

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Mônica Bartolomei, Msc.**

**A fé como fator de resiliência no  
tratamento do câncer:**

**Uma análise do que pensam os profissionais da  
saúde sobre o papel da espiritualidade na  
recuperação dos pacientes**

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO**

**SÃO PAULO**

**2008**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Mônica Bartolomei, Msc.**

**A fé como fator de resiliência no  
tratamento do câncer:  
Uma análise do que pensam os profissionais da  
saúde sobre o papel da espiritualidade na  
recuperação dos pacientes**

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo sob a orientação do Professor Doutor Afonso Maria Ligório Soares.

**SÃO PAULO**

**2008**

**Banca Examinadora**

---

---

---

Ao George

Quero que você saiba que todo este trabalho aconteceu por sua causa. Foi me espelhando em você que busquei me melhorar estudando.

Agradeço todo o seu apoio em momentos difíceis que foram muitos.

## **Agradecimentos**

Quando iniciei o curso, já havia um orientador pré-determinado. Com o passar do tempo foi crescendo em mim, profundo respeito intelectual por este meu primeiro orientador, Professor Doutor Jung Mo Sung.

Assim que a dissertação tomou forma fui obrigada a trocar de orientador. Foi um momento difícil; porém, quando saí a campo procurando alguém que se interessasse pelo trabalho, o acaso me brindou com grata surpresa.

Foi com muita alegria que encontrei o Professor Doutor Afonso Maria Ligório Soares, que se dispôs a me conduzir com sua mão amiga, paciência e sabedoria ao porto de destino.

Um e outro são, a seu modo, os responsáveis por esta dissertação, pelo que sou muito grata e reconhecida.

Gostaria também de expressar meu profundo agradecimento aos professores, em especial à Prof<sup>a</sup> Denise Ramos que com suas aulas maravilhosas, permitiram se descortinassem novas perspectivas, induziram a reflexão e obrigaram a uma constante reciclagem. Tudo se passou tão rápido, a ponto de, desde já, sentir saudade, e ter a certeza de que valeu muito a pena.

## Resumo

Este trabalho objetiva estudar o tema resiliência no que se refere a pessoas com grande sofrimento, vivendo situações traumáticas e de perda, como é o caso de doenças terminais. Assim, foram desenvolvidos estudos de modo a pesquisar na literatura, o entendimento da fé como fator de resiliência no tratamento do câncer.

Para atender a critérios de abrangência e postulados éticos, a pesquisa baseou-se na análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes.

Fica patente a proximidade entre a realidade da prática de algumas categorias profissionais e os estudos que associam pacientes com câncer à resiliência.

Foram entrevistados Religiosos, Psicólogos e Médicos, de modo a permitir adequar o referencial teórico, obtido na pesquisa bibliográfica com a vivência profissional, encontrada na pesquisa de campo, e assim concluir o trabalho.

Pode-se desta forma observar a perfeita sintonia entre a experiência dos religiosos – quando explorados os temas da terminalidade, da fé e sua relação com a doença – e a capacidade de superação de certos indivíduos.

O aspecto da fé como elemento puro e simples de cura foi amplamente examinado, tendo recebido contribuições bastante divergentes, desde a total liberação da doença, contrariando prognósticos médicos, até posições bastante pragmáticas, que se recusam a aceitar qualquer influência da fé no curso de evolução dos fatos.

São concordes principalmente religiosos e psicólogos quando abordam o sentido do evento traumático e o estímulo da resiliência, sobre a qual exercem influência as raízes culturais e religiosas do paciente, o que se afina perfeitamente com a base teórica, que propõe combater a adversidade construindo um sentido de coerência que torne o sofrimento administrável.

Houve completa unanimidade de todos entrevistados, quanto ao papel que a fé desempenha na convivência com a doença. Para os médicos, tudo se confunde e

assim fé, espiritualidade e religião são encaradas como fundamentos de utilidade para desencadear mecanismos de proteção, de amparo e de fortalecimento no lidar com a problemática da doença.

Se todos vamos morrer, a verdadeira questão não deve consistir no fim em si, mas como viver até o desfecho. Talvez nisso resida a maior contribuição desta pesquisa.

**Palavras-chave:** Fé, Resiliência, Câncer, Religiosidade.

## **Abstract**

This work has as its objective studying the subject of resilience when referring to persons with great suffering, living traumatic situations and of loss, such as in the case of terminal illnesses. Thus, studies were developed to research in literature the understanding of faith as a factor of resilience in the treatment of cancer.

In order to meet the criteria of scope and ethical pleading, the research based itself on the analysis of what the health professionals think on the role of spirituality in the recovery of patients.

The proximity between the reality of the practice of certain professional categories and the studies which associate patients with cancer to resilience is patent.

Churchmen, psychologists and medical doctors were interviewed so as to allow the theoretic referential to fit in, obtained through bibliographic research into professional experience, found in the field of research, and thus to conclude the work.

In this way one can see the perfect attuning between the experience of churchmen – when exploring the subjects of terminality, of faith and their relation to illness – and the capacity to overcome by certain individuals.

The aspect of faith as an element, pure and simple, for curing was widely examined, having received extremely varying contributions, from the total release from the illness, against all medical prognoses, to strongly pragmatic positions, which refuse to accept any influence whatsoever of faith in the course of the evolution of the facts.

Principally, churchmen and psychologists are in agreement when approaching the meaning of the traumatic event and the stimulus of resilience, over which the influence of the cultural and religious roots of the patient are exerted, perfectly in line with the theoretic basis, proposing fighting adversity by building a feeling of coherence, which in its self makes suffering manageable.

