2007, p.134).

A hermenêutica filosófica sustenta que a compreensão não é, em primeiro lugar, uma tarefa controlada por procedimentos ou por regras, mas, sim, justamente, uma condição do ser humano. A compreensão é a interpretação. A partir destas considerações é possível compreender que o sentido de pesquisar não se restringe ao horizonte compreensivo do pesquisador, pois a investigação transita entre todos os colaboradores da pesquisa.

A escolha de um caminho metodológico pela pesquisa qualitativa em Psicologia, de inspiração fenomenológica existencial, mostra-se possível quando se pretende pesquisar a experiência dos participantes-colaboradores, uma vez que a narrativa da experiência não se restringe a informações de fatos, mas o compartilhar modos de ser- no- mundo-com-outros, modos de existir. Assim, como a linguagem é a expressão da existência humana, e essa é fluida, singular, exclui-se a tentativa de explicá-la através de uma verdade estável ou generalista, como preconiza o pensamento metafísico. Mas vislumbra-se a possibilidade de compreendê-la pela via de pressupostos como indicadores formais que guiam para a criação de sentido, a singularidade, a alethéia (desvelamento). (SILVA e SANTOS p.124, 2017).

Diante do exposto, é possível compreender que a pesquisa numa perspectiva hermenêutica aproxima-se da *techné*, como desvelamento, ao invés da técnica moderna como instrumento, o que constitui uma radical diferença entre o pensamento metafísico e os pressupostos fenomenológicos hermenêuticos no construir de uma pesquisa qualitativa em Psicologia.

4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA: UM ESPAÇO DE POSSIBILIDADES

Consideramos fundamental que apresentemos algumas reflexões sobre a Intervenção Psicológica ou atitude clínica, seus limites e possibilidades na contemporaneidade. Dessa maneira parece ser relevante contextualizar e esclarecer de qual atitude clínica estamos falando?

Etimologicamente o termo “Clínica” tem sua genealogia no grego *Klíne*, que quer dizer cama ou leito, e refere-se às microações, é a arte de olhar, observar e tratar o paciente que está na cama, de modo que o atendimento é realizado um por um. *Kline* originariamente referia-se à atividade ou postura médica, de inclinar-se à cabeceira do paciente para examiná-lo ou prestar-lhe cuidado (DORON e PAROT 1998; PORTELA 2008).

No âmbito da Psicologia, a prática clínica pode ser entendida como o contato direto do psicólogo com o outro, sendo, antes de tudo, uma prática que produz um saber. O discurso clínico, nesta área, interessa-se pelo sujeito, pela subjetividade.

No atual momento sócio-cultural, início do século XXI, os estudos e as práticas clínicas derivadas da subjetividade e do sujeito que adoece começam a enfrentar novos limites, (a psicologia clínica parece se fragilizar diante dos impasses do paradigma dominante, entre eles, a crise da subjetividade, que não está mais dando conta da complexidade do sujeito pós-moderno e de seu contexto histórico social). Com uma nova

configuração de sociedade, homem, de relações humanas, e com a demanda por uma ciência que pudesse dar conta disso, a Psicologia se constitui como espaço de acolhida para esse sujeito, o que coloca o psicólogo diante de uma nova clínica, a ser por ele reconfigurada: temos, então, a ampliação da psicologia clínica para outros espaços, com a inserção do psicólogo no contexto de instituições e serviço público, deixando de ter como objeto o indivíduo com suas histórias e questões particulares, e passando a lançar um olhar sob as coletividades em sua conformação social e histórica constituindo-se como possibilidade de produção, e não de reprodução.

Assim compreendemos que a atuação clínica deve ser situada não como uma mera especificidade da Psicologia, mas, sobretudo como uma ética, enquanto possibilidade de acolher os engendramentos, de concretizar outras formas de existência para aquele contexto e disponibilizar ao sujeito ou instituição demandante cuidado responsável às singularidades, dirigido ao bem estar. Portanto, a prática do Psicólogo clínico está pautada muito mais numa postura ética e política (ao sustentar a diferença) do que pela reprodução de diagnósticos, e aplicação de técnicas que nada dizem a respeito do sujeito em sofrimento. Assim, um “lugar clínico” é reconhecido não pelo local que o define e sim, pela postura do profissional e seus objetivos de libertação e afirmação da potência dos sujeitos que pode atualizar-se na experiência clínica. (FIGUEIREDO 1995)

4.4 O CÂNCER: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre as mais frequentes causas de morte no mundo, constituindo um sério problema de saúde pública. Dentre as DCNT de maior impacto para a saúde pública, as neoplasias ocupam o segundo lugar (JOHNSTON e MCDERMOTT 2003).

No Brasil nota-se um processo de transição que têm produzido importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população: doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias (CHAVES 2013).

Essa progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, conhecida como transição epidemiológica, tem como importante fator o envelhecimento da população. Logo, compreende-se que o aumento da expectativa de vida é um indicador importante no progressivo aumento dos casos de câncer.

Segundo FRANKS (1990), as neoplasias representam um conjunto de patologias cuja característica básica é o desenvolvimento de alterações em processo de divisão celular, promovendo um crescimento anormal e geralmente mais rápido de células que invadem tecidos e órgãos determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

Definição do INCA: “O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno)

de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo” (Ministério da Saúde 2001, p.1).

As neoplasias têm múltiplas origens e suas causas incluem estilo de vida, fatores ambientais e suscetibilidade genética e hereditária. Acredita-se que de 80% a 90% de todos os cânceres podem ser causados por fatores ambientais ou por estilo de vida (JOHNSTON e MCDERMOTT 2003). No Brasil, desde 2003, o câncer se apresenta como a segunda causa de morte na população, representando cerca de 17% dos óbitos de causa conhecida (Ministério da Saúde 2001).

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012 (Ministério da Saúde 2014).

O tratamento oncológico inclui modalidades terapêuticas distintas: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e o transplante de medula óssea. As particularidades e especificidades de cada caso indicarão a opção por uma determinada modalidade ou a combinação delas.

Datam de apenas alguns anos as descobertas de Roentgen (1845-1923) e Madame Curie (1867-1934), que marcaram avanço decisivo no tratamento do Câncer e no progresso geral da medicina. Atualmente, confiantes nas possibilidades da medicina e no avanço tecnológico, os pesquisadores sustentam a afirmativa de que o câncer é tratável, quando descoberto no início, e se empenham na luta, pondo em prática os recursos da moderna terapêutica, visando melhorar as percentagens de cura e superar os resultados.

Constata-se que muitos tipos de câncer podem ser tratados e proporcionar uma vida relativamente normal. Os dados INCA indicam que a probabilidade de cura depende basicamente do tipo de câncer e seu estágio. Em termos estatísticos, cerca de 50% dos casos, nos países desenvolvidos, são curados (Ministério da Saúde 2014).

Segundo KROEFF (2004), em meio século a ciência médica tem melhorado os métodos de diagnóstico das doenças e aperfeiçoado seus meios de cura por meio de pesquisas e trabalhos experimentais sobre câncer em animais de laboratório, o que conduziu a um avanço, já que a humanidade aprendeu muito mais do que em todos os séculos de empirismo.

O Colégio Americano de Cirurgiões mantém para estudo do câncer um registro de doentes curados, há mais de cinco anos. Até bem pouco com a documentação remetida pelos hospitais, já existiam 48.800 casos confirmados de cura persistente. Em breve, subirá o montante a 100.000, pois devemos lembrar que o registro data de alguns anos apenas. (...) Embora entre as causas orgânicas intrínsecas se aceite a origem endócrina ou metabólica do câncer, ainda assim, a destruição local das células doentes pode interromper o processo e evitar nova cancerização idêntica à primeira, se acaso cessar a crise hormonal por que passa o organismo periodicamente, ou for compensado o desequilíbrio metabólico, espontaneamente, ou por terapêutica adequada. O sucesso na cura do câncer depende essencialmente da intervenção oportuna, adequada e correta. Se, no início em cinco casos, curam-se quatro: no fim, talvez nem um sobre cinco (KROEFF 2004, p.5-6)

4.5 O IMPACTO PSICOLÓGICO DO CÂNCER

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, o diagnóstico de câncer ainda continua sendo bastante estigmatizado, carregado de paradigmas associados a sofrimento, dor, morte e degradação. Estes

estigmas são reforçados quando diagnósticos tardios limitam as opções de tratamento.

Sabemos que o impacto do câncer não se limita às manifestações somáticas, envolve uma diversidade de fatores estressores: o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a sobrevivência a longo-prazo. Esses fatores constituem uma série de desafios que contribuem para enfrentamento do paciente. A estigmatização da doença é um fator que afeta a compreensão do paciente sobre seu diagnóstico e repercute nos sentidos e significados que o paciente atribui a este fenômeno, comprometendo diretamente a integridade psicológica, levando-os à fragilização e maior vulnerabilidade emocional (ALMEIDA et al. 2001).

O prognóstico nem sempre favorável e os tratamentos complexos que exigem do paciente níveis de tolerância e resiliência bastante elevados têm impulsionado uma mobilização científica e profissional das ciências da saúde, inclusive da Psicologia, no sentido de desenvolver novas modalidades terapêuticas de prevenção e de tratamento do câncer. Estudos nesse campo reforçam a evidência de desenvolvimento de transtornos psicológicos como distúrbios de ansiedade e depressivos neste grupo (VARELA e LEAL 2004).

Nesse sentido, destaca-se a relevância do apoio psicossocial e psicoterapêutico diante do impacto do diagnóstico e suas consequências, evidenciado a importância da psico-oncologia no auxílio para melhor enfrentamento e qualidade de vida do paciente e seus familiares,

ressignificando o processo de adoecimento, e fortalecendo as estratégias de enfrentamento.

Segundo CARVALHO (2003), o câncer traz consigo uma série de implicações físicas, emocionais, sociais e econômicas. Frente ao diagnóstico, cada indivíduo responde de maneira singular, o impacto emocional pode desestruturar psiquicamente resultando em reações como medo, negação, desesperança e perda de controle. A mudança de rotina, a alta complexidade do tratamento e a possível realização de procedimentos invasivos, demandam do paciente uma alta capacidade adaptativa. Neste caso cuidar do estado emocional dos pacientes se faz imprescindível.

Para PEÇANHA (2008), o indivíduo com câncer necessita mobilizar recursos psicossociais num esforço adaptativo para lidar com o estresse decorrente da enfermidade. A partir disso, é necessário reconhecer a nova condição no sentido de enfrentar situação.

O enfrentamento vem sendo um fator relevante para a qualidade de vida do paciente, atitude importante para lidar com a doença durante essa trajetória, e que pode, favorecer a qualidade de vida do paciente durante o tratamento. Desse modo, fortalecer emocionalmente o paciente por meio de um acompanhamento psicológico adequado possibilita a ele melhor compreensão do fenômeno bem como mais concisão para o enfrentamento da doença e/ou tratamentos, além de melhor acomodação à nova rotina.

O diagnóstico precoce continua sendo um preditor no êxito do tratamento, contudo, nos casos em que o tratamento primário fracassa, a doença pode entrar novamente em atividade e evoluir para uma recidiva.

4.6 PSICOONCOLOGIA: PERSPECTIVAS

A Psico-Oncologia vem se instituindo em ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer. A intervenção do psicólogo pode facilitar o processo de enfrentamento de eventos estressantes, adversos, pertinentes ao tratamento, a saber: os períodos prolongados de rotina hospitalar, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) bem como, os riscos de recidiva (MORAES 1994).

Neste contexto, o papel do psicólogo em oncologia envolve o apoio psicossocial e psicoterapêutico diante do impacto do diagnóstico e de suas consequências e mostra a possibilidade de auxílio para melhor enfrentamento e qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Assim, faz-se fundamental compreender os aspectos emocionais, os sentidos e significados atribuídos pelos pacientes a esta experiência (tratamento oncológico), bem como ampliar esse campo de conhecimento desvelando as especificidades desses casos no sentido de abranger/incluir neste cenário as pessoas que já passaram por um determinado tratamento e estão reiniciando, começando novamente uma jornada: pacientes em recidiva oncológica. Esta compreensão é essencial, tendo em vista as várias repercussões que esse novo fato traz à vida destes sujeitos.

Reconhecer e compreender o potencial de enfrentamento para a existência do sujeito é fundamental para garantir-lhe qualidade de vida e, em alguns casos, prolongamento do tempo de sobrevida, podendo inclusive prevenir mortes prematuras e complicações graves decorrentes da possível resistência ou desistência ao tratamento oncológico indicado. Esse cuidado demanda atenção não somente da psicologia, mas também das políticas públicas intersetoriais que devem contemplar o paciente de maneira integral.

Sob tais perspectivas, é inegável a contribuição potencial da psico-oncologia para o entendimento da influência de variáveis psicossociais sobre processos de recidiva e para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem o indivíduo doente a enfrentar o processo de tratamento/cuidado. Nesse sentido, ressalta-se o imperativo da psicologia enquanto ciência atentar para o desenvolvimento de intervenções clínicas que possibilitem melhorias nas práticas do cuidado ao ser adoecido com câncer, uma vez que estas estratégias de intervenção permitem uma nova perspectiva sobre a compreensão do cuidar da existência humana.

Em revisão bibliográfica e partir de um levantamento no banco de teses da CAPES foi identificado que existem poucos estudos publicados que versam diretamente sobre esse tema. Dada a relevância do assunto, algumas pesquisas recentes vêm sendo dedicadas à investigação do enfrentamento em diferentes populações clínicas. Na área de Oncologia, podem-se citar as pesquisas de TORRANO-MASETTI (2000); CAPITÃO e ZAMPRONHA (2004); BANDEIRA e BARBIERI (2007); PERES (2008); CANAVERDE (2011); PACCIULIO (2012). Todos estes estudos avaliaram o

enfretamento em diferentes grupos de pacientes acometidos por câncer, todavia privilegiaram outras variáveis.