**Key-words:** Faith, Resilience, Cancer, Religiosity.

## SUMÁRIO

Introdução .....	15
<b>Capítulo I</b>	
<b>Resiliência: Um conceito em busca de forma .....</b>	<b>31</b>
<b>1.1 A Resiliência nas Ciências Exatas .....</b>	<b>32</b>
<b>1.2 A Resiliência nas Ciências Humanas .....</b>	<b>33</b>
<b>1.2.1 A Resiliência na Psicologia .....</b>	<b>38</b>
<b>1.2.2 Resiliência e Psicanálise .....</b>	<b>44</b>
<b>1.3 Aplicações da Resiliência .....</b>	<b>46</b>
<b>1.3.1 Convergência de Câncer e Resiliência .....</b>	<b>48</b>
<b>Capítulo II</b>	
<b>Fé e Religião.....</b>	<b>57</b>
<b>2.1 Resiliência, Transcendência e Espiritualidade .....</b>	<b>66</b>
<b>2.2 Resiliência e Religiosidade.....</b>	<b>68</b>
<b>2.3 Resiliência, Fé e Trauma .....</b>	<b>73</b>
<b>Capítulo III</b>	
<b>Análise das entrevistas .....</b>	<b>75</b>
<b>3.1 Análise das entrevistas com religiosos .....</b>	<b>75</b>
<b>3.2 Análise das entrevistas com psicólogos.....</b>	<b>77</b>
<b>3.3 Análise das entrevistas com médicos .....</b>	<b>80</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>83</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>87</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>93</b>
<b>1. Íntegra das Entrevistas .....</b>	<b>93</b>
<b>1.1 Religiosos .....</b>	<b>93</b>
<b>1.2 Psicólogos .....</b>	<b>111</b>
<b>1.3 Médicos .....</b>	<b>121</b>
<b>1.4 Fisioterapeuta .....</b>	<b>137</b>
<b>2. O Câncer .....</b>	<b>141</b>

## Introdução

A impossibilidade de antever circunstâncias incontroláveis, causa de desgastes de toda natureza, sempre acompanhou a humanidade, razão por que cumpre superar esses eventos e suas conseqüências e adotar medidas de proteção.

Uma das formas de o homem superar as adversidades é ser resiliente, encontrar em si mesmo a capacidade de enfrentar situações de enorme dificuldade e sobreviver a elas mantendo qualidade de vida.

### 1 - Apresentação do tema

#### a) Motivação da autora

Minha atenção sempre esteve voltada para como as pessoas enfrentam os problemas das mais variadas ordens, sejam eles físicos, emocionais ou até mesmo financeiros.

Algumas pessoas passam por atribulações com uma força interna muito grande, ao passo que outras se prostram na mais profunda miséria e, ao final, sucumbem ante as adversidades.

No decorrer de minha vida, exercendo a atividade de psicóloga, tive oportunidade de conviver com pessoas em situações de grave adversidade. Com o passar do tempo, foi-se solidificando o interesse em partilhar essas experiências pessoais, discutindo-as e analisando-as com o objetivo de aprimorar minha qualidade profissional, mas – e talvez com muito maior intensidade – de ajudar pessoas, desenvolvendo um trabalho em que acredito e que me dá a íntima certeza de ser gratificante para todos aqueles envolvidos no processo.

Assim, com o firme propósito de auxiliar pessoas a transpor suas dificuldades, verifiquei a importância que o tema *resiliência e seus desdobramentos* oferece no campo individual, em se tratando de pessoas com grande sofrimento, vivendo situações traumáticas e de perda, como é o caso de doenças terminais.

É interessante observar que algumas pessoas conseguem superar seus problemas e fortalecer-se com eles, ao passo que outras sucumbem sem capacidade de reação.

O movimento interno em busca da sobrevivência – essa força chamada *resiliência* – sempre exerceu grande fascínio sobre mim.

Qualquer ato que possa mitigar essa situação já é por si mesmo grandioso o bastante para motivar sua prática.

Objetivando encontrar caminhos para este trabalho, vivenciei experiências de pessoas que buscaram na Igreja conforto, solução para seus problemas, sofredores, enfim, em busca de algum tipo de ajuda.

Para algumas que, baseadas na fé e por força de suas orações procuravam encontrar apoio, pude oferecer, a seu pedido, suporte psicológico.

Tive bem clara a compreensão do peso assumido pela fé no encaminhamento, na solução dos problemas ou na superação das adversidades. Sirvam de exemplo os pacientes que, por várias vezes, trocaram de religião, sem, no entanto, esmorecer na fé de que a perseverança na crença da intervenção sobrenatural traria a solução de seus problemas. Alguns, em tom de confiança, manifestavam certo constrangimento por se encontrarem numa igreja, ambiente onde se dava o contato inicial para o suporte psicológico, por pertencerem a outras crenças religiosas que não o catolicismo romano; mesmo assim, naquela oportunidade, tentavam mais uma vez encontrar conforto para suas angústias, independentemente de sua profissão de fé.

Ainda na busca do melhor encaminhamento para a dissertação, em ambientes não religiosos, tive a oportunidade de conhecer diversas pessoas com graves problemas de saúde, como osteoporose, diabetes avançada e, principalmente, câncer.

O contato com pacientes e, num segundo momento, com os profissionais dedicados a seus cuidados, inclinou-me a dirigir este trabalho para o fenômeno da resiliência e suas manifestações, principalmente no que diz respeito ao aspecto de sua influência no tratamento dos pacientes vitimados por câncer.

A partir dessa tomada de posição, minha atenção se voltou ainda uma vez para o aspecto comum, o ponto de convergência que unia todos os pacientes provindos do atendimento da Igreja: a fé!

Importa para o nosso caso entender *fé* como a crença inabalável na solução dos problemas, quaisquer que sejam. É essa força interna que leva o indivíduo adiante na vida e lhe proporciona condições de sair de uma situação psicológica traumática em direção à superação.

Seria essa força interna que eu vinha tomando por fé a chamada *resiliência*?

Poderia ser um fator de superação do câncer?

Essa é a raiz de minhas inquietações, fio condutor da pesquisa que me propus a fazer junto aos profissionais da área, principalmente no que diz respeito às observações a partir de seu trabalho.

As entrevistas com profissionais dedicados a pacientes com câncer, sejam médicos, psicólogos, religiosos, permitiram estabelecer um espectro mais amplo do que poderia ser obtido individualmente, entrevistando pacientes. Em termos quantitativos e qualitativos, a soma da experiência de profissionais especializados, na área da Oncologia, corresponde, grosso modo, a analisar milhares de casos, justificativa suficiente para desenvolver um trabalho com esses profissionais, a que se somam as dificuldades inerentes apresentadas pelos “comitês de ética”, que desaconselham esse tipo de pesquisa com os pacientes, cujo drama de vida para si e seus familiares é fortemente traumático.

Pareceu-nos assim imprescindível esse contato com os especialistas, por meio de cuja experiência colhemos informações aptas a fazer-nos relacionar resiliência, pacientes com câncer e seu tratamento.

Quando iniciamos nossa pesquisa, entrevistando profissionais que devido à convivência com pessoas enfermas, pudessem nos informar a respeito de suas observações relativamente à resiliência e a fé, a doença câncer surgiu quase que como uma natural decorrência devido ao grande número de casos e, infelizmente, de forma muito freqüente com prognóstico de desesperança.

A dimensão simbólica da doença, os mitos e modelos que nos condicionam a observar a saúde e doença e a forma como lidamos com elas nos acompanham

desde sempre, por fazer parte da história do homem, como nos ensina a Professora Denise Ramos.

O homem da era da informática apela para os deuses no momento de dor em busca de significado para seu sofrimento. Por mais desenvolvida que esteja a sociedade, o mistério da vida e da morte permanece. Razão e fé, conceitos científicos e religiosos misturam-se no homem moderno que busca seu sentido e determinam sua atitude diante da saúde e da doença (RAMOS, 2006).

E foi justamente essa convergência de ciência e religião, no homem submetido a todas as circunstâncias, de sofrimento, *stress*, e da dificuldade em lidar sua a doença que nos motivou a buscar entender o fenômeno da resiliência como possível alavancador da fé, visto por religiosos, psicólogos e médicos, considerando a maior massa crítica obtida pela vivência diuturna de grande quantidade de casos.

De outra parte, minha formação religiosa sempre se deu em escolas de orientação católica, desde os tempos do estudo fundamental, seguindo os preceitos de minha família. Assim, talvez, sentindo maior aproximação com a Igreja Católica, evidencio um viés de meu trabalho ao entrevistar apenas sacerdotes católicos. Fica por explorar em outros trabalhos um espectro religioso mais amplo. Porém, permito-me esclarecer, a estrada aqui percorrida deveu-se a convicções íntimas.

A mola propulsora, traduzida como motivação pessoal, foi procurar entender a resiliência como fator de superação do câncer mediante a abordagem de profissionais em contato com aqueles pacientes e contribuir de alguma forma para mitigar-lhes sofrimento.

Portanto, o tema a ser desenvolvido aborda o fenômeno da resiliência e suas manifestações, principalmente no que diz respeito ao aspecto de sua influência no tratamento de pacientes com câncer, visto pelos olhos de profissionais – como médicos, psicólogos – e religiosos que realizam essa tarefa na condição de especialistas, consultados como fonte de informação.

## **b) Aspectos Psicossociais do Câncer**

Para efeito do estudo, é extremamente importante entender os aspectos psicossociais do câncer, eis que, entre todas as doenças, é a que provoca maior

impacto psicológico. O câncer significa uma caminhada progressiva e dolorosa em direção à morte e à mutilação. A morte súbita por doença cardiovascular não é assustadora nem, em menor medida, o é o risco de morte por doença infecciosa ou constitucional, uma vez que, certo ou errado, pressupõe-se que o organismo pode superá-lo, seja ou não auxiliado pelo tratamento.

O entendimento da incurabilidade do câncer, embora seja uma lenda, aliada à terapia radical e à mudança de aspecto do corpo, assusta muito a todas as pessoas.

Ao abordar didaticamente os aspectos psicossociais do câncer, Sherman (2003) refere a:

- Atitude do médico em relação ao câncer;
- Atitude do paciente em relação ao **seu** câncer;
- Relação médico – paciente;
- Problemas específicos do paciente perante a morte.

A atitude do médico que cuida do paciente, principalmente daquele que o examinou pela primeira vez, é fator crucial no eventual resultado terapêutico do paciente com câncer. Nas palavras de Sherman (2003), "caso sua atitude seja pessimista, se acreditar que o câncer não pode ser curado, ele não tentará o máximo para assegurar ao paciente o melhor tratamento". E salienta ainda que, se o médico acredita que a cirurgia é mutiladora e a morte inevitável, que a radioterapia produz queimaduras que nunca cicatrizam, que a quimioterapia consiste no envenenamento do organismo, com pouco efeito benéfico, e que a combinação desses procedimentos resulta apenas em danos e mais danos, a chance de o paciente receber terapia efetiva será mínima.

Grande número de clínicos assume essa atitude!

Há absoluta necessidade de programas educacionais dirigidos aos médicos com o propósito de melhorar não apenas seu conhecimento mas também suas atitudes e remover esse primeiro obstáculo.

Os médicos oncologistas desenvolvem uma série de atitudes em relação ao câncer e ao tratamento, das quais a mais importante é "*atitude agressiva*" (SHERMAN, 2003). A atitude agressiva resulta, em muitos casos, em "cura" em longo prazo e, portanto, "o médico oncologista deve adotar a visão de que, se

houver qualquer possibilidade de ajuda, o paciente merece o benefício da dúvida". Muitos médicos tendem a evitar pacientes incuráveis, para quem aparentemente pouco resta a fazer. O que seria especialmente verdadeiro para médicos jovens, dominados pelo espírito único de curar. Quando a maturidade profissional chegar, como bem observa Sherman (2003), eles perceberão que objetivos menores ou limitados também são perfeitamente válidos e, além de tudo, extremamente importantes para o paciente. Este precisa saber que seu médico não o abandonará, que tem vontade e capacidade para lidar com os problemas.

Portanto, o médico deve reconhecer essas atitudes em si mesmo e em seus colaboradores, além de ensiná-los que, embora a cura não seja possível, a equipe precisa enfrentar humanamente os problemas psicológicos do paciente, a necessidade de apoio emocional, o medo da dor e a preocupação com a família, entre tantas outras coisas (SHERMAN, 2003).

Para finalizar, é importante arrolar os pacientes em protocolos, assegurando o compromisso por parte da equipe de seguir até o óbito os pacientes incuráveis. Tudo isso faz com que o paciente e sua família sejam considerados uma unidade e trabalhados com programas bem organizados, visando lidar com todos os aspectos dos problemas que acometem pacientes terminais e suas famílias.

Creio que, dos ensinamentos do Prof. Charles Sherman Jr., responsável pelo Programa de Educação da UICC – União Internacional Contra o Câncer, os médicos podem colher exemplos de fortalecimento e do exercício dos fundamentos de atitudes resilientes.