Frente a esse dado, faz-se necessário expandir o conhecimento que atualmente se tem a respeito do assunto, uma vez que tal compreensão pode ter importantes implicações para a assistência interdisciplinar oferecida aos pacientes, especialmente aos pacientes em recidiva neoplásica já que uma recidiva pode comprometer o a saúde mental do indivíduo e dificultar seu reconhecimento e enfrentamento dessa experiência.

4.7 RECIDIVA NEOPLÁSICA

No contexto da oncologia, existe a possibilidade de, ocasionalmente, doença evoluir para o surgimento de metástases ou recidivas, o que constitui um momento crítico na vida do paciente. Sabe-se que o impacto do diagnóstico pode desencadear sentimentos de difícil elaboração que variam de acordo com atributos de cada pessoa: idade, tipo de câncer, dinâmica familiar, relação médico-paciente, momento de vida, experiências anteriores e informações que acumulou no convívio familiar, social e cultural em que nasceu e se desenvolveu. Considerando todos esses aspectos, pode-se compreender que a recidiva da doença constitui-se um dos fatores que interfere diretamente no modo de enfrentamento do paciente. Quando a doença retorna, a primeira reação do paciente costuma ser de espanto, frustração e revolta (SILVA 2007).

Desde a notícia do diagnóstico até o final do tratamento os pacientes passam por períodos difíceis, permeados de importante sobrecarga emocional, que demanda atenção especial no que se refere ao acolhimento dos sentimentos desta experiência.

Segundo a definição do Novo Aurélio - Dicionário Eletrônico Brasileiro de Língua Portuguesa, FERREIRA (2005a), a recidiva para a medicina consiste no reaparecimento de uma doença (ou sintoma) que, após um intervalo de tempo (arbitrário, não determinado), ocasiona a reincidência de seus efeitos; recaída. Recidiva (recorrência) significa "está acontecendo novamente".

Em oncologia, uma recidiva significa o retorno do câncer após um tratamento com intuito curativo, podendo ser local, ou à distância, constituindo-se quando as células cancerígenas se multiplicam e formam um novo tumor, geralmente a partir de células da mesma linhagem do tumor primário, isso significa o retorno da doença que está novamente em atividade (Ministério da Saúde 2008).

A recidiva tem início a partir de células que foram liberadas do tumor antigo (primário) e espalharam-se pelo corpo, através da corrente sanguínea ou linfática, permanecendo inativas por um determinado tempo (talvez em função do primeiro tratamento), até que voltam a crescer. O crescimento do tumor pode ocorrer no local primário ou mesmo longe do local inicial. Os autores exemplificam que um tumor de mama pode recidivar no pulmão, não sendo, contudo, um câncer de pulmão, mas sim o de mama que atingiu o pulmão. Deste modo compreende-se que na recidiva a doença está em

plena atividade novamente, e seu comportamento e risco é, no mínimo, igual ao da primeira vez. Além disso, ao retornar, as células cancerosas já crescem com resistência e defesas contra o tratamento empregado anteriormente, o que constituiu uma dificuldade para o tratamento (COELHO 1998).

As neoplasias respondem de modos distintos aos tratamentos, assim também diferem na sua capacidade de reincidir e nos locais onde possam acontecer. Em geral, o tratamento da neoplasia recidivante é mais intensivo do que o utilizado no primeiro ciclo de tratamento. Comumente, o planejamento terapêutico é baseado nos mesmos fatores existentes no tumor original, ou seja, o tipo de câncer, seu tamanho e localização, bem como o estado geral de saúde do paciente. Não existe um período de tempo determinado entre o diagnóstico primário e o surgimento de outra recorrência neoplásica para definir como recidiva. Sabe-se que a chance de recidiva do tumor, de um modo geral, diminui com o passar do tempo a partir do tratamento (Ministério da Saúde 2008).

Em virtude das características que compõem este conceito destaca-se que a recidiva neoplásica pode ser classificada em: local, regional e metastática:

Local: significa o retorno do câncer no mesmo lugar de origem. O termo local quer dizer que não há nenhum sinal do tumor nos tecidos vizinhos e nos linfonodos (gânglios linfáticos) das proximidades. Por exemplo, uma mulher que teve uma mastectomia (cirurgia de câncer de mama) pode apresentar uma recidiva de câncer de mama ao redor ou sobre a área onde a cirurgia foi feita. **Regional:** quando a recidiva envolve os linfonodos ou tecidos próximos do tumor original. Por exemplo, uma mulher tratada por câncer de mama tem uma recidiva regional nos linfonodos sob seu braço (axila), do mesmo lado da mama doente. **Metastático:** quando o câncer disseminou-se para órgãos ou tecidos distantes do tumor original. Por exemplo, uma mulher com câncer de mama já tratado apresenta uma recidiva em ossos ou no pulmão (COELHO 2008, p.1).

A literatura aponta que o recomeço de um tratamento oncológico pode representar o fracasso dos esforços investidos no tratamento desde o diagnóstico primário, e pode ser vivenciado como uma nova ameaça ao corpo já fragilizado pela doença primária (ALMEIDA et al. 2001).

Como apontam os estudos realizados pelos autores COELHO (1998), ALMEIDA et al. (2001); PERES (2008) e TARABAY (2009); uma recidiva possui um elevado poder de desordem psíquica, porque constitui o confronto do paciente, novas adversidades, com o fracasso de um tratamento, com o início de novos procedimentos que o fragilizam e com o luto simbólico.

Esta ruptura causada pela recidiva demanda do sujeito um conjunto de operações mentais para se proteger das tensões às quais é submetido. Segundo KOVÁCS (1996, p.15), "o risco da ruptura depende da possibilidade de se perder, junto com o perdido, o significado da vida".

A recidiva da doença compreendida sob a perspectiva da morte simbólica é vista como fraqueza e punição, tendo em vista a interrupção à produção, pois, o desenvolvimento do capitalismo transformou o corpo humano em um instrumento de produção: adoecer nesse contexto significa

deixar de produzir, um fenômeno que remete à concepção do luto simbólico, das perdas em vida.

A modernidade trouxe também uma mudança fundamental na maneira como o ser humano passou a ser compreendido. Em seu processo, emerge o ser humano individualizado que permitiu ao indivíduo pensar e sentir em si mesmo como um ser autônomo (...). Tal condição é especialmente verdadeira entre as classes trabalhadoras, para quem a saúde identifica-se com a produtividade do corpo, e a doença como uma interrupção nesta produtividade, com a conseqüente ameaça à subsistência. Para as classes mais altas, a saúde pode ser percebida como capacidade de consumir e usufruir do prazer proporcionado pelo corpo (COMBINATO e QUEIROZ 2006, p.210)

O luto e suas ressonâncias foi tema de estudo da pesquisadora e psiquiatra Kubler-Ross. Na obra “Sobre a morte e o morrer” publicada em 1969, ela analisa os estágios pelos quais passam as pessoas no processo de luto: negação, isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS 1998). Segundo a autora, o compartilhamento dos sentimentos pelo paciente e a compreensão desse processo pelos que o acompanham são essenciais para a sua aceitação. Embora este modelo receba atualmente críticas e haja o reconhecimento de que nem todas estas etapas ocorrem com todas as pessoas e nem mesmo nesta ordem, os estudos de Kübler-Ross, ao colocarem em destaque a morte e o morrer, revelam a importância do tema e de sua compreensão na assistência aos pacientes, como desenvolveremos adiante.

O contexto hospitalar, caracterizado por um ambiente isolado e antagônico ao ambiente familiar, supõe uma condição onde o paciente sente-se limitado para expressar suas emoções e sentimentos, isso também é reforçado porque os profissionais de saúde – que lidam cotidianamente com a morte – muitas vezes, limitam-se ao trabalho técnico e geralmente

não estão preparados para lidar com o indivíduo em sua plenitude enquanto ser humano dotado de desejos, medos, sentimentos, emoções (COMBINATO e QUEIROZ 2006)

Nesse paradigma, a formação e atuação de profissionais na área da saúde tendem a lidar com a doença e a morte do ponto de vista estritamente técnico. O que podemos vislumbrar são profissionais da saúde formados para curar a doença e não para lidar com a pessoa (KÓVACS 1991).

Ao longo do processo de desenvolvimento, convive-se com os pólos vida e morte. A passagem de cada fase de vida (infância, adolescência, vida adulta e velhice) caracteriza-se, segundo KÓVACS (1996), por um processo de morte simbólica ou morte em vida, na medida em que se perdem características e atividades de uma fase para iniciar uma outra e atingir, assim, uma nova vida. Nessa perspectiva, o paciente que é surpreendido pela recidiva deve abandonar características e rotina de uma fase para iniciar mais um ciclo de rotina hospitalar, o que conseqüentemente ocasiona a vivência do luto simbólico.

Esta condição submete o indivíduo ao contato com suas limitações, fragilidade e finitude: ele é afastado das suas atividades diárias, pode sofrer paralisias, mutilações, enfrenta muitas vezes a dor ao longo do tratamento e percebe-se enquanto ser mortal. O paciente é direcionado a outras possibilidades existenciais e a novas configurações de rotina em um curto período de tempo, preparando-se para uma nova organização de vida, tendo, muitas vezes, que abandonar objetivos e metas antes traçados, para retornar ao tratamento (MORAES 1994).

Nesse caso, a possibilidade de morte em vida, ou seja, do luto simbólico, está relacionada à ausência de poder e controle sobre si e sobre a realidade. Assim, pode-se afirmar que existem várias "mortes" em vida. Embora não ocorra a morte concreta, essas experiências possibilitam a reorganização e a ressignificação da vida (KÓVACS 1996).

Para COMBINATO e QUEIROZ (2006), a recidiva desencadeia um processo de luto, que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda. Todo o processo, desde a suspeita diagnóstica, até a reabilitação e reajuste psíquico do paciente, requer esforços de enfrentamento da situação, sendo a tarefa primordial reconquistar o equilíbrio psíquico. Neste processo compreendido como morte simbólica ou "mortes" em vida, embora não ocorra a morte concreta, essas experiências possibilitam a reorganização e a ressignificação da vida, que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda. Consequentemente, lidar com perda denota lidar com um vínculo que se rompe, no qual uma parte de si é perdida, por isso, fala-se da morte em vida.

Assim, compreender o sentido da experiência do paciente no enfrentamento da recidiva oncológica é condição primordial para a boa acomodação deste na situação de crise ou potencialmente traumática. Esta compreensão constitui-se ferramenta essencial para a prática dos profissionais de saúde no processo de cuidado, possibilitando identificar as estratégias de enfrentamento e suas conseqüentes implicações na evolução clínica do indivíduo para potencializar e aperfeiçoar o planejamento da assistência, buscando intervenções contextualizadas, adequadas, que em

muitos casos, representam o diferencial para o tratamento e para remissão da doença.

Quando o paciente é noticiado sobre a recidiva do câncer há uma ruptura na forma habitual de vida, a incerteza e a insegurança de futuro, o caminho de um tratamento incerto, por vezes, doloroso e prolongado, associada ao estigma da doença e a possibilidade da morte iminente. Compreende-se que o paciente com doença recidivada foi submetido a situações prolongadas de estresse frequentes, além do sofrimento emocional, o que muitas vezes leva à pior evolução da doença, porque pode prejudicar na adesão aos tratamentos indicados, resultando em funcionamento inadequado do sistema imunológico, o aparato natural de defesa do organismo (COSTA e LEITE 2009).

Esse cenário é um importante preditor para a constituição de um estado de crise em que a fragilidade emocional torna-se uma previsível consequência. A resposta psicológica do paciente ao câncer constitui variável interveniente significativa sobre os resultados do tratamento (PEÇANHA 2008).

Neste sentido, é importante compreender, para fortalecer e potencializar as estratégias de enfrentamento que estão pautadas no cuidado ao indivíduo, atitude fundamental para auxiliar o paciente na travessia deste período. Isto possibilita o acolhimento às suas angústias, dúvidas e anseios inerentes ou decorrentes do adoecimento e, conseqüentemente, reforça a apropriação de recursos para o enfrentamento da situação de maneira autêntica, ativa e participante. No caso do paciente

com recidiva da doença há um impacto psicológico distinto, visto que já vivenciou no diagnóstico primário experiências adversas, o que pode interferir em sua capacidade de enfrentamento na recidiva.

4.8 ESTRESSE

O câncer é uma Patologia que desencadeia relevantes alterações físicas e psicológicas para quem o vivencia, constituindo-se num estressor ambiental e psicofísico intenso, e/ou crônico. Os altos níveis de estresse e ansiedade são características que podem ser claramente observadas no paciente oncológico. Esse quadro se acentua significativamente quando tratamos do paciente com a doença oncológica em recidiva.

Compreendendo o processo de adoecimento como sendo único e singular para cada indivíduo, entende-se que haja variadas formas e estratégias de enfrentamento. A partir desta concepção, denota-se a relevância de como se processa o enfrentamento tendo em mente a ação do estresse sobre estes pacientes.

O enfrentamento, então, é definido como um processo através do qual o indivíduo deve administrar as demandas que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram.

O enfrentamento pode ser classificado em duas importantes divisões: enfrentamento centrado no problema - constitui-se num esforço para atuar na situação que originou o estresse - e o enfrentamento centrado na emoção - esforço para regular o estado emocional que está associado ao estresse. Podem simultaneamente, tornando-se mutuamente facilitadores (COSTA e LEITE 2009, p.356-7).

Nesta perspectiva, podemos compreender o enfrentamento como um processo de mobilização emocional, cognitivo e comportamental, que propõe adaptação à situação adversa. É importante ressaltar que a funcionalidade das estratégias de enfrentamento da pessoa doente, e até dos cuidadores e familiares, são singulares, podendo se constituir e emergir de formas diversas, de modo que respondem às exigências que lhe são impostas. Assim, o enfrentamento é um processo que se modifica no curso do tratamento, e se torna eficiente quando ameniza as situações de crise, as experiências difíceis associadas a perdas ou ameaças (PEÇANHA 2008).

O estresse, segundo MCEWEN (2003) constitui-se como um estado de total sobrecarga, destacando que, quando os acontecimentos externos juntam-se ao desconforto da própria reação, para subjugar e exaurir a capacidade de enfrentamento, a pessoa começa a sentir-se cansada, irritada e esgotada, resvalando, muitas vezes, para a doença. Nesse sentido, o sujeito é influenciado diretamente pelo estresse intenso ou crônico, de modo que essa frequência pode conduzir o indivíduo à exaustão total, demandando dele recursos próprios para enfrentar essas ameaças.

Outros autores, preferem conceber o estresse como um processo, e nesse cenário, temos um dos modelos mais influentes nessa perspectiva: o modelo transacional ou relacional, proposto por Richard Lazarus (1922 – 2002), citado por NOGUEIRA e Freitas (2015, p.136). O estudioso destaca uma ideia fundamental: não podemos compreender completamente o estresse examinando eventos ambientais e pessoas como entidades separadas. Devemos considerá-los em conjunto, como uma transação, na

qual cada indivíduo deve ajustar-se de forma contínua aos desafios cotidianos (STRAUB 2005).

Deste modo, o estresse seria desencadeado sempre que os estressores excedem os recursos pessoais e sociais que o indivíduo é capaz de mobilizar para enfrenta-lo, configurando-se numa atitude não apática e/ou estática, mas como um conjunto de interações e reconfigurações contínuas entre o ambiente e as tentativas de enfrentar o estresse.

Uma das mais aceitas conceituações de estresse é apresentada por BERNIK (1997): o estresse corresponde a uma relação entre o indivíduo e o meio. Este conceito enfatiza que o estresse supõe uma interação entre a agressão e a resposta.

Temos que o termo “estresse” foi emprestado da engenharia e significa literalmente: *“O peso que uma ponte suporta até que ela quebre”*. Nesse contexto, o estresse refere-se à impossibilidade do sujeito sustentar em seu alicerce existencial uma responsabilidade acima daquilo que ela possa suportar e aí seu alicerce, a ponte entre ela e as relações no mundo, quebram, fazendo-o sentir-se biologicamente vivo e existencialmente morto, refém do medo e da ansiedade (LIMA 2003).

Os esboços de ABREU et al. (2002) apontam o estresse como sendo, essencialmente, o grau de desgaste total causado pela vida. Sob a perspectiva destes autores, é possível considerar não só a imensa quantidade de fatores potencializadores de estresse, mas também os aspectos particulares de cada indivíduo, as singularidades e subjetividade

como cada um reage às situações estressoras, bem como os aspectos culturais e sociais.

O estresse intenso, o estresse crônico ou prolongamento de situações de estresse, como é o caso dos paciente em tratamento oncológico por recidiva, pode repercutir num quadro patológico, originando distúrbios transitórios ou mesmo transtornos graves.

Notoriamente, a mudança é um dos mais efetivos agentes estressores. Sob esta perspectiva, compreende-se que a mudança na vida de qualquer pessoa tem potencial influência estressora, o que pode ser considerada uma resposta até certo ponto esperada, uma vez que nível de estresse fisiológico sempre é previsto em todo processo de adaptação. No entanto, quando o sujeito alcança níveis extremos de estresse, constituem-se as disfunções, que podem gerar distúrbios transitórios, ou até mesmo transtornos graves. O estresse é, portanto, uma reação psicológica que ocorre quando percebe-se um desequilíbrio entre o que lhe é cobrado pelo entorno social e o que você é capaz de corresponder.

Para KELEMAN (1997), quando a reação de estresse vivida numa situação não se desfaz, ela é denominada de distresse. Assim, o estresse ocorre quando a reação vivida numa situação se desfaz e o distresse quando a reação vivida numa situação não se desfaz. Segundo a autora, o distresse se exprime por uma forma de sentir e agir que mantém a pessoa paralisada num modo de funcionamento, sem poder voltar ao seu modo de vida anterior.

As mudanças de rotina, as limitações, as reconfigurações da função e dos papéis em família, o conflito com a autoimagem e autoestima, dentre outras diversas alterações apresentadas pelo paciente oncológico, são fatores estressores que repercutem fortemente na disposição para enfrentar a adversidade, muitas vezes, evoluindo para a situação de distresse e/ou transtornos psicológicos graves.

Esse estado intenso ou crônico de estresse desencadeia sentimentos, percepções e pensamentos que tornam a realidade um perigo iminente e deixa a pessoa como se estivesse em vias de reviver novamente toda a situação que a desestabilizou. A resposta estressora não se desfez, e o sujeito permanece em estado intermitente de alerta – ideia que o perigo pode voltar – e sob o medo de novas ameaças a qualquer momento, o que pode, obviamente, desencadear estados de ansiedade generalizada e/ou pânico, já que a percepção da pessoa tende a interpretar tudo pela ótica do medo (LAZARUS e FOLKMAN 1984).

Trazendo essa questão para o contexto do paciente oncológico, pode-se considerá-lo como uma variável múltipla e um inevitável aspecto da vida do paciente. O diagnóstico, por ser ainda sinônimo de degradação e morte, desencadeia estresse no paciente. O câncer é uma doença que, historicamente, vem sendo associada a experiências saturadas de sofrimento e dor, seguidas de morte. É socialmente impregnado de preconceitos e estigmas, e em detrimento às crescentes possibilidades terapêuticas para neoplasias malignas, o câncer “subjaz ao seu significado a

ideia de algo que cresce e destrói, sendo associado em muitas culturas à punição e ao castigo” (GOMES et al. 2002, p.201).

A mudança de rotina, e toda disciplina e esforço que o tratamento demanda do paciente, é mais um fator estressor, já que ele precisa mobilizar recursos intrapsíquicos para adaptar-se ao novo cenário de vida. Isso se torna ainda mais desgastante quando o paciente já passou por essa experiência e precisa revivê-la novamente em decorrência do retorno da doença.

A reação e todas as respostas ao tratamento também são potencializadores de estresse. Somado a isso tudo, como é objeto de estudo desta pesquisa, temos o paciente com recidiva da doença oncológica, que além de ter experienciado isso tudo, revive todas essas e outras questões num momento de mais estresse e fragilidade. Nessa condição, o paciente busca alternativas sobre como enfrenta-lo. Daí surge a relevância de compreender o enfrentamento em pacientes com recidiva.

4.9 ENFRENTAMENTO

“Enfrentamento” pelo significado no dicionário da língua portuguesa FERREIRA (2005b), é “Ação de enfrentar, de encarar de frente um problema; ato ou efeito de enfrentar; situação de quem se defronta; confrontação”. A origem do termo “enfrentamento” é encontrada na literatura médica a partir do termo *“coping”*. O *“copping”* é uma palavra de origem inglesa, associada às traduções: “lidar com”, “enfrentar” ou “adaptar-se”.

No Brasil, existem estudos traduzindo-a por “enfrentamento”, conforme literatura estabelecida na área da Psicologia da Saúde (PAIVA 1998).

Os termos *coping* ou enfrentamento são conceitos chave para a compreensão da forma como o paciente responde à enfermidade. Por razões didáticas, neste estudo utilizaremos o termo “enfrentamento”, reconhecendo, no entanto, as limitações que esse termo sofre no sentido de não ser a tradução mais completa para expressar todas as singularidades e significados implícitas em seu correspondente *Copping*.

A partir da etimologia da palavra, “Enfrentamento” vem de enfrentar, formado pelo prefixo “em”, mais “frente”, que vem do latim “*frons*”, testa, rosto, o que se projeta para diante. Logo, quando refletimos sobre esse termo, podemos concebê-lo como a atitude de “pôr-se diante de” algo, alguém ou alguma situação, defrontar, atacar de frente, encarar de frente. Ainda a partir da constituição da palavra, compreende-se a atitude de enfrentamento como a capacidade de projetar-se adiante.

Para LAZARUS (2000) o conceito de enfrentamento está relacionado ao conjunto de estratégias selecionadas pela pessoa para lidar com uma ameaça iminente. Conforme os estudos apontados por este autor, o conceito imprime uma dimensão mais psicológica, denotando o enfrentamento como um processo para se lidar com experiências que sobrecarregam ou excedem os recursos da pessoa.

GIMENES (1997) sob a perspectiva de ser o enfrentamento um processo, respalda seus estudos em LAZARUS e FOLKMAN (1984),

destacando o enfrentamento ocorre diante de situações em que o indivíduo necessita recorrer a novos comportamentos como forma de encarar um novo evento.

Deste modo, pode-se compreender o significado dos processos de enfrentamento em relação ao bem-estar físico e psíquico do indivíduo, constituindo um dos aspectos centrais da atual Psicologia. Esta relevância deve-se ao fato de estudos e pesquisas nessa área serem extremamente importantes e úteis para expandir os conhecimentos sobre a qualidade de vida de pessoas que vivenciam o estresse intenso, especialmente, pacientes oncológicos no enfrentamento do luto e suas ressonâncias.

KÜBLE-ROSS (1998) trouxe grandes contribuições nesse âmbito. Em suas pesquisas investigou como as pessoas lidam com o estresse diante da iminência da própria morte, e destacou enfrentamento como processo dividido em etapas. A saber: Negação (consiste na negação do problema, o indivíduo tenta encontrar alguma maneira de não entrar em contato com a realidade da morte); Raiva (caracteriza-se pela revolta com o mundo, sentimento de injustiça e não de conformidade); Barganha (o indivíduo tenta negociar, começando com si mesmo e buscando, por exemplo, as recompensas divinas, faz promessas a Deus); Depressão (isolamento, melancolia e sentimento de impotência diante da situação); Aceitação (um estado de profundo cansaço em que o indivíduo não tem desespero e consegue enxergar a realidade).

Essa obra é, sem dúvida um marco na literatura sobre o assunto. Muito embora essa divisão seja questionada hoje em dia, seus estudos

foram de extrema importância, servindo de base para outras compreensões sobre o processo de elaboração/enfrentamento do luto. Porém a autora não almejava uma interpretação literal da sua descrição de fases do morrer, como tem ocorrido, com consequências flagelantes para a compreensão do processo.

Sendo a psicologia uma ciência que lida com seres humanos e suas vidas e, conseqüentemente com a morte, tal assunto torna-se relevante. Especialmente dentro da psicologia hospitalar, é necessário estar preparado para situações de finitude (KOVÁCS 1991).

Para MELO e VALLE (1999), o ser humano se diferencia por ser o único a ter consciência sobre sua finitude. O homem, ao longo do tempo, modificou sua relação com a morte e o processo morrer, por conseguinte, a vivência do luto também sofreu variações importantes em nossa cultura. Apesar de a morte ser reconhecida como natural, universal e inevitável, o homem ainda tem dificuldades de imaginar a sua própria morte e, por isso, na sociedade, a maioria das pessoas tende a evitá-la, o que contribui significativamente para a ocorrência de um total despreparo para lidar com a finitude humana (KÜBLER-ROSS 1996).

A maneira como a morte é compreendida é dinâmica ao longo do desenvolvimento humano. Desde a infância, as pessoas têm contato com perdas, mas é a partir da adolescência que realmente entendemos o significado da morte. Na idade adulta evidenciamos tal fato como algo possível de acontecer, mas é na velhice que sua possibilidade parece ser mais aceita, uma vez que tal etapa é encarada como última no ciclo de desenvolvimento humano. Além das variáveis relacionadas com o desenvolvimento humano, a cultura e as situações de perda que vivenciamos contribuem para que formemos nossa visão sobre a finitude humana (VON HOHENDORFF e MELO 2009, p. 481)

Alguns autores já apontam não ser possível falar do luto numa sequência precisa e destacando esse processo como uma experiência pessoal e única.

A noção de fases pode até mesmo ajudar as pessoas a encontrar sentido para sua experiência de luto, mas não é possível substituir o medo e a sensação de falta de sentido, naturais em uma experiência de luto, pelas falsas certezas de que as pessoas viveriam essa experiência seguindo pelas mesmas fases. A pessoa enlutada com frequência encontra outras, na mesma situação, que adotaram um sistema de crenças rígido sobre o que deve ser experimentado nessa jornada ao longo do luto. Essas crenças podem afetar profundamente o processo individual natural. Podemos encontrar respostas de desorganização, medo, culpa, mas também podemos não encontrá-las. Ou a regressão pode ou não acontecer ou se sobrepor a qualquer outra das respostas. As emoções podem seguir-se umas às outras com intervalos curtos ou até mesmo duas ou mais emoções podem estar presentes ao mesmo tempo. Cada pessoa fica enlutada de sua maneira, não existindo, portanto, maneiras melhores ou piores, nem a imposição de uma sequência rígida, que normatiza o processo. O luto é uma experiência pessoal e única, para cada pessoa (FRANCO 2008, p.1)

A cultura ocidental contemporânea destaca valores em que a experiência do luto deve ser prematuramente superada, ou deixada para trás. Uma previsível consequência disso decorre em duas possibilidades: ou o enlutado vive seu processo isoladamente ou força-se a abandoná-lo, antes de tê-lo completado, estimulando que o enlutado evite a experiência ou desenvolva autocontrole compreendendo que essa é a resposta mais apropriada, o que torna a situação bem mais difícil visto que aí se constitui a repressão emocional da pessoa que experimenta o luto (FRANCO 2008).

Nessa perspectiva, como destaca a autora, o luto passa a ser aceito como um processo a ser evitado e não vivido, limitando o sujeito a expor

uma atitude socialmente aceitável, não obstante, contrariando a demanda psicológica dele próprio.

4.10 PSICONEUROIMUNOLOGIA

Quando compreendemos o estresse como um fator que repercute significativamente na experiência de adoecimento e no enfrentamento, podemos ressaltar que é possível observar várias tentativas de compreensão do papel desempenhado por variáveis intervenientes sobre o processo saúde - doença, incluindo-se a consideração de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento e tratamento de diferentes doenças.