Quanto à atitude do paciente em relação ao seu câncer, costuma variar muito, conforme a região onde vive o paciente, já que depende de fatores culturais, étnicos, sociais e econômicos, além de educacionais, entre outros.

Continuando sua análise, Sherman (2003) cita algumas culturas em que o câncer é um tabu sobre o qual não se comenta e a morte dele decorrente é encoberta e atribuída a outras causas. Há muitas superstições e, mesmo nos países desenvolvidos, é grande a desinformação.

A atitude que mais se salienta e a que assume maior importância refere-se ao medo. Ter câncer pode ser fatal, provoca mutilações e muita dor. O oncologista

clínico precisa ser capaz de reconhecer as atitudes dos pacientes, ajudando-os a aceitar e a reagir favoravelmente ao tratamento.

Mais uma vez, deparamo-nos com a ênfase num dos pilares da resiliência – o auxílio externo e o encaminhamento – quando examinamos as relações médico – paciente.

### **c) Estado da questão**

O assunto *trauma* está intimamente ligado à resiliência, conforme bem estudou Peter Levine, em *O Despertar do Tigre*, que percorre todos os caminhos possíveis na abordagem – Curando o Trauma –, penetrando com minúcia em situações como “acidentes de carro, doenças graves, cirurgias, assaltos, ou ainda o experimentar ou testemunhar violência em descuidar de temas como a guerra ou os mais variados tipos de desastres naturais”.

Enfim, são inúmeras as possibilidades geradoras de trauma, fato inelutável da existência e que assim deve ser considerado, segundo Levine.

Não obstante toda a sua gravidade, o trauma não pode ser visto como condenação perpétua nem deve encarcerar o indivíduo, impedindo-o de levar uma vida saudável.

O trabalho produzido por Walsh (2002) para o *Smith College Studies in Social Work* demonstra por pesquisa e observações clínicas a utilidade prática de um enquadramento que identifique e facilite o processo para a resiliência individual e relacional. Seu objetivo é ilustrar essa poderosa força orientada para curar, remediar, cicatrizar. É, no seu dizer, “a transformação e o crescimento livre do trauma da perda com um foco firme na crença em um sistema, que estimule e provoque a resiliência através de uma abordagem positiva, transcendente e espiritualista” (WALSH, 2003).

As adversidades e as mudanças provocam reações de desequilíbrio que exigem adaptações. “Quanto maior o desafio, maior a necessidade de desenvolver e potencializar certas habilidades, especialmente grande flexibilidade e capacidade de adaptação, inovação e criação diante das dificuldades do desconhecido” (WALSH, 2003).

A obra clássica de Edith Grotberg (1995), *Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*, talvez apresente a melhor definição possível de resiliência pela sua simplicidade e clareza. Diz ela: "resiliência é a capacidade universal que permite a uma pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou dominar os efeitos nocivos da adversidade" (GROTBERG).

Uma importante abordagem da resiliência está relacionada à educação, tratando-se de espaço recente de estudo e reflexão decorrente de um novo paradigma científico e de formação.

Na introdução da coletânea *Resiliência e Educação*, organizada pelo Prof. José Tavares, catedrático da Universidade Católica de Lovaina, fundamenta-se a presença desse conceito novo, que traduz a realidade da pessoa humana em suas mais diversas organizações, refletindo sua própria essência, como seres inteligentes, livres, flexíveis, solidários, tolerantes, enfim descobrindo seus verdadeiros *eus*.

Dentre os inúmeros trabalhos ali apresentados, salienta-se um – "Revelando o Sentido e o Significado da Resiliência na Preparação de Professores para Atuar e Conviver num Mundo em Transformação" (CASTRO, 2002). O estudo foi realizado no ambiente escolar, evidenciando a necessidade de reação motivada por um constante fluxo de energia, um processo de mudança devido à imprevisibilidade do mundo, sua complexidade e dinâmica e a lenta capacidade do sistema de responder às exigências reivindicadas pela sociedade.

Em quase todos os campos da atividade humana constatam-se situações de resiliência, pois muito recentemente, na área de administração, passou-se a estudar com profundidade a organização resiliente, entendida como a empresa que supera dificuldades.

Há inúmeros trabalhos publicados pela Harvard Business School Press, com destaque para a contribuição de Coutu (2002), que, pela mera pergunta: "Como funciona a resiliência?", suscita muitos outros temas para discussão, entre os quais "mais do que educação, mais do que experiência, mais do que treinamento, o nível de resiliência de cada pessoa irá determinar quem tem sucesso e quem falha".

Esses estudos ganharam corpo nos Estados Unidos, após os atentados de 11 de setembro de 2001, na cidade de Nova Iorque, como o do Prof. Mario Moussa, do

prestigioso *Wharton College of Business Administration*, que aborda com profundidade o tema *Resiliência Organizacional*.

Esses trabalhos estudam como puderam sobreviver empresas e pessoas, literalmente destruídas e desestruturadas após os atentados das torres gêmeas, não apenas seguindo a viver, mas crescendo muito mais que antes da tragédia.

Tais considerações remetem à ligação que pretendemos estabelecer com pacientes vítimas de câncer, mostrando também que há formas de criar resiliência, conforme ensinam as lições contidas na obra de M. Pentz (2002), da Universidade de Indiana, nos Estados Unidos.

Suas pesquisas indicam a importância da relação entre resiliência e sua conexão com o apoio social da espiritualidade e fé, em adultos de idade avançada.

Os idosos são vistos freqüentemente como fracos, desgastados e sem condição de contribuir para a sociedade ou continuar a crescer como pessoas; contudo, os estudos realizados mostraram que, muito ao contrário, poderiam ser resilientes e cheios de vida, mesmo ante a possível devastação do câncer (PENTZ, 2002).

Finalmente, a pesquisa bibliográfica indicou a importância do Prof. Boris Cyrulnik (2001), que experimentou na própria pele as dificuldades, ponto de partida para o que viria a ser sua obra precursora, *O Patinho Feio*, de estudos dedicados à resiliência, na Universidade de Toulon, na França. Seus trabalhos são citados por diversos outros autores em muitos países.