É inegável a intrínseca relação e contínua interação entre o sistema nervoso central (SNC) e o sistema imunológico. O campo da ciência que estuda esses processos é conhecido pelo termo "Psiconeuroimunologia", e foi introduzido por Robert Ader em 1981, citado por MARQUES-DEAK e STERNBERG (2004, p.143). A psiconeuroimunologia resgata uma discussão antiga sobre as correlações entre o corpo e a mente, que ao longo dos anos é alvo de estudo entre diferentes autores que tentam compreender essa relação, que desde Hipócrates, no século IV, apontava a saúde como um estado de equilíbrio harmonioso entre mente, corpo e ambiente, sendo a doença uma resultante de desarmonia entre esses elementos (COUTINHO et al. 2000).

O modelo da suposição de que situações ambientais caracterizadas por conteúdo psicológico adverso (tais como o estresse intenso ou crônico)

poderiam desencadear alterações no sistema imunológico e neural do indivíduo, de forma a propiciar duas reações: imunossupressão ou a imunocompetência. A imunodepressão consiste na alteração em elementos do sistema imunológico e/ou na reatividade destes elementos, tornando o organismo mais suscetível a distúrbios fisiológicos e bioquímicos. A imunocompetência consiste na alteração na quantidade ou reatividade de elementos do sistema imune, de forma a elevar ao máximo a ação de defesa e impedir distúrbios fisiológicos e/ou melhorar a capacidade de combate do organismo contra agressores (BOVBJERG 1991; ADLER e COHEN 1993; KIECOL et al. 1995, 1997; COHEN e RABIN 1998).

Em ambos os modelos enfatiza-se a influência do estresse como possível gerador de doença física ou como elemento potencializador para o desenvolvimento de transtorno comportamental/psicológico.

A partir da literatura, compreende-se que a Psiconeuroimunologia procura entender como as emoções afetam a saúde, como ocorre a inter-relação entre o cérebro, o comportamento e o sistema imune do organismo. A hipótese que embasa o modelo psiconeuroimunológico é de que os estressores psicossociais podem diminuir a eficiência do sistema imunológico, o que conduz ao aumento dos sintomas patológicos no organismo (MARQUES-DEAK e STERNBERG 2004).

Para VASCONCELLOS (2000), esse campo de estudo que tem origem no pensamento psicossomático evoluiu no sentido da realização de investigações acerca de como os fatores emocionais influenciam o sistema

neuroendócrino, o que aponta para uma das áreas que mais cresce dentro das ciências biológicas na atualidade.

Assim, a Psiconeuroimunologia pode ser compreendida como o estudo das interações entre comportamento e os sistemas nervoso, endócrino e imunológico. Seu surgimento se deu após a percepção de que o sistema imunológico não trabalha de forma autônoma como inicialmente suposto. O interesse fundamental da Psiconeuroimunologia são as interações entre os sistemas nervoso e imunológico e as relações entre processos mentais e saúde. Deste modo, a Psiconeuroimunologia investiga, estuda o funcionamento fisiológico do sistema neuroimunológico na saúde e na doença, além dos distúrbios desse sistema (patologias relacionadas a autoimunidade, hipersensibilidade, imunodeficiência, neoplasias), e as características físicas, químicas e fisiológicas dos componentes do sistema neuroimunológico (MARQUES -DEAK e STERNBERG 2004).

Nesse sentido, as evidências de que fatores psicológicos podem desencadear e/ou influenciar o curso de doenças crônicas, fortaleceram a adoção de modalidades de intervenção psicológica para o enfrentamento de situações aversivas relacionadas ao tratamento do câncer.

5 MÉTODO

A presente pesquisa cumpriu todos os direcionamentos da Resolução nº 466 de dezembro de 2012, publicada pelo Ministério da Saúde. Submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF) e da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center, São Paulo-SP.

Este estudo consiste numa uma pesquisa de cunho qualitativo pautada na ontologia hermenêutica heideggeriana. As pesquisas qualitativas, de acordo com MINAYO (2012), têm como finalidade a compreensão e a interpretação de experiências humanas complexas, sendo que toda compreensão caracteriza-se por um entendimento contingente e incompleto e toda interpretação consiste na elaboração de possibilidades delineadas pela compreensão. Assim, as pesquisas qualitativas contemplam um determinado fenômeno a partir da análise de seus significados subjetivos.

A escolha da Fenomenologia como referencial desta pesquisa se deu pela identificação de nossa visão de mundo a este referencial. Segundo CABRAL e MORATO (2003) o método é a construção de um caminho possível para a realização de um estudo. Compreendemos que pesquisar, a partir da perspectiva hermenêutica, implica estar aberto ao acontecimento dialógico, uma vez que o fenômeno que se busca conhecer se revela em conversação, e é caracterizado por sua incompletude e incerteza, pois, à

medida que é destituído de regras pré-definidas, encaminha-se para uma direção improvável. A partir da abordagem heideggeriana, não podemos estabelecer o método de antemão, pois o caminho se faz ao caminhar, é desvelado ao nos aproximarmos do fenômeno em questão pois constitui um percurso a ser apreendido a partir da própria experiência.

Nessa perspectiva busca-se conhecer pela reflexão, pensamento, meditação, aquilo que se mostra, para então formular uma questão (bússola da investigação), à qual tentamos buscar uma iluminação por meio da possibilidade de atribuição de sentido.

Desse modo, o caminhar possibilita seguir a direção apontada pela questão norteadora da pesquisa – pergunta que, a cada passo, é retomada e pode ser compreendida com um outro sentido.

Nesta pesquisa tivemos como questão “compreender a experiência de enfrentamento em pacientes adultos com doença oncológica recidivada”

Entedemos que pesquisar nada mais é do que construir uma forma de olhar para algo, um posicionamento em relação a algo que se mostra: o olhar do pesquisador só se constitui enquanto olhar a partir do que ele olha, e o que ele olha se constitui enquanto algo olhado a partir de seu olhar.

Investigar, então, é uma forma de inclinar-se (assim como a clínica) ao fenômeno permitindo-se marcar pelo estranhamento que ele provoca, para que desse momento entre fenômeno e pesquisador brote uma possibilidade de revelação como questão (CRITELLI 1996).

Nessa perspectiva a análise dos dados foi realizada a partir da abordagem fenomenológica proposta por CRITELLI (2007), que de forma

estruturada traz no seu trabalho o método de pesquisa e análise, direcionados pela Ontologia Hermenêutica de Martin Heidegger.

Esse processo de investigação baseia-se no modo de compreender e testemunhar uma reflexão em andamento, pois deve-se indagar ao fenômeno o que se quer saber dele, buscando compreender a partir do que ele mostra, em vez de reduzi-lo, induzindo-lhe antecipadamente uma resposta. Nesse processo ele é autor na construção da interpretação do que se revela (CRITELLI 2007).

Para isso, foram realizadas leituras exaustivas dos dados, enfatizando seus aspectos mais significativos. Após a leitura realizamos a tematização e elencamos as temáticas orientadoras de sentido da experiência narrada acerca do fenômeno estudado.

5.1 COLABORADORES

Foram convidados a participar desta pesquisa 04 pacientes adultos em tratamento por recidiva neoplásica. O convite para a participação na pesquisa foi feito mediante contato pessoal entre a pesquisadora e o paciente, na própria rotina da instituição, durante o período em que o paciente aguardava para os procedimentos na Unidade Oncológica. Vale destacar que a pesquisadora estava de posse das informações referentes à quantidade de pacientes com recidiva e perfil destes, levantamento que foi feito previamente ao convite.

Assim foram selecionados os 04 primeiros colaboradores que aceitaram o convite para participação nesta pesquisa.

A abordagem ocorreu nas salas de espera, de modo cuidadoso. Nesse sentido, tão logo o participante sinalizasse a viabilidade de participação, era apresentada a proposta da pesquisa. A entrevista ocorreu em ambiente resguardado, numa sala da unidade. Durante o convite, o participante pôde indicar o dia e horário mais conveniente para ele.

5.2 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

A pesquisa ocorreu por meio de um encontro dialógico, com cada participante individualmente, onde se buscou alcançar os objetivos da pesquisa por meio de 1 pergunta disparadora que norteou o encontro dialógico:

- 1 Como se deu a experiência de enfrentamento após o diagnóstico da recidiva neoplásica/oncológica?

Os participantes foram esclarecidos à cerca de sua liberdade para recusar-se ou desistir de responder e/ou expressar, a qualquer momento, o não desejo de participar da pesquisa. Essa condição foi levada em consideração e devidamente respeitada durante todo o processo de colheita de dados, estando os participantes esclarecidos de que sua participação seria totalmente voluntária, estando assegurados do direito de

interromperem sua participação na pesquisa no momento em que desejassem, sem que isto acarretasse qualquer ônus ou prejuízo a eles.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA

A Unidade de Saúde onde foi desenvolvido este estudo realiza exames, diagnósticos e tratamentos em Oncologia; é uma Unidade especializada na região em que se insere e oferece esta assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

Neste centro de referência em oncologia, são oferecidos serviços em diversas especialidades: exames laboratoriais e de imagem, Clínico oncologista, cirurgião, mastologista, urologista, psicólogo, nutricionista, assistente social, enfermeiros dentre outras especialidades, além dos tratamentos oferecidos, a saber: Quimioterapia e Hormonioterapia.

Nesse contexto, as entrevistas foram realizadas em ambiente sigiloso, tranquilo, numa sala de atendimento do serviço de oncologia, garantindo o resguardo das informações.

5.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa foi submetida aos Comitês de ética da Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF) e da Fundação Antônio Prudente – A.C.Camargo Cancer Center, junto à carta de anuência da Instituição participante.

Inicialmente fizemos um levantamento da quantidade de pacientes com recidiva neoplásica maligna, em tratamento, no serviço em questão (um serviço especializado em oncologia na cidade de Petrolina-PE), no período em que as entrevistas foram realizadas. Após colher esse dado, definimos a amostra da pesquisa.

No que diz respeito à definição do critério "IDADE", foi considerado, neste aspecto, a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define a pessoa adulta com faixa etária dos 24 aos 60 anos de idade, considerando nessa revisão, os aspectos biológicos, sociais e psicológicos do que se conhece como "adultos", delimitando essa categoria em uma faixa etária que vai de 25 a 59 anos de idade (HENRIQUES 2009).

Foram considerados elegíveis os pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (1) possuir idade entre 25 e 59 anos; (2) apresentar diagnóstico de recidiva de qualquer tipo de neoplasia maligna; (3) ter conhecimento desse diagnóstico há, no mínimo, um mês.

Tivemos como critérios de exclusão os participantes que (1) não estavam em tratamento ou acompanhamento regular na unidade de Saúde, (2) possuíam condições psiquiátricas, limitações ou debilidades que comprometessem a comunicação e/ou a participação na pesquisa;

Os colaboradores que se dispuserem a participar da pesquisa foram informados sobre a finalidade do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução 466/12 de pesquisa com seres humanos. A pesquisa cumpriu todos os direcionamentos desta resolução e apresentou baixo risco aos participantes.

É importante destacar que a pesquisadora deixou claro que caso a coleta destes dados mobilizasse sentimentos e emoções que demandassem continência e elaboração, a pesquisadora estaria atenta para acolher e dar um encaminhamento adequado a essas questões.

Deste modo, mediante qualquer demanda do participante, a pesquisadora poderia interromper imediatamente a colheita de dados e prestar assistência psicológica imediata, que não veio a ocorrer.

Caso esta demanda emergisse como uma necessidade posterior, a pesquisadora deveria encaminhar o participante ao serviço de assistência psicológica de referência de acordo com a preferência do colaborador, sem que isso acarretasse nenhum ônus ou prejuízo ao participante e/ou instituição, o que também não ocorreu.

Cada participante consentiu sua participação por meio do TCLE e respondeu a uma pergunta inicial, que inspirou e delineou toda narrativa. A partir daí, outras perguntas foram inseridas de modo a possibilitar que a experiência fosse melhor compreendida, para abarcar o objetivo da pesquisa. Os nomes, bem como outros dados dos participantes estão preservados em sigilo para assegurar o anonimato.

Os encontros tiveram duração variável, de acordo com a disponibilidade de cada participante, e ocorreram em dias e horários distintos, convenientes a cada participante.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas, e analisadas. Somente as pesquisadoras (autora e orientadora deste estudo) tiveram acesso às gravações, e ao material transcrito na íntegra.

Os dados referentes à pesquisa poderão ser apresentados em eventos científicos ou publicados em forma de artigo científico, sempre preservando a identidade dos participantes, assegurando seu anonimato.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados à luz da “Analítica do Sentido”, de CRITELLI (1996). Após reunir todos os registros, a análise de dados desta pesquisa se constituiu em quatro momentos. *Num primeiro momento*, leu-se a descrição inteira do que foi colhido e transcrito, afim de identificar um sentido do todo. *Num segundo momento*, fizemos a releitura da descrição, aproximando-nos dos sentidos da experiência, na tentativa de compreender o que é expresso nestes relatos, a partir do nosso existir.

Iniciamos então a constituição dos sentidos e significados que atribuímos. *Num terceiro momento*, “recortamos” e descrevemos os principais significados identificados, é o que chamamos de Tematização (tematizar, neste caso, significa tomar seriamente e estudar de forma sistemática um assunto).

Nesta quarta etapa, após percorrer todas as tematizações, realizamos a análise dos sentidos que emergiram, no qual sintetizamos os núcleos de significado para chegar ao fenômeno que se apresentou, encaminhando o nosso pensar para a ultrapassagem do verbalizado, na tentativa de desvelar o sentido velado nos registros.

Finalmente, estes conteúdos foram submetidos à articulação teórica com produções e estudos que discutem a respeito do tema, num diálogo com diversos autores, por fim, nossas considerações sobre o tema marcam a síntese do trabalho realizado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 04 pacientes, todas do sexo feminino, com idades entre 35 e 42 anos, durante o período de tratamento de quimioterapia referente à recidiva e/ou metástase de neoplasia maligna.