#### **d) Justificativa**

Acredito que este tema acompanha o ser humano desde sempre, continuando ainda hoje a fazer-se presente em nossas vidas. Apenas para demonstrar a importância do assunto, dados estatísticos mostram que o Brasil deverá registrar mais de 472 mil novos casos de câncer, em 2006. O número é levemente superior ao que havia sido previsto para 2005, da ordem de 468 mil, segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Hipótese de que a resiliência ajude efetivamente as vítimas do câncer e de que a espiritualidade ou a prática religiosa sejam um importante (senão o mais

importante) fator/condutor de resiliência justifica a contento o estudo dessa questão. Fica a expectativa de aprofundar estudos com a intenção de trazer alguma luz para o entendimento do problema, contribuição modesta, mas – esperamos – positiva em benefício dos portadores desse mal.

Pretendemos que este estudo enseje abertura de um interessante campo de trabalho para novos profissionais, objetivando desenvolver atividade profissional na área.

A opção pelo tema acompanha-se da esperança de que sirva para subsidiar ações exemplificadas como de mais amparo religioso ou, quem sabe? até mesmo formar políticas públicas de maior proteção à vítima de câncer. Seria o apoio de ordem psicológica e a instrumentalização de medidas adequadas para construir resiliência, bem como a possibilidade de abrir caminhos para novas pesquisas, indicando ações para desenvolver fatores que propiciem a resiliência.

## **2 - Objeto e seus limites**

A revisão bibliográfica inicial demonstrou quanto é importante o tema *resiliência*.

O propósito do nosso trabalho é estabelecer uma ligação do fenômeno da resiliência e estudar sua participação na superação da doença em pacientes com câncer.

O objeto das investigações que estamos propondo fazer é em que medida os profissionais (médicos, psicólogos e religiosos) entendem que a resiliência auxilia na recuperação de pacientes com câncer. Para tanto, importa muito saber e conseguir descrever os fatores que podem provocar a resiliência naqueles pacientes. Nossa hipótese é que a espiritualidade ou, em sentido lato, o *fator religião* sejam decisivos para o desencadeamento da resiliência.

A pesquisa de campo direciona-se a um número adequado de profissionais da área de oncologia, divididos em médicos, psicólogos e religiosos, selecionados por critério de acessibilidade, para entrevista semidirigida com perguntas relativas à capacidade de prevenir, minimizar ou dominar as adversidades inerentes ao câncer.

### 3 - O problema da pesquisa

Dado o exposto, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: verificar em que medida a resiliência auxilia na recuperação de pacientes com câncer, segundo médicos, psicólogos e religiosos ligados à oncologia. A proposta é verificar de que maneira a resiliência atua e que fatores estimulam o indivíduo a ser resiliente.

### 4 - Hipótese

Hipotizamos que seja possível criar e, de certa forma, construir elementos necessários para superar adversidades em pacientes com câncer. Essa superação com seus fatores se denomina *resiliência* e é, portanto, a vivência da esperança.

A vivência da esperança é o fio condutor de toda e qualquer forma de espiritualidade. Acham-se então os pacientes com algum tipo de espiritualidade em melhores condições de superar seus infortúnios do que outros, sem esse diferencial?

Assim, na medida em que se configurar como verdadeira a hipótese, certificar-se-á o fenômeno *resiliência* como fator de superação em pacientes com câncer. Nossa hipótese é que a espiritualidade ou, em sentido lato, *o fator religião* sejam decisivos para o desencadeamento da resiliência.

### 5 - Objetivos

Pretendemos aprofundar pesquisa sobre a fé alavancando a resiliência como fator de superação do câncer. Segundo apontou a revisão bibliográfica, é bastante escassa a literatura a respeito do assunto. A causa disso talvez esteja na novidade do tema, que apenas recentemente passou a receber atenção da comunidade científica.

Outro objetivo, conforme explanado na justificativa, é oferecer subsídios para a prática de médicos, psicólogos e religiosos, além de possibilitar um encaminhamento teórico para a formação de profissionais.

## 6 - Quadro Teórico

### a) Resiliência

Neste trabalho, *resiliência* será definido como: capacidade de responder de forma mais consciente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante de tais desafios e circunstâncias desfavoráveis, com uma atitude otimista, positiva, perseverante, mantendo/conservando equilíbrio eficaz durante e após os embates.

### b) Trauma / Câncer

Episódio que sobrecarrega nossa capacidade de sobrevivência e imprime um sinal indelével em nosso sistema nervoso.

## 7- Metodologia e procedimentos técnicos da pesquisa

O objetivo foi traçado de modo a permitir melhor conhecimento do fenômeno da resiliência junto a pacientes portadores de câncer, segundo a visão de especialistas, em sintonia com a forma proposta para a realização de pesquisas classificadas como exploratórias.

Trata-se, portanto, de pesquisa exploratória, cujo objetivo, segundo Gil (2002), é

"... proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses".

### 7.1 - Tipo de pesquisa

Para a sua consecução, adotou-se o planejamento, tal como proposto por Gil (2002), que preconiza

"... ser bastante flexível, de modo a que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado".

A pesquisa exploratória permite explicitar um problema. Leva à construção de hipóteses para estudos posteriores, motivo pelo qual se adequou à natureza deste trabalho. A viabilidade da realização de uma pesquisa exploratória torna-se clara nas palavras de Selltiz *et al.* (1974):

"... não apenas para formular um problema, para investigação mais exata ou para a criação de hipóteses, mas também por outras funções, como: aumentar o conhecimento do pesquisador acerca de um fenômeno que deseja investigar em estudo posterior; o esclarecimento de conceitos, e ainda a apresentação de um recenseamento de problemas considerados relevantes por pessoas que trabalham em determinado campo".

Para conduzir uma pesquisa dessa natureza, segundo Sellitz *et al.* (1974), recomendam-se algumas etapas, aqui adotadas, conforme segue:

1) Uma resenha da ciência social afim e de outras partes pertinentes da literatura.

O primeiro passo consistiu num levantamento bibliográfico criterioso. O exame da literatura centrou-se em trabalhos de acadêmicos e na verificação pormenorizada de pesquisas cujo tema fossem os mecanismos e comportamentos relacionados à resiliência. Consultaram-se exaustivamente estudos e artigos científicos que associassem resiliência com fé, trauma e outros segmentos de comportamento, especificamente no que diz respeito a pacientes com câncer. Essa é a chamada *resenha bibliográfica*, que estabeleceu o referencial conceitual.