Quanto ao tipo de neoplasia primária 3 tiveram diagnóstico de Neoplasia maligna de Mama e 1 Neoplasia maligna de Ovário. No contexto da recidiva/metástase os participantes apresentaram evolução da doença para a outra Mama, Sistema Nervoso Central, Ovário, Brônquios e pulmões.

A apreciação das narrativas de cada participante possibilitou a compreensão de algumas facetas da experiência ser-com-câncer, a partir da concepção destes pacientes em recidiva oncológica, incluindo suas estratégias de enfrentamento e possibilidades existenciais.

Com base nas respostas obtidas para a questão norteadora do estudo, evidenciaram-se temáticas e subtemáticas de análise.

É importante salientar que esse recorte do estudo é destacado dada a sua relevância contextual, como também para complementar os resultados dos modos de enfrentamento identificados, já que o objetivo principal dessa pesquisa é a compreensão da experiência de enfrentamento do paciente com doença oncológica em recidiva. Vale denotar a importância de compreender mais profundamente esse fenômeno complexo que são os sentidos e significados da experiência ser-com-câncer.

Sendo assim, a análise dos dados possibilitou a identificação de duas temáticas importantes, quanto ao paciente oncológico em recidiva, a saber: os aspectos inerentes à descoberta do câncer, no qual destaca-se o impacto vivenciado em decorrência de seu recebimento e a experiência de dor e tristeza a partir do impacto do diagnóstico.

A segunda temática refere-se ao desvelar a experiência de existir com câncer e as possibilidades existenciais de ser-com-câncer, o convívio e o cuidado recebido nas relações com profissionais de saúde incluindo-se atitudes de enfrentamento em relação ao câncer e a busca por diferentes recursos terapêuticos.

Em relação ao o impacto decorrente do diagnóstico, compreendemos que o sofrimento foi identificado como principal responsável por inibir ou comprometer a participação ativa do paciente em seu processo de adoecimento/tratamento, bem como atividades sociais e produtivas.

Segundo os participantes, entre as prováveis motivações do sentimento de dor e sofrimento estão as alterações na identidade, autoimagem, a convivência com o novo, o desconhecido, as incertezas. Estas se constituíram como maiores dificuldades encontradas pelos pacientes em recidiva que sobrevivem ao câncer.

“É .. fiquei muito triste né? em primeiro lugar... porque eu já tinha passado pela primeira vez, sabia mais ou menos como seria né? e ... veio todas aquelas dúvidas né? se a pessoa vai morrer... é, se... o cabelo vai cair de novo né? aí... é a mesma tristeza... porque é muito desconhecido sabe?” Participante 1

“Fiquei triste né? Abatida. (...) eu cheguei a chorar bastante, (..) Eu sentia ali, aos poucos, como se estivesse morrendo aos poucos na mão de alguém. Eu sentia assim... Eu fiquei muito triste” Participante 2

“eu fui pega de surpresa... No primeiro dia foi uma dificuldade muito grande, foi um momento em que eu vim a chorar... eu não sabia o que era realmente a realidade que eu tava enfrentando”. Participante 3

“Primeiro no dia do diagnóstico foi um susto enorme.. eu fiquei muito triste, quando ele me deu, me falou o resultado do exame eu só chorei, chorei, chorei ,chorei” Participante 4

Além destas, o processo de interação social, e ajustamento psicossocial também foi destacado aliado a sinais e sintomas de ordem psicológica que apontam para depressão, ansiedade e estresse pós-traumático, assim como mudanças e reconfigurações de papéis na dinâmica familiar.

A constatação da recidiva potencializou a experiência de estresse e o sentimento de impotência, demandando esforços extras para a superação do abatimento inicial causado pela informação da reincidência neoplásica, aceitação do diagnóstico e tomada de decisões referentes ao tratamento, considerando os limites e riscos envolvidos (ARRUDA-COLLI e SANTOS 2015).

Os pressupostos de angústia, de medo, de nada e de morte na analítica da existência ocupam um papel estratégico na proposta de

Heidegger. Segundo FEIJOO (2011), o ser-aí, abalizado pelo nada e pela fragilidade ontológica busca a constância, estabilidade e regularidade do mundo que se estabelece em um apoio e suporte. São as circunstâncias limites que, ao entrarem na articulação do ser-aí e mundo, rompem com os sentidos afirmados e solidificados. Nesse contexto a angústia surge como um mobilizador existencial, que acende possibilidades: ou o ser-aí retoma a tutela do mundo e volta àquilo que lhe é familiar, ou perde a tutela do mundo e consolida-se no poder-ser, singulariza-se.

Nessa perspectiva, a angústia não seria então simplesmente um fenômeno psicológico e ôntico, que se refere somente a um ente ou a algo dado, e sim sua dimensão é ontológica, pois nos remete à totalidade da existência como ser-no-mundo (WERLE 2003).

Sob a perspectiva heideggeriana, a angústia assume um cunho existencial essencialmente humano. Somente o homem se angustia, bem como apenas o homem existe e tem uma compreensão do ser.

Na obra *Ser e tempo* o medo também é destacado como um existente fundamental mediante o qual o homem se encontra no mundo. O temor constituiria por assim dizer, uma disposição anímica que nos desvia ou nos afasta de algo que tememos e com isso ao mesmo tempo manifesta o todo do mundo, em sua estranheza e assombro, antes mesmo que possamos realizar um ato de conhecimento desse mundo. Há muito mais força de revelação do mundo no temor do que em qualquer outro tipo de acesso ao mundo. A distinção apontada por Heidegger entre a *angústia* e o *temor* reside exatamente no fato de que a angústia é mais ampla que o

medo. O medo é direcionado a um ente determinado da nossa existência, ao passo que o objeto da angústia, ao qual ela se dirige, é "completamente indeterminado" (HEIDEGGER 1989a).

Em termos mais precisos, o medo é uma disposição central na nossa existência pelo fato de que manifesta o mundo no ato de fuga do ser-aí de si mesmo. Embora o homem tema por algo que é objetivo no mundo, o endereço último de seu temor não é o objeto fora dele, mas sim *ele mesmo*: o homem somente teme *por* algo determinado porque em última instância é ele mesmo afetado e o maior interessado, é como se o medo se voltasse para quem teme e não para o que se teme. O medo volta-se apenas aparentemente para "fora"; na verdade, ele se dirige ao nosso ser íntimo. Três são os elementos existenciais fundamentais que compõem o medo: a) o *diante de que* [*wofür*] tememos algo, que assume o caráter da ameaça. Tememos algo que nos ameaça, seja um ente manual ou a co-presença ou ausência dos outros; b) o *temer* [*fürchten*] enquanto tal, que abre para nós o mundo; c) o *porquê* [*worum*] nós tememos, que se refere ao nosso próprio estar-aí. O temor, por isso, é sempre primeiramente um fenômeno privado, embora também possamos temer por um outro, ao assumirmos o medo do outro, por exemplo, quando este não teme nada. Assim, o temer é também uma forma de estar com os outros, na medida em que tememos por alguém. Por fim, o temor pode ter variações: ele pode ser o que é assustador; pode ser o horror e também a decepção (WERLE 2003, p.105-6)

O Ser-aí, ao estar-no-mundo, vive as possibilidades existenciais inerentes à própria condição humana. Nesse sentido, percebe-se nas falas das participantes a angústia ao saberem que, após um período de bonança com a melhora do estado de saúde justamente quando elas acreditavam que a cura estava próxima, o câncer volta a estar presente em suas vidas.

*“Na primeira, é ... na primeira.... é a gente fica ...como eu falei na inicial... na primeira você tem uma fé que você terminou aquele tratamento você já está curado, e essa última você sabe , você está um pouquinho mais decaído de que a primeira...”*Participante 3

Acerca dessa questão, a literatura aponta que pacientes em tratamento por recidiva, são expostos a inúmeras inseguranças relacionadas ao curso da doença e ao sucesso da terapêutica utilizada, sendo assim, reconhecer as inseguranças e os medos que cercam a recidiva pode auxiliar a equipe interdisciplinar a ampliar o conhecimento acerca desse fato e de seus desafios.

À luz da analítica existencial heideggeriana, compreendemos que na condição existencial, o homem está no mundo independentemente de sua vontade, assim, é exposto a situações não desejadas/planejadas, as quais o deixam à mercê dos acontecimentos. Diante dos episódios frustrantes como o adoecimento, a pessoa pode sentir-se derrotada ante a impossibilidade de ver os sonhos idealizados tornarem-se reais, e invadidos por um sentimento de desterritorialização, de impotência e de estranheza, como se percebe da fala seguinte.

“Me senti muito triste, às vezes não quero viver ... não vejo mais sentido na vida ... por que tanta luta, tanta ... né? mas, no mais tudo igual. É um câncer, quimioterapia e sofrimento... nada mais”

Participante 1

Sobre a diferença entre o enfrentamento no diagnóstico primário e na recidiva, uma paciente salienta:

“Na segunda me sinto muito mais fraca, medo, muito medo”

Participante 4

Para Heidegger, existe uma força potencializadora na angústia e no medo, que é este fenômeno de colocar pela primeira vez a existência humana diante de si mesma, fazendo com que o *Dasein* possa ultrapassar a si mesmo, alcançando uma situação concreta de transcendência. Para o autor "Só na angústia subsiste a possibilidade de uma abertura privilegiada na medida em que ela singulariza. Essa singularização retira o ser-aí de sua decadência, e lhe revela a autenticidade e inautenticidade como possibilidades de seu ser" (HEIDEGGER 1989a, p.255).

Nesse contexto, Heidegger destaca o pressuposto de angústia como a real possibilidade de guinada da existência humana, uma vez que a angústia e a preocupação possibilitam que o homem saia da *inautenticidade*, na qual ele comumente vive, e assuma a *autenticidade da sua existência*. Nesse sentido, compreende-se que à partir da angústia, é possível que o homem faça uma recapitulação de todo o seu existir ao deparar-se com essência finita da existência.

Ao analisarem-se as respostas dos participantes referentes à experiência de enfrentamento frente ao processo de adoecimento pela recidiva neoplásica, identificaram-se quatro principais estratégias de enfrentamento: a primeira diz respeito à espiritualidade/religião, a segunda refere-se ao apoio social/familiar, a terceira consiste no esforço intrapsíquico/resiliência, a quarta diz respeito à compreensão/apropriação do tratamento.

6.1 ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

Uma das estratégias de enfrentamento possíveis da situação das doenças física e mental é o enfrentamento religioso, que utiliza recursos da ordem religiosa para entender a doença e lidar com ela (PARGAMENT 1997).

A religião, espiritualidade ou fé, foi a estratégia de enfrentamento mais incidente nas narrativas dos participantes deste estudo, sendo o primeiro e principal modo de enfrentamento relatado pelos participantes, como se averigua nas narrativas a seguir:

“É... primeiramente eu procurei me apegar a uma fé né? e ... segundo lugar, a família que tem sempre muito importância ... porque se a pessoa não tiver o apoio da família e dos amigos e até da equipe médica também é muito difícil, muito difícil...” Participante 1

“Mas, a gente sabe que tudo é o trabalhar de Deus na vida da gente né? (...) Buscado Jesus! Que é só nele que eu encontro a minha força. Espiritualmente, fisicamente, emocionalmente... Somente Ele! E a causa de eu estar bem aqui, hoje, é Ele” Participante 2

“O que eu busquei pra conseguir? Em primeiro lugar busquei achar força em Deus” Participante 3

*“Cheguei em minha casa ai já cheguei chorando, não escondi de ninguém , na hora que eu cheguei fui dizendo logo que eu já estava, que ia passar na prova mais uma vez, mas já que Jesus tinha permitido essa prova em minha vida, é porque Ele sabia que eu tinha condição de superar, e foi isso que aconteceu...”*Participante 4

Alguns dicionários de etimologia apontam que a origem da palavra "religião" vem do latim religare que significa religar-se, organizar convicções, comportamentos e valores relacionados a uma tradição particular ou comunidade de fé, sendo algo adquirido ou desenvolvido numa determinada cultura ou tradição, onde se inclui a espiritualidade. Outros destacam que o termo veio do latim, religio designava "respeito", "reverência". A palavra deriva de relegere, em que re-, "de novo", está associado ao verbo legere, "ler", abrigando o sentido de "tomar com atenção". Uma pessoa vive a religião quando, uma e outra vez, cuida escrupulosamente de algo muito importante, algo que deve ser cultuado (GABRIEL 2010).

Na literatura a distinção entre religião e espiritualidade consiste na essência e finalidade de cada termo. Para FARIA e SEIDL (2005) o conceito de religiosidade está ligado ao aspecto da formalização como: a adesão a crenças e a práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa. Já a espiritualidade é conceituada pelos autores à partir da relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou uma força superior na qual ela acredita.

Conforme BRUSCAGIN e SAVIO (2008), a religião indica regras e preceitos para a vida particular e familiar com base em suas crenças,

enquanto que a espiritualidade pode ser vivenciada tanto na dimensão mais íntima, particular e subjetiva do sujeito, quanto regulada por instituições religiosas formais, que a espiritualidade agrega um conjunto de valores internos e supõe um senso de significado. O importante, destacam as autoras, é que espiritualidade e religião são extremamente relevantes à experiência humana, independente de ser vivenciada a partir de uma fé pessoal, ou no âmbito do transcendente, ou ainda dentro de um grupo religioso formal.

A religião pode ser definida como um sistema de crenças organizado, que inclui valores morais e a existência de Deus ou de um ser superior, que é partilhado, institucionalizado e leva as pessoas que dele partilham a se envolverem em uma comunidade de fé (BRUSCAGIN e SAVIO 2008, p.27).

Assumir a religião como um recurso de enfrentamento ao adoecimento, mobiliza cognições e motivações que dispõem uma nova configuração da existência e, segundo alguns pesquisadores, podem atingir, mediante o sistema imunológico, a faixa do biológico no homem (COHEN e HERBERT 1996; ELLISON 1998; PAIVA 2007).