Finalmente, observaram-se as características especificamente relativas ao câncer, buscando estabelecer conexões, convergências ou mesmo possíveis discrepâncias que o relacionem com os pacientes sob a ótica da fé e da resiliência.

2) Um levantamento de pessoas que vivenciaram o problema em pesquisa.

Uma vez fixados os elementos teóricos, procuraram-se especialistas, que discorreram com sensibilidade sobre *resiliência, fé e câncer*, sempre contando aprofundar a pesquisa sobre a fé alavancando a resiliência como fator de superação do câncer. Quiçá ainda oferecer subsídios para a prática de médicos, psicólogos e religiosos que ensejem aplicar os ensinamentos auferidos ao longo da pesquisa.

## **7.2 - Amostra e Sujeitos da pesquisa**

Os entrevistados foram selecionados inicialmente pela importância que apresentam para as áreas médica, psicológica e religiosa quanto aos aspectos ligados ao tratamento de pacientes com câncer.

A viabilização do trabalho de campo respeitou o critério de acessibilidade. Foram selecionados para participar da pesquisa, compondo sua amostra, médicos oncologistas, psicólogos clínicos e religiosos, todos considerados especialistas:

"Tais especialistas adquirem, na rotina de seu trabalho, um extraordinário conjunto de experiências que pode ter muito valor... o objetivo do estudo da experiência é obter e sintetizar essa experiência" (Sellitz *et al.* 1974).

Cada profissional foi, na medida do possível, entrevistado no seu local de trabalho, seguindo-se um roteiro, pré-testado, prevendo o desenvolvimento dos tópicos relacionados com resiliência, fé e câncer.

### 7.3 - Instrumento da pesquisa

Ficaram assim determinados o marco teórico da pesquisa e sua aproximação conceitual. Ainda segundo Gil (2002), optou-se como instrumento compatível com a abordagem que vivenciava o problema *câncer* – a fim de considerar os mais variados aspectos do fato estudado com quem convivia na prática com o problema pesquisado – por utilizar a entrevista pessoal.

Diversos foram os motivos que nos levaram a coletar desse modo as informações; desde a flexibilidade até a extrema abrangência, explorando, ao final, vivência e atuação dos profissionais, além de relações e crenças destes junto aos pacientes vitimados de câncer. Considerou-se na justa proporção a diversidade de papéis desempenhados pelos especialistas em suas áreas médica, psicológica e religiosa.

A entrevista com os especialistas, embora não estruturada, conduziu-se sempre num foco concentrado, podendo enquadrar-se como *parcialmente estruturada*, com roteiro de orientação testado em entrevistas piloto.

O roteiro foi ordenado de maneira a induzir o assunto partindo de considerações gerais iniciais até atingir seu ponto crítico relacionado ao objeto da pesquisa. Os assuntos abordados foram:

- a) Formação: escolha da profissão e da oncologia: histórico;

b) Explicitação do dia-a-dia: local de trabalho e relacionamento com outros profissionais;

c) Entendimento relativo ao diagnóstico de câncer; concepções e pontos de vista sobre o câncer, sua evolução e desenvolvimento;

d) Forma como, eventualmente, explica a cura de alguns e o insucesso de outros; colaboração do paciente na cura e os papéis que pode assumir no desenrolar da doença;

e) Papel da fé e da espiritualidade para os pacientes e para os profissionais;

f) A visão pessoal e o modo particular de pacientes e profissionais lidarem com a terminalidade.

Os itens relativos à fé e à resiliência buscaram a sensibilidade do entrevistado com relação a impacto e influência na superação da doença para, inclusive, tentar entender sua validade.

Foram sempre levadas em consideração situações extraordinárias, incomuns e raras na condução de tratamentos e eventuais curas dos pacientes com câncer. Julgamos de suma importância que o especialista se sinta à vontade para discorrer livremente sobre sua atividade e as concepções que cercam seu trabalho, sem precisar superar barreiras ou limitações motivadas por idéias preconcebidas.

## **8 – Divisão capitular**

No Capítulo I, conceituamos Resiliência, examinando a definição clássica encontrada nas Ciências Exatas e, na seqüência, seu alinhamento com as Ciências Humanas, notadamente Psicologia e Psicanálise, além de sua aplicação. Por fim, tratamos da convergência Câncer e Resiliência.

O Capítulo II diz respeito à Fé e se desenvolve com a abordagem da Resiliência, da Transcendência e da Espiritualidade. Nele incluímos a análise combinada da Resiliência à Fé e ao Trauma.

As entrevistas, resultado do trabalho de campo, são analisadas no Capítulo III. Em um primeiro momento, foram agrupadas por categoria profissional, quando se verificaram as coincidências e discrepâncias comuns àquele segmento profissional.

Depois, para finalizar, realizou-se uma análise pormenorizada de cada item, submetido à apreciação, de modo a condensar a visão dos especialistas.

Encerram o estudo as Conclusões, nas quais se demonstram a realidade da prática de algumas categorias profissionais e análises que remetem à relação resiliência, câncer e fé. Nos limites modestos de sua amplitude, delineiam o grande caminho ainda por percorrer, seara fértil para trabalhos futuros, com incussões pelas melhores práticas buscando excelência profissional, entre tantas outras possibilidades aventadas.

## Capítulo I

### Resiliência: um conceito em busca de forma

Neste primeiro capítulo, abordaremos, inicialmente, uma definição de *resiliência*, conceito que migrou das ciências exatas para as áreas humanas. Daremos enfoque especial aos trabalhos desenvolvidos nas ciências humanas para, em seguida, tratar de diversos estudos sobre resiliência no âmbito da psicologia, mais especificamente dentro da psicanálise.

Mostraremos também algumas relações e aplicações do conceito de resiliência na vida cotidiana e sua prática nas mais diversas áreas. Por fim, apresentaremos a relação entre resiliência e trauma e resiliência e espiritualidade/fé, visto que o indivíduo resiliente experimenta amiúde momentos de transcendência, alimentada por sua fé e espiritualidade. Ser resiliente, é encontrar em si mesmo a capacidade de enfrentar situações de enorme dificuldade e sobreviver a elas com qualidade de vida. Enquanto algumas pessoas superaram seus problemas, outras nem mesmo conseguem reagir a eles, mas há também aqueles que saem como que fortalecidas independentemente da gravidade da situação.