Embora os achados empíricos não sejam inequívocos, as resenhas sistemáticas [dos estudos] têm registrado consistentemente que vários aspectos do envolvimento religioso estão ligados a resultados desejáveis da saúde mental (...) Várias investigações recentes, usando rigorosos métodos analíticos, também registram efeitos salutareos de diversos indicadores de envolvimento religioso numa ampla gama de resultados de saúde física e mental (ELLISSON 1998, p.692).

Pode-se compreender, sob a perspectiva da psicologia, que esses achados apontam para a força potencializadora da religião em promover saúde, além de favorecer o sentimento de auto-estima, segurança, autoconfiança e provavelmente, no processamento psiconeuroimunológico.

“O que me facilita é porque eu quero passar, quero não...eu tenho de passar pra outas pessoas, principalmente pra mim como realmente Deus existe e ... e ... e assim, em nome do Senhor Jesus eu vou ter uma cura e vou ter uma vida não normal 100%, mas que eu vou ter pelo menos 50%”. Participante 3

Se o paciente, consegue dar ao adoecimento que o aflige uma significação e importância garantidas pela fé, ele certamente produz novos significados dessa experiência, atribuindo-lhe um novo sentido e uma nova atitude.

De acordo com a abordagem heideggeriana, a experiência religiosa é uma busca que não se caracteriza por uma experiência desvinculada da história humana nem do mundo em que ele está posto. A fé que viabiliza a compreensão religiosa, já que é denotativa da experiência afetiva entre o homem e o divino (DREHER 2003).

Os estudos em Psicooncologia citados por TEIXEIRA (2003), têm apontado para a importância de se deter mais acuradamente sobre o sistema de crenças do paciente oncológico. “Crenças”, em Psicooncologia,

não são necessariamente religiosas, mas referem-se àquilo em que os pacientes acreditam, associados ou não a religiões.

Os estudos de PARGAMENT et al. (1998) trouxeram ampla contribuição ao campo da saúde mental, à medida que apontam os diferentes resultados apresentados de acordo com o uso ou não uso da religião como modo de enfrentamento. De acordo com os autores, padrões positivos de respostas de enfrentamento associam-se mais ao crescimento psicológico e espiritual, à avaliação positiva da qualidade de vida e à redução de sintomas indicativos de dificuldades emocionais.

Em contrapartida, padrão negativo de enfrentamento religioso associa-se a sintomas de depressão, concluindo-se assim, que o enfrentamento religioso tanto pode representar uma estratégia adaptativa quanto se transformar em um elemento estressor quando utilizado via padrão negativo.

Conforme FARIA e SEIDL (2005), a religião tanto pode favorecer a adoção de comportamentos saudáveis: por exemplo, redução do consumo de álcool e outras drogas como também a não-adesão a práticas preventivas, devido ao desenvolvimento de um otimismo irrealista relativo à proteção divina, ao compreenderem os eventos de suas vidas como integrantes de um propósito superior, confiando que tudo ocorre de acordo com os critérios de uma força superior. Além disso, alguns acreditam que eventos estressantes em suas vidas possam levá-los a um crescimento pessoal e equilíbrio.

O suporte espiritual parece estar também relacionado à aceitação da doença e aos significados do câncer construídos nestes grupos, uma vez que estes se associam às noções de adequação e merecimento para desenvolver a doença. A estratégia "aceitar a doença", que pode se confundir com "racionalizar a doença", é a apontada tanto por pacientes quanto por familiares como uma forma eficiente de lidar com o câncer. Há uma tendência em considerar que a "revolta" implica a não-sobrevivência ao câncer (TAVARES e TRADE 2010, p.1.353).

Frequentemente, observa-se que em algum momento da enfermidade, o paciente oncológico opta por se distanciar de sua real identidade, vivenciando uma identidade de transição que pode perdurar durante todo o tratamento. Este novo modo de existir vem tatuado de condições físicas e emocionais experienciadas durante o curso da doença.

Esta nova condição, desencadeia-lhe insegurança, incertezas e sentimentos de ambiguidade, demandando a partir daí, a necessidade de ater-se à tradição das crenças e rituais religiosos.

“É a minha fé, a minha fé que é muito grande em Deus. Vou muito as missas, a igreja, conversas com minha amigas também, mas o principal, o principal é a minha fé, as minhas orações, os meus terços que eu faço, minhas novenas, é aí onde eu encontro, eu encontro a força maior em minha religião.” Participante 4

Nesta perspectiva, o envolvimento ou maior frequência nas atividades de cunho religioso e/ou espiritual conduzem o sujeito à aquisição de segurança e força que o impulsionam para uma possível melhora, já que a partir daí, ele consegue ressignificar a vida e a experiência de adoecimento.

AQUINO e ZAGO (2007) apontam a espiritualidade como uma construção singular, uma expressão da identidade subjetiva à luz da própria história, que por estas razões proporciona alívio ao sofrimento do indivíduo à medida em que possibilita mudanças na perspectiva subjetiva sobre como cada pessoa percebe o adoecimento. Neste caso, o paciente oncológico reestabelece seu foco aos novos aspectos de sua experiência ou mesmo começa a entender essa vivência por uma nova perspectiva.

Deste modo, a mudança positiva ocorrida, a redução do sofrimento ou mesmo a remissão da doença e a sobrevida não se estabelecem como um retorno ao período que antecede o adoecimento, ao contrário, se constitui com a inserção deste mesmo sujeito numa nova conjuntura, qual ele atribuiu novos sentidos e significados.

“Então se você entrega sua vida, entrega o seu problema na mão de Deus, você não tem que ter medo. Você tem que dar a ele que ele resolve porque Deus pode tudo”. Participante 4

De acordo com os estudos de HOLLAND (1990), referido por TEIXEIRA (2003) a religiosidade, assim como a espiritualidade contribuem de forma ativa no combate às ideias errôneas sobre a doença, além disso, as convicções religiosas podem prover significado e perspectiva, consentindo ao paciente fortalecer-se para o enfrentamento.

Corroborando esses dados, os estudos de MICKLEY et al. (1992), também mencionados por TEIXEIRA (2003) a religião de forma geral, ocupa

um espaço fundamental na vida das pessoas. Os autores destacam que a religiosidade possibilita que as pessoas encontrem o significado e a coerência no mundo, incluindo-se aí pacientes de adoecimentos crônico ou de patologias mais severas.

6.2 APOIO SOCIAL/FAMILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

O suporte social e familiar pode ser compreendido como o apoio de “outras pessoas que transmite preocupação emocional, auxílio material ou retorno honesto a respeito de uma situação” (STRAUB 2005).

A segunda estratégia mais apontada pelos participantes deste estudo foi o apoio ou suporte social e familiar como modo de enfrentamento à recidiva da doença. Segundo as participantes, o apoio da família é um fator imprescindível para o bem estar e segurança durante esse processo.

A família destaca-se como uma das principais redes de suporte social do paciente nas diferentes fases do tratamento, desde o diagnóstico até o desfecho do tratamento, seja para remissão da doença, ou para a morte (MCDANIEL et al. 1994).

O apoio familiar pode colaborar significativamente com o paciente ao passo que o auxilia a lidar melhor com o estresse associado ao protocolo de tratamento, cujas reações podem desencadear alterações diversas, tanto psicológicas, de autoimagem, quanto físicas, acompanhadas de dor, vergonha e medo. Em suma, a família cumpre o papel de prover o suporte

emocional, além de desempenhar outras tarefas complexas, como tomada de decisão, comunicação com a equipe de saúde e acolhimento e escuta do paciente, assumindo responsabilidades dos cuidados de saúde com intuito de restabelecer o equilíbrio do grupo (HOLLAND e ROWLAND 1990; SANT'ANNA 1997; TAVARES 2005; AMBRÓSIO e SANTOS 2011).

Na maioria dos casos, a primeira atitude da família, após o diagnóstico, é priorizar a sobrevivência e qualidade de vida do paciente, buscando a união e uma reconfiguração de funções e papéis no grupo, com finalidade de atender as demandas do paciente. Se o paciente evolui para a fase paliativa, a família atenta-se para a disciplina e habilidades necessárias para tolerar os tratamentos. Quando há evidência ou confronto com a iminência da morte as precauções são focadas nos cuidados paliativos e luto (QUEIROZ e GIMENES 1997; BROMBERG 1998; SANTANA 2000).

“Existe ficar mais próxima da minha família. Hoje eu quero ter mais eles por perto, minhas netinhas que eu amo demais! Meus filhos e minha família em geral, eu sempre busco estar com eles, eu sempre procuro ali um cantinho pra eu me sentir melhor...é lá onde eu encontro, assim, um refúgio” Participante 4

Corroborando outros estudos dispostos na literatura, esta pesquisa averiguou, por meio da narrativa dos colaboradores, que o núcleo familiar constitui um espaço de cuidado e apoio social fundamental.

“Minha família, graças a Deus é uma benção. Meu esposo, meus filhos, minha irmã (...) Com certeza! Isso é o que facilita... A família! Então... se eu procurasse alguma pessoa e não tivesse apoio de ninguém, seria mais difícil. Mas, graças a Deus, eu tenho um apoio muito grande da minha família.” Participante 2

Quando paciente reconhece o suporte familiar e social nas situações adversas, ele encontra aí recursos para enfrenta-las de maneira mais eficaz. Por outro lado, negar a doença e todas as afetações da enfermidade, embora seja uma estratégia utilizada por familiares e pacientes, é uma postura preocupante, uma vez que inibe a adoção de estratégias de enfrentamento apropriadas. Este modo de enfrentamento é um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida de pacientes e familiares.

“E daí graças a Deus o tratamento está dando certo, tive apoio da minha família e também dos meus amigos, bastante apoio eu tenho graças a Deus e os médicos são muito bom comigo.” Participante 3

MCEWEN (2003) aponta em algumas de suas pesquisas, que o suporte familiar e social pôde estender moderadamente a sobrevivência dos pacientes nos grupos em que havia essa interação e apoio, constatando também uma melhora na qualidade de vida dos pacientes. Conforme o autor, mesmo que a morte seja um desfecho já esperado, o suporte social, onde se inclui família, amigos e médicos, podem garantir qualidade de vida

aos dias finais do paciente. Nesse sentido, os pacientes podem, com o grupo de apoio social, se valer desses recursos para enfrentar a mudança e manter a estabilidade emocional.

Nessa perspectiva, compreende-se o apoio social como aspecto relevante para o bem-estar, otimização do processo de recuperação dos pacientes, aumento da sobrevida, diminuição da instabilidade emocional em casos paliativos, além de menor vulnerabilidade à doença e mortalidade.

Alguns estudos evidenciam a eficácia do suporte social e familiar, destacando que essa eficiência pode ser compreendida a partir de duas proposições: a hipótese da proteção, onde o suporte social abrandaria os efeitos do estresse de forma implícita, auxiliaria o indivíduo a enfrentá-lo da melhor maneira. E a proposição do efeito direto, segundo a qual o suporte familiar e social causaria efeitos benéficos seja em momentos estressantes ou não (STRAUB 2005). Em suma, o apoio social parece facilitar indiretamente o crescimento pessoal, por meio da redução da incerteza parental e do encorajamento do enfrentamento.

6.3 ESFORÇO INTRAPSÍQUICO/RESILIÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

A terceira estratégia de enfrentamento mais destacada nas narrativas dos participantes deste estudo foi o esforço intrapsíquico, também compreendido neste contexto como atitude de resiliência perante o problema.

O Esforço intrapsíquico consiste no empenho que permite ao paciente desenvolver estratégias como negar, esquivar-se do problema, intelectualizá-lo, a fim de regular suas emoções diante da ameaça da doença.

Para MURTA e TRÓCCOLI (2005), o esforço intrapsíquico consiste nas auto-afirmações positivas que resultem na interpretação realística das situações. Ou seja, o sujeito se encoraja para uma avaliação fidedigna e lógica da situação, apreciando pontos negativos e positivos de uma experiência, em vez de paralisar na compreensão negativa de tudo. Isso conduz à minimização dos pensamentos catastrofizantes mitigando sinais e sintomas que apontam para estados emocionais compatíveis com ansiedade, estresse, depressão.

Pode-se compreender a resiliência como uma atitude de esforço intrapsíquico. A resiliência é um termo oriundo do latim *resiliens*, e consiste na capacidade de voltar ao seu estado natural, principalmente após alguma situação crítica e fora do comum: Capacidade que um indivíduo ou uma população apresenta, após momento de adversidade, conseguindo se adaptar ou evoluir positivamente frente à situação (BRANDÃO et al. 2011).

De acordo com a perspectiva psicológica, a resiliência pode ser compreendida como a capacidade de o sujeito lidar com problemas, enfrentar as mudanças, resistir à pressão de situações adversas, superar obstáculos sem que isso necessariamente venha desencadear transtornos psicológicos ou surto psicológico, emocional ou físico, uma vez que o sujeito

consegue encontrar soluções estratégicas para enfrentar e superar as adversidades (ARAUJO e MELO 2011).

Através dessa experiência, os pacientes reconhecem melhor suas necessidades, vontades e desejos, reavaliam suas perspectivas em relação ao adoecimento, reconstroem seus pensamentos, reavaliam positivamente a situação estressora vivenciada, e encontram um caminho melhor diante do sofrimento experienciado, acreditando em si fortalecendo suas próprias ações e pensamentos, numa atitude e de estima e de confiança em si.

“Hoje não, hoje eu tenho consciência do que é um câncer, principalmente no estágio que está o meu, mas... A esperança (choro)... eu quero viver, eu quero, eu quero ser feliz... e a gente nunca pode desistir, nunca pode desistir... tem que buscar... tem que acreditar, tem que ... cada dia, é um dia diferente, nunca o mesmo dia vai ser igual ao outro...” Participante 1

“mas, aí eu busco não tá perto de pessoas com pensamentos negativo, eu gosto de tá perto de pessoas que pense sempre que eu tô curada...” Participante 3

A partir desta estratégia de enfrentamento, os participantes chegaram à conclusão de que, apesar das incertezas existentes no aqui-agora, é possível buscar uma motivação apreendendo não só os prejuízos da

experiência, mas também o aprendizado e a produção de sentido dessa vivência.