Ensina o dicionário (*Novo Aurélio*) que *resiliência* é palavra do âmbito da Física e equivale à “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora duma deformação elástica”. Em sentido figurado, o mesmo dicionário registra *resiliência* com o sentido de “resistência ao choque” (*Ibid*).

A aplicação da palavra *resiliência* nas ciências sociais e humanas rapidamente ganhou espaço próprio entre nós, superando a acepção figurada em muito a restrita, a dos profissionais de Física e Engenharia, que comumente a empregam em disciplinas relativas à resistência de materiais.

Da mesma forma, no *Webster Collegiate* (1994), encontram-se definições em inglês para *resiliência* como: “O poder ou a habilidade de voltar à posição original ou a seu formato após haver sido encurvado, comprimido, esticado. Elasticidade; habilidade de recuperar-se rapidamente de doença, depressão ou algo semelhante”.

Ainda em inglês, o *Longman Dictionary of Contemporary English* (1995) registra duas definições para resiliência. A primeira, “a habilidade de voltar rapidamente ao estado habitual de saúde ou de espírito depois de passar por doenças e outras dificuldades, seria a chamada resiliência de caráter”. A segunda definição remete “à habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida – a flexibilidade”.

O *New Barsa Dictionary* (1972), por fim, registra o conceito de resiliência ligado ao de elasticidade e à capacidade de rápida recuperação em termos de saúde, bom humor, depressão.

A partir dessas definições, importa buscar o histórico do conceito nas ciências exatas para, em seguida, migrar para as ciências humanas, mais especificamente no que se refere à aplicação do conceito na área da psicologia.

## 1.1 – A resiliência nas ciências exatas

A origem do conceito de resiliência, baseada na resistência dos materiais consagrada pelo uso na Física e Engenharia, contou como precursor Thomas Young, cientista inglês que, em 1807, considerando tensão e compressão, introduziu pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade. Young descrevia experimentos sobre tensão e compressão de barras, buscando relacionar a força aplicada num corpo com a deformação por ela produzida. Deve-se ao mesmo Young o trabalho pioneiro na análise do estresse trazido pelo impacto e a criação do método para calcular essas forças (TIMOSHEIBO, *apud* YUNES, 2001).

Revisando o conceito de *resiliência* em termos mais próprios de físicos, acrescentamos que corresponde à energia de deformação máxima que determinado material é capaz de armazenar sem sofrer deformações permanentes. Isso também pode ser entendido como a capacidade de certo material absorver energia sem sofrer deformação plástica permanente.

Por meio de experiência laboratorial, sucessivas medições e formulação matemática, é possível relacionar tensão e deformação e determinar com acurácia a

resiliência dos materiais, estabelecendo para cada um deles seu módulo de resiliência (SILVA JR., 1972).

## 1.2 – A resiliência nas ciências humanas

Nos campos da Medicina, das Ciências do Trabalho e da Psicologia, o fenômeno da resiliência tem sido compreendido como a capacidade de o indivíduo recuperar-se após ter vivenciado circunstâncias adversas e ameaçadoras, tais como guerra, morte de pessoas queridas, doenças graves, maus-tratos ou abandono na infância e desemprego. E, apesar de toda a dor e sofrimento, conseguir superar o problema e prosseguir numa linha de desenvolvimento e bem-estar consigo mesmo e em sua comunidade, como bem explica Job (2000) em sua tese de doutorado, “*A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida*”.

Em países como o Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia, é grande o acervo de trabalhos relacionados ao tema aplicado às Ciências Sociais e Humanas. A popularização do assunto veio pelas referências constantes da mídia a pessoas, lugares, ações e coisas em geral, a exemplo de “*celebrities*” com espaço garantido tanto por tolerar quanto por terminar seus casamentos. Da mesma forma incluem-se pessoas ou coisas – pneus de veículos ou cremes para a pele, por exemplo – que tanto resistem a mudanças como as provocam, razão por que são chamadas *resilientes* nos anúncios de jornais e televisão. Além disso, não é raro ouvir de pessoas que se julgam *resilientes* ou *não resilientes*, o que sugere a “*objetificação*” ou “*coisificação*” do conceito (YUNES, 2001).

Aliás, Yunes (2001), em sua tese de doutorado, “*A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda*”, observa que o uso de *resiliência* no Brasil restringe-se a um grupo bastante limitado de pessoas em círculo acadêmico e que a maior parte de seus colegas da área de Psicologia, Sociologia ou Educação nunca teve contato anterior com ela, desconhece seu uso, formal ou informal, ou sua aplicação em quaisquer das áreas da ciência. Segundo ela, no Brasil, *resiliência* e seus significados ainda permanecem como “*ilustres desconhecidos*”.

Pelas definições colhidas nos vários dicionários gerais feitos entre nós, vêem-se que o conceito de *resiliência* não é claro nem abrangente no que se refere às pessoas. Essa imprecisão não se repete nos dicionários ingleses, cuja consulta esclarece a contento o fenômeno quando concerne à pessoa humana.

O conceito de resiliência mereceu estudos desde o final dos anos 60 e teria sido introduzido por Redl (cf. Job, 2000) na expressão "*resiliência do ego*", incluindo dois aspectos:

1. a capacidade de resistir a pressões patogênicas;
2. "a habilidade para se recobrar rapidamente de um colapso temporário, ainda que sem as ajudas externas, retornando para um funcionamento normal ou mesmo superior ao inicial".

Estudos realizados por Murphy (1987), também desde o final dos anos sessenta, pesquisaram o fenômeno da resiliência em crianças sob a ótica de sua capacidade de enfrentamento e as relações com vulnerabilidade e estresse. Nas palavras de Job (2000), repetindo o autor dos estudos, fatores físicos, biológicos e psicológicos, o enfrentamento às ameaças e, principalmente, o estímulo a uma visão otimista de mundo – com esperança e fé – sustentam a resiliência da criança e do adulto. Não são apenas resilientes, mas **querem ser** resilientes, respondendo a tudo o que possa contribuir para o triunfo. O autor chama a atenção para que

As raízes do otimismo assentam-se nas repetidas experiências de gratificação das necessidades, do sentir-se apto em contar com uma vida prazerosa. Tais experiências dão o suporte para mais tarde manejar adequadamente as frustrações e separações de forma que as coisas ruins possam ser transformadas em coisas boas (JOB, 2000).