“Eu não paro para estar pensando, com pensamentos ruins (...) Tem um ditado né? Que mente desocupada é oficina do diabo, isso é verdade, a gente tem que ocupar a vida da gente com alguma coisa. Você não pode estar entre quatro paredes, pensando em morrer, pensando que tudo isso é o fim. Não! Isso não é o fim. Às vezes, tudo isso é um começo né? Na vida da gente, de grandes coisas na frente, coisas melhores.” Participante 2

Quando perguntada sobre o que a motiva e a impulsiona para se sentir melhor e traçar estratégias de enfrentamento mais eficazes, a participante responde:

“É estar melhor né? Se sentir melhor... eu acho que todos procuram uma melhora na vida né?” Participante 2

“eu fui buscando mais coragem” Participante 3

Quando indaga sobre ter havido algo que a ajudou para enfrentar aquela situação, a participante destaca:

“Focar no meu tratamento é o meu objetivo, eu sempre vou dormir e acordo com o meu objetivo. Hoje, eu coloquei isso na minha cabeça, pra mim é minha vida... Então eu busco, eu vou dormir com esse pensamento e já acordo com ele... amanhã eu tenho que acordar cedo e já vou atrás disso” Participante 3

Neste sentido, o paciente pode encorajar-se a realizar uma avaliação lógica da situação, para que se minimizem pensamentos negativos e catastróficos, ao tempo em que se eleva senso de segurança e eficácia, e atenua a instabilidade emocional e ansiedade, conduzindo-os ao entendimento dos pontos positivos e negativos de uma situação, ao invés de compreender tudo pela ótica negativa (MURTA e TRÓCCOLI 2005).

Por outro lado, sabe-se também que a cobrança social por “pensamentos positivos” e sorrisos frente à doença pode gerar desconforto e sentimento de culpa nos pacientes.

6.4 COMPREENDER/APROPRIAR-SE DO TRATAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

A busca de informação refere-se à atitude do paciente em agregar conhecimentos relevantes para a resolução da situação adversa, a partir de uma ação direta - conjunto de atitudes assumidas pela pessoa a fim de lidar com as questões decorrentes do adoecimento – e da contenção de outras ações impulsivas.

A quarta estratégia de enfrentamento mais apontada nas narrativas dos participantes deste estudo foi a busca por informações e maior conhecimento em relação ao tratamento e peculiaridades da doença.

Buscar informações, compreender o tratamento pode auxiliar o paciente a fortalecer suas convicções de que o tratamento a que está sendo submetido é eficaz, isso proporciona a segurança ao paciente de que ele tem recursos pessoais para lidar com a doença, começando a reverter sua postura apática em relação a esta experiência, e em particular sua enfermidade.

Essa estratégia pode ser facilitada por profissionais de saúde, quando se propõe a explicar e transmitir as informações necessárias para que o paciente sinta-se mais seguro e diminua os sentimentos de medo e ansiedade.

Essa é uma perspectiva psicoeducativa em saúde que pode ser compreendida como uma intervenção educativa realizada sob uma perspectiva psicológica.

A intervenção psicoeducativa consiste numa modalidade de intervenção individual ou coletiva (um conjunto de pessoas que partilham um mesmo problema), de curta duração, que tem por finalidade proporcionar um suporte informativo (fornecer informação útil e instrumental sobre determinada temática) e um suporte emocional (espaço de cuidado e acolhimento à expressão das emoções). A partir da perspectiva psicoeducativa, o paciente compreende todo o processo ao qual será submetido e consegue lidar com as mudanças da nova rotina, buscando

recursos e meios para enfrentar as situações adversas, ao invés de adotar uma postura apática, de vitimização ou desistir.

Ao analisar a narrativa dos participantes, percebeu-se que a situação de adoecimento não era algo incorporado em sua existência. Na literatura, é possível averiguar que, ao conviver com o câncer, as pessoas sentem-se temerosas diante de um porvir impreciso e se questionam acerca da doença ter invadido suas vidas. Diante disso, a inquietação constitui os sujeitos dentro de suas próprias temporalidades, pois vive-se essa experiência não planejada ao passo em que recordando seu vigor de terem sido saudáveis.

Muito embora o sentimento de impotência e medo diante do desconhecido possa paralisar o sujeito para enfrentar a experiência, o sentido de curiosidade diante do desconhecido pode o lançar para novas perspectivas diante da vida.

Para HEIDEGGER (2008), o fenômeno do medo pode ser analisado por meio da analítica existencial, sob três perspectivas, e um aspecto estudado entre elas é "de que se tem medo" ou pavor. O ser humano tem medo de um ente que vem ao seu encontro dentro do mundo, seja ele um ente simplesmente dado ou representado por outros seres aí. Assim, compreende-se que "ter medo por ou ter medo de alguma coisa sempre abre de modo igualmente originário o ente intramundano em sua possibilidade de ameaçar e o ser-em no tocante ao estar ameaçado".

Perante essa consideração, com a atenção voltada às narrativas dos participantes, eles se referem ao câncer como um ente simplesmente dado,

que veio ao encontro dos mesmos, trouxe consigo, além da angústia e sofrimento provocados pelo tratamento, a ameaça amedrontadora de morte.

Conhecer o problema é uma tentativa de manejar a situação estressante, na medida em que consegue se aproximar do problema, quer seja por meio do acúmulo de informações sobre a doença e conseguinte planejamento sobre como lidar com a mesma, quer seja por uma série de outras variações que denotam um enfrentamento cognitivo.

“...As informações né? que vem... na primeira vez eu fiz um tratamento em Recife e não tinha esse acompanhamento, por exemplo... psicóloga, nutricionista... era aquela coisa mais seca... quimio, casa né? Hoje, vamos dizer que entre aspas dá pra lidar com mais facilidade né? Mais informação, e quando a gente tem mais informação a gente tem mais força né? na luta...” Participante 1

“Focar no tratamento. Pra mim, hoje em dia eu ligo tudo, tudo que tiver que fazer eu ligo. Meu pensamento só é buscar minha saúde, correr atrás de informações novas, tudo que puder me ajudar”
Participante 3.

A responsabilidade da equipe de saúde nessa estratégia adotada pelo paciente, consiste em despertar no paciente a noção de que ele deve participar ativamente de seu processo saúde-doença, e que a busca por estratégias de enfrentamento é uma possibilidade de cuidar de si.

A partir da analítica existencial heideggeriana, o medo do desconhecido, o sentimento de impotência perante o novo, ou seja, essa aproximação do amedrontador pertence à estrutura do encontro do Ser-aí com o ente que ameaça. Essa intimidação subitamente abate o ser-no-mundo e o medo pode evoluir para um pavor ou mesmo pânico, uma agonia súbita que envolve o ser humano em seu existir-no-mundo. Na narrativa dos participantes é possível constatar a agonia ao relatarem suas vivências ante a incerteza do porvir de da situação de adoecimento, vivendo a dúvida, como se o medo ou pavor o indesejável fosse lhes importunar a qualquer momento.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da experiência de enfrentamento do paciente que vivencia a recidiva de uma neoplasia maligna, as situações adversas, bem como o delineamento das estratégias de enfrentamento adotadas para amenizar o impacto do estresse, são temas fundamentais para aprimoramento de intervenções e favorecimento da qualidade de vida dos pacientes, podendo prover importantes subsídios para o planejamento de programas de enfrentamento e preventivos (STRAUB 2002).

Este estudo é uma experiência de pesquisa, um recorte da realidade a partir das condições e características locais. Foi possível alcançar os objetivos pretendidos nesta pesquisa. Uma das limitações, é que este estudo focalizou as experiências narradas por pacientes em atendimento na instituição em que foi realizado – excluiu, portanto, pacientes que não estavam em tratamento.

Por meio desta pesquisa foi possível compreender a experiência de enfrentamento de pacientes com recidiva oncológica, bem como identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos colaboradores que narraram suas experiências.

Foi possível compreender, a partir das narrativas dos participantes que, a experiência de recidiva desencadeia sentimentos de frustração, fracasso, angústia, dor e medo. E que perante esse sentimento de desalojamento e insegurança cada pessoa apresenta um sentido singular

ao longo das narrativas, revelando quão própria é essa experiência para cada sujeito.

Destaca-se que o cuidado em psicooncologia consiste em permitir auxiliar o paciente e familiares a identificar e mobilizar meios de cuidado, informações, busca de soluções dos problemas; permitir tomadas de decisões sobre o tratamento proposto; e levar a pessoa ao autocuidado dentro do possível; viabiliza espaço para que o paciente compartilhe sentimentos, e permite auxiliar o paciente na compreensão e enfrentamento das mudanças causadas pelo tratamento.

O conhecimento das estratégias narradas pode contribuir para ampliar o conhecimento do tema, ainda pouco explorado na área e no contexto estudados, podendo trazer contribuições aos profissionais da saúde no aprimoramento do cuidado ao paciente oncológico.

Em geral, as mudanças decorrentes do adoecimento e do tratamento devem ser incorporadas de forma gradual, tanto pela família como pelo paciente. Há certos períodos que são mais estressantes, e de difícil elaboração e difícil enfrentamento. O apoio familiar e social, a espiritualidade/religiosidade, o atendimento humanizado, a possibilidade de buscar informações e compreender o tratamento foram relevantes ao enfrentamento destes períodos no contexto estudado.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu KL, Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. **Psicol Ciência Profissão**, Brasília 2002; 22:22-9.

Adler R, Cohen N. Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. **Ann Rev Psychol** 1993; 44:53-82.

Almeida AM, Mamede MV, Panobianco MS, Prado MAS, Clapis MJ. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev Latino-Am Enferm** 2001; 9:63-9.

Amatuzzi MM. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos Psicol**, Campinas 2009; 26:93-100.

Amatuzzi MM. Esboço de uma teoria do desenvolvimento religioso. In: Paiva GJ, editor. **Entre necessidade e desejo: diálogos da psicologia com a religião**. São Paulo 2001. p.25-52.

Ambrósio DC M, Santos MA. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** São Paulo 2011; 27:475-84.

Andrade NA, Morato HTP. Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. **Estudos Psicol**, Natal-RN 2004. 9: nº.2.

Andrade NA. **A angústia frente ao caos: um estudo genealógico da formação do psicólogo clínico**. São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado-Pontifícia Universidade Católica PUC/SP].

Angelo M, Moreira PL, Rodrigues LMA. Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. **Rev Enferm São Paulo** 2010; 14:301-8.

Aquino VV, Zago MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev Latino-Am Enferm** 2007. 15:42-7.

Araujo CA, Mello MA, Rios AMG. **Teoria e práticas de pesquisa em psicologia**. São Paulo; Ithaka Books: 2011. Resiliência; p.6-17.

Arruda-Colli MNF, Santos MA. Aspectos psicológicos da recidiva em oncologia pediátrica: uma revisão integrativa. **Arq Bras Psicol** Rio de Janeiro 2015; 67:75-93.

Backes DS, Lunardi VL, Lunardi FWD. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-Am Enferm** 2006; 14:132-5.

Bandeira MF, Barbieri V. Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** 2007; 23:295-304.

Barbosa MR, Santos FU, Barbosa MR. Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. **Rev Bras Ter Cognitiva** 2012. 8:10-8.

Bernik V. Stress: the silent killer. **Rev Eletrônica Cérebro e Mente** 1997. [periódico online] Disponível em: <URL:<http://www.epub.org.br/cm/n03/doencas/estrese.htm>> [2016 ago 6].

Bovbjerg DH. Psychoneuro immunology: implications for oncology? **Cancer** 1991; 67:828-32.

Bock AMB. **Psicologia e saúde: desafio às políticas públicas no Brasil**. Vitória: Editora da Universidade Federal do Espírito Santo; 2007.

Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia** Ribeirão Preto 2011; 21:263-71.

Bromberg MHPF. Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe, pacientes e família. In: Carvalho MMMJ, organizadora. **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summu; 1998. p.186-231.

Bruscagin CA, Savio A. Religiosidade na prática clínica: construindo diálogos com o cliente religioso. In: Bruscagin C, Savio A, Fontes F, Gomes DM editores. **Religiosidade e psicoterapia**. São Paulo: Roca; 2008.

Campos EMP. A psico-oncologia. **Bol Academia Paul Psicol** São Paulo 2010; 30:440-9.

Cabral BEB, Morato HTP. Considerações metodológicas a partir da formulação de uma questão para pesquisa. **Interlocuções – Rev Psicol UNICAP**, Recife 2003; 3:155-76.

Canaverde NR. **Metástase de câncer de mama: eficácia adaptativa e funcionamento global**. Uberlândia; 2011. [Dissertação de Mestrado- Universidade Federal de Uberlândia].

Capitão CG, Zampronha MAG. Câncer na adolescência: um estudo com instrumento projetivo. **Rev SBPH** 2004; 7:16.

Carvalho MMMJ. **Introdução a psicooncologia**. São Paulo: Editora Livro Pleno; 2003. Câncer como ponto de mutação. p.280-5.

Chaves SBL. **Auditoria operacional aplicada à qualificação da rede de oncologia: um estudo a partir da experiência da Secretaria de Saúde de Pernambuco no período de 2010 a 2012**. Recife; 2013. [Dissertação de Mestrado-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães]

Coelho FRG. **Recidiva do câncer**. 2008. Disponível em: <URL:<http://www.cito.med.br/?menu=artigos&idcat=8&idmenu=82&idartigos=572>> [2017 ago 29]

Coelho FRG. O controle do câncer. In: Brentani MM, Coelho FRG, Kowalski LP. **Bases da oncologia**. São Paulo: Editora Lemar; 1998. p.1-22.

Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. **Estud Psicol** 2006; 11:209-16.

[CFP] Conselho Federal de Psicologia. **Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a profissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

Cohen S, Herbert TB. Health Psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. **Ann Rev Psychol** 1996; 47:113-42.

Cohen S, Rabin BS. Psychologic stress, immunity, and cancer. **J Nat Cancer Inst** 1998; 90:3-4.

Costa P, Leite RCBO. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias multiladoras. **Rev Bras Cancerol** 2009; 55:355-64.

Coutinho SMG, Costa J, Áderson L, Kanitz S. Manejo de variáveis psicológicas no tratamento do câncer em crianças: algumas contribuições da psiconeuroimunologia. **Estud Psicol** Campinas 2000; 17:33-42.

Critelli DM. **Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. São Paulo: EDUC, Ed. Brasiliense, 1996.

Critelli DM. **Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2007. Sobre a investigação; p.27-42.

Doron R, Parot F. Psicologia clínica: dicionário de psicologia. São Paulo; Ática; 1998. p.144-5.

Dreher LH. **A essência manifesta: a fenomenologia nos estudos interdisciplinares da Religião**. Juíz de Fora: Ed UFJF; 2003.

Ellison CG. Introduction to symposium on religion, health and well-being. **J Scientific Study Religion** 1998; 27:692-4.

Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicologia: Reflexão Crítica** 2005; 18:381-9.

Feijoo AMLC. A Clínica da seinsanalítica: considerações preliminares. **Rev Abordagem Gestalt** 2011; 17:30-6.

Ferreira ABH. **Novo Aurélio século XXI O dicionário da língua portuguesa**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2005a. Recidiva; p.1378.

Ferreira ABH. **Novo Aurélio século XXI O dicionário da língua portuguesa**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2005b. Enfrentamento; p.125.

Figueiredo LC. **Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos**. São Paulo: EDUC; 1995.

Folkman S, Lazarus R, Gruen R, Delongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. **J Pers Soc Psychol** 1986; 50:571-9.

Folkman, S, Lazarus, RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **J Health Social Behavior** 1980; 21:219-39.

Franco MHP. Luto em cuidados paliativos. In: Oliveira RA, coordenador. **Cuidado paliativo**. São Paulo: CREMESP; 2008. p.559-71.

Franks LM. O que é câncer. In: Franks LM, Teich N, organizadores. **Introdução a biologia celular e molecular do câncer**. São Paulo: Roca; 1990. p.1-24.

Gabriel P. **Palavras e origens: considerações etimológicas**. 2º ed. São Paulo: Saraiva; 2010.

Gelain IJ. A humanização do hospital. **Rev Paul Hosp** 1990; 16:3-7.

Gimenes MG. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Psy II; 1997. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia; p.111-47.

Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cad Saúde Pública** 2002; 18:197-204.

Heidegger M. **Ser e tempo**. 8ª ed. Trad. de M. S. Cavalcanti. Petrópolis: Vozes; 1989a. (Obra original publicada em 1927).

Heidegger M. **Que é metafísica?** Trad. de E. Stein. São Paulo: Abril Cultural; 1989b.

Heidegger M. **Ser e tempo**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Henriques FA. O aprendizado após a juventude: discutindo o conceito de "adulto" e as tendências pedagógicas modernas. **Rev FACEVV** 2009; 2:16-21.

Holland JC. The roles of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. **Psycho-Oncology** 1990; 8:14-26.

Johnston PG, McDermott U. Princípios e prática da oncologia. In: Oncologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.1-9.

Keleman S. **Padrões de distresse**. São Paulo: Summus; 1989/1997.

Kiecol T, Glaser JK, Glaser R. Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. **Psychosomatic Med** 1995; 57:269-74.

Kiecol T, Glaser JK, Glaser R. Mente e imunidade. In: Goleman D, Gurin J, organizadores. **Equilíbrio mente – corpo**. Rio de Janeiro; Editora Campus; 1997. p.33-52.

Kovács MJ. A morte em vida. In: Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho VA, organizadores. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.11-33.

Kovács MJ. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In: Cassorla RMS, organizador. **Da morte**. Campinas: Papirus; 1991. p.79-103.

Kroeff M. O câncer é curável? 1947; 1:77-8. **Rev Bras Cancerol** 2004; 50:5-6.

Kübler-Ross E. **Sobre a morte e o morrer**. 7ª ed. Trad. de P. Menezes. São Paulo: Martins Fontes; 1996. Atitudes diante da morte e do morrer; p.23-50.

Kübler-Ross E. **Sobre a morte e o morrer**. Trad. de P. Menezes. São Paulo: Martins Fontes; 1998. (Texto original publicado em 1969).

Lazarus RS, Folkman S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Pu; 1984. The concept of coping; p.95-113.

Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. **Am Psychol** 2000; 55:665-73.

Lima AS, Silva VKBA, Collet N, Reichert APS, Oliveira BRG. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm** 2010; 19:700-8.

Lima DF. **Algumas considerações sobre a escuta na abordagem fenomenológica existencial**. Manaus; 2003. Mimeografado.

Marques-Deak A, Sternberg E. Psiconeuroimunologia: a relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. **Rev Bras Psiquiatr** São Paulo 2004; 26:143-4.

Mcdaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. **Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde**. Porto Alegre; Artes Médicas; 1994. Os desafios da doença crônica; p.179-204.

Mcewen BS. Mood disorders and allostatic load. **Biol Psychiatr** 2003; 54:200-7.

Melo LL, Valle ERM. E a luz está se apagando: vivências de uma criança com câncer em fase terminal. **Rev Bras Enferm** Brasília 1999; 52:566-75.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva** 2012, 17:621-6.

Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. **Image - J Nurs Scholarsh** 1992; 24:267-72.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília; 2001. [Série C. Projetos, Programas e Relatórios, nº 20].

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O câncer no Brasil: determinantes sociais e epidemiológicos**. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2013: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

Moreira V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicol Estudos** 2010; 15:723-31.

Moraes MC. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Carvalho MMMJ, coordenador. **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy; 1994. p.57-63.

Murta SG, Tróccoli BT. Manejo de estresse ocupacional na perspectiva da área de avaliação de programas. **Rev Estud Psicol** 2005; 10:167-76.

Nogueira JHV, Freitas LG. Psicodinâmica do estresse: estudo com trabalhadores de pesquisa, desenvolvimento e inovação. **Rev Psicol Organizações Trabalho** 2015; 15:133-45.

Oliveira MM. **Clínica, experiência e sentido: narrativas de plantonistas**. São Paulo; 2006. [Dissertação de Mestrado-Universidade de São Paulo].

Oliveira GS, Cunha AMO. Breves considerações a respeito da fenomenologia e do método fenomenológico. **Cad FUCAMP** 2008; 7:13-23.

Paiva GJ. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. **Estudos Psicol** Campinas 2007; 24:99-104.

Paiva GL. Psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. **Psicol Teoria Prática** 1998; 14:27-34.

Pacciullo AM. **Estratégias de enfrentamento do tratamento quimioterápico na perspectiva de crianças com câncer hospitalizadas**. Ribeirão Preto; 2012. [Dissertação de Mestrado-Universidade de São Paulo USP].

Pargament KI. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: Guilford Press; 1997. Religious coping among religious; p.59-71.

Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez LM. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Sci Study Relig** 1998; 37:710-24.

Peçanha DLN. Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: Carvalho VA, Kovacs MJ, Franco MHP, editores. **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus; 2008. p.209-17.

Peres RS. **Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica**. Ribeirão Preto; 2008. [Tese de Doutorado-Universidade de São Paulo USP].

Pessini L, Bertachini L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola; 2004. A humanização do cuidar e o desafio de cuidar do ser com competência humana e científica; p.1-4.

Pimenta CAM. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paul Enferm** 2010; 23:7-8.

Portela MA. A crise da psicologia clínica no mundo contemporâneo. **Estudos Psicol** Campinas 2008; 25: 131-40.

Queiroz E, Gimenes MGG. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MG, organizadora. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Psy II; 1997. p.173-95.

Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicol Ciên Profissão** 2003; 23:32-41.

Santana ADA. **Cuidados paliativos ao doente oncológico terminal em domicílio: representações sociais da família**. Salvador; 2000. [Dissertação de Mestrado-Universidade Federal da Bahia UFBA].

Sant'anna DB. A mulher e o câncer na história. In: Gimenes MG, organizadora. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Psy II; 1997. p.43-70.

Silva FO. **Musicoterapia com adolescentes portadores de câncer: um caminho para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao estresse**. Goiânia; 2008. [Dissertação de Mestrado-Universidade Federal de Goiás]

Silva NM. A dimensão regulatória da psicologia clínica: o impacto da racionalidade dominante nas relações terapêuticas. **Estud Psicol** Natal 2005; 10:73-81.

Silva LC. **O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica**. São Paulo; 2007. [Tese de Doutorado-Universidade de São Paulo]

Silva EF, Santos SEB. Fenomenologia existencial como caminho para pesquisa qualitativa em psicologia. **Rev NUFEN** 2017; 9:3:110-26.

Silva TCO, Barros VF, Hora EC. Experiência de ser um cuidador familiar no câncer infantil. **Rev RENE** 2011; 12:526-31.

Staliano P, Araujo TCCF. Estudos e pesquisas em psico-oncologia: levantamento realizado no Portal PePSIC. **Rev SBPH**, Rio de Janeiro 2009; 12:54-68.

Straub RO. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2005. Estresse; p.114-89.

Straub RO. Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. **Nurs Res** 1989; 38:46-9.

Tarabay CH. Aconselhamento genético em câncer. In: Costa CL, Nakamoto LH, Zenil L, editores. **Psicooncologia em discussão**. São Paulo: Lemar; 2009. p.243-65.

Tavares JSC, Trad LAB. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciêns Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro 2010; 15:1349-58.

Tavares JSC, Trad LAB. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cad Saúde Pública**, 2005. 21:426-35.

Teixeira JJV. **O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais de saúde**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Torrano-Masetti LM. **Repetição do desconhecido: contribuições da psicossomática psicanalítica na recaída do câncer hematológico**. Ribeirão Preto; 2000. [Dissertação de Mestrado-Universidade de São Paulo].

Valle ERM. **Câncer infantil: compreender e agir**. São Paulo: Psy; 1997. Um estudo das pesquisas psicológicas na abordagem fenomenológica sobre o câncer infantil; p.67-178.

Vasconcellos EG. Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro. In: Angerami-Camon VA, organizador. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira; 2000. p.23-41.

Von Hohendorff J, Melo WV. Compreensão da morte e desenvolvimento humano: contribuições à psicologia hospitalar. **Estudo Pesquisa Psicol** Rio de Janeiro 2009; 9:480-92.

Werle MA. A angústia, o nada e a morte em Heidegger. **Trans/Form/Ação**, Marília 2003; 26:97-113.

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Nome do participante:.....

Documento de Identidade Nº:.....

Sexo: () M () F Data de Nascimento:...../...../.....

Endereço:.....

Nº..... Apto:..... Bairro:.....

Cidade:.....CEP:.....Telefone:.....

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça se desejar qualquer pergunta para esclarecimento.

Título da Pesquisa: **“Estratégias de Enfrentamento em Pacientes Oncológicos Recidivados”**

Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente oncológico adulto recidivado em tratamento. O estudo será desenvolvido no Centro de Oncologia (nome e endereço).

Sua participação consistiria na concessão de uma entrevista que terá quatro perguntas norteadoras, em que o(a) senhor(a) poderá narrar sua experiência, diante do vivido. Informamos que esta entrevista será gravada em áudio mp3,

para posterior análise dos dados, e que apenas as pesquisadoras terão acesso às gravações.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a) recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esta pesquisa apresenta baixo risco aos participantes. Caso mobilize sentimentos e emoções que demandem continência e elaboração, a pesquisadora estará atenta para acolher e dar um encaminhamento adequado a essas demandas: o pesquisador irá interromper imediatamente a colheita de dados e prestar assistência psicológica imediata. Caso esta demanda venha emergir como uma necessidade posterior, o pesquisador deverá encaminhar o participante ao serviço de assistência psicológica de referência (nomes dos serviços)) de acordo com a preferência do colaborador, sem que isso acarrete nenhum ônus ou prejuízo ao participante e/ou instituição.

Fica o participante livre para desistir de responder e/ou expressar, em qualquer momento, o não desejo de participar da pesquisa, isso será levado em consideração e devidamente respeitado.

Com relação a benefícios, tem-se que a oportunidade de trazer a experiência às palavras, por meio das narrativas, pode significar um primeiro grau de elaboração das mesmas. Além disso, a participação na pesquisa poderá trazer uma contribuição para a compreensão do tema estudado, podendo este ser

considerado como um benefício que não se restringe ao participante, mas se estende à coletividade.

As informações obtidas poderão ser divulgadas externamente, por intermédio de congressos, conferências, simpósios, meios de comunicação de massa, publicação de artigos científicos. Em cumprimento a resolução nº 466 de dezembro de 2012, declaramos que as pesquisadoras manterão os dados referentes à identificação sob sigilo e privacidade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará, nem será remunerado por sua participação. Esta pesquisa não gerará nenhuma despesa direta ou indireta, estando o participante isento de quaisquer ônus ou ressarcimento.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito

Diante do exposto, eu, _____, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, tendo ciência de que não irei receber nenhuma quantia por minha participação, além de ter compreendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta atividade, declarando ainda que o termo foi assinado em duas vias, uma ficando comigo e outra com o responsável pela entrevista.

Contatos das pesquisadoras envolvidas:

1 NOME: Maria Angélica Ferreira Dias (Pesquisadora Principal)

2 Tel.: _____:

E-mail: _____

3 NOME: Gabriela Caterine de Melo Santana, Contato: ____;

E-mail: _____

Petrolina, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa: _____

Vice-Coordenadora: Telefone do Comitê: _____

E-mail _____