Segundo o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME, 2000), o conceito de resiliência foi inicialmente relacionado à capacidade de regeneração e acolhido pelas ciências da saúde, em virtude de sua adaptação e flexibilidade, qualidades atribuídas a pessoas que conseguiram recuperar-se de doenças, catástrofes, guerras e de outras situações consideradas

traumáticas, abruptas e duradouras. Por serem de alto risco, era de esperar que as pessoas assim afetadas sofressem algum tipo de patologia.

A despeito dos traumas sofridos na infância ou na idade adulta, observou-se em algumas pessoas satisfatória adaptação à vida afetiva, à vida social e ao trabalho (SOUZA, *apud* FONAGY et al. 1994). Com enfoque na resiliência manifestada em diversas fases da vida, seja de adultos ou nas manifestações de adolescência e infância, casos considerados exceções passaram a ser objeto de estudo e pesquisas.

A informação de como a resiliência pode catalisar circunstâncias que favorecem a recuperação da saúde levou aos trabalhos de Rutter (1993), que situam a resiliência tanto no contexto individual como no ambiente social. O autor considera fundamentais as circunstâncias que antecedem ou mesmo que sucedem eventos de natureza potencialmente traumática e a capacidade dos indivíduos resilientes de conservar a "*estabilidade homeostática*" em termos gerais do bem-estar fisiopsicoemocional (OLIVEIRA, 2001).

O assunto *trauma* está intimamente ligado à resiliência, e por isso merecem especial registro os fatores desencadeadores de trauma, muito bem estudados por Levine (1999) em *O despertar do tigre*, que percorre todos os caminhos possíveis na abordagem – Curando o Trauma – , penetrando com minúcias em situações como:

“Acidentes de carro, doenças graves, cirurgias, assaltos. Bem como ainda, o experienciar ou testemunhar violência em descuidar de temas como a guerra, ou os mais variados tipos de desastres naturais" (LEVINE, 1999).

Enfim, são inúmeras as possibilidades geradoras de trauma, mas, ainda segundo Levine (1999), o trauma é um fato da vida e assim deve ser considerado. Reconhece-se toda a sua gravidade, contudo, não se pode vê-lo como condenação perpétua que encarcera o indivíduo e o impede levar uma vida saudável.

O conceito de resiliência nas ciências humanas tem sido compreendido como a capacidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos – ainda que em ambiente muito desfavorável – de construir-se ou reconstruir-se de maneira positiva em face das adversidades.

O trabalho produzido Walsh (2002) para o *Smith College Studies in Social Work* demonstra, mediante pesquisa e observações clínicas, a utilidade prática de um enquadramento que identifique e facilite o processo para a resiliência individual e relacional. Seu objetivo é ilustrar essa poderosa força orientada para curar, remediar, cicatrizar. É, no seu dizer, "... a transformação e o crescimento livre do trauma, da perda, com um foco firme na crença em um sistema que estimule e provoque a resiliência através de uma abordagem positiva, transcendente e espiritualista" (WALSH, 2003).

As adversidades e as mudanças provocam reações de desequilíbrio que exigem adaptações. "Quanto maior o desafio, maior a necessidade de desenvolver e potencializar certas habilidades, especialmente grande flexibilidade e capacidade de adaptação, inovação e criação diante das dificuldades do desconhecido" (WALSH, 2003).

A obra clássica de Edith Grotberg (1995), *Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*, talvez apresente, por sua simplicidade e clareza, a melhor definição de resiliência: "... capacidade universal que permite a uma pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou dominar os efeitos nocivos da adversidade" (GROTBERG, 1995).

Uma importante abordagem da resiliência está relacionada à educação, espaço recente de estudo e reflexão gerados pelo novo paradigma científico e de formação.

Na introdução da coletânea *Resiliência e Educação*, organizada pelo Prof. José Tavares (2002), catedrático da Universidade Católica de Lovaina, fundamenta-se a presença desse conceito novo, que traduz a realidade da pessoa humana em suas mais diversas organizações, refletindo sua própria essência, como seres inteligentes, livres, flexíveis, solidários, tolerantes enfim, descobrindo seus verdadeiros "eus". Dentre os inúmeros trabalhos apresentados na coletânea, salienta-se "Revelando o Sentido e o Significado da Resiliência na Preparação de Professores para Atuar e Conviver num Mundo em Transformação" (CASTRO, 2002). Realizado no ambiente escolar, esse trabalho evidencia a necessidade de reação devido ao constante fluxo de energia, processo de mudança imposto pela imprevisibilidade do mundo, sua complexidade e dinâmica e pela lenta capacidade do sistema de responder às exigências reivindicadas pela sociedade.

Outra importante contribuição, no campo das Ciências da Religião, classifica a resiliência como *mais que uma resistência*, encontrada nos negros da Irmandade do Rosário dos Homens Pretos. Segundo Santos (2006), em sua dissertação, os negros se reconstruíram dentro do processo de desconstrução a que foram submetidos. Tanto o homem quanto a mulher negra desenvolveram mecanismos de proteção como elevada auto-estima, determinação, confiança, sociabilidade, capacidade de abstrair sentidos positivos e reconhecer como efetivo o suporte do grupo. Pertencer à Irmandade produziu resiliência em negros e negras em geral (SANTOS, 2006).

Finalmente, a pesquisa bibliográfica indicou a importância do Prof. Boris Cyrulnik (2001), que experimentou na própria pele as dificuldades, ponto de partida para o que viria a ser sua obra precursora, *Los Patitos Feos*, de estudos dedicados à resiliência, na Universidade de Toulon, na França. Seus trabalhos são citados por diversos autores, em muitos países, constituindo-se referência relativamente ao tema.

De suas observações, interessa sobremaneira à nossa abordagem de resiliência o aporte substantivo sobre as formas como a adversidade fere o sujeito, provocando o estresse, que, por sua vez, gerará alguma espécie de padecimento ou enfermidade. No caso mais favorável, o sujeito produzirá uma reação resiliente que lhe permitirá superar a adversidade (CYRULNIK, 2001).

Seu conceito de "oximoron", que descreve a amputação do sujeito ferido pelo trauma, permite avançar mais ainda na compreensão do processo de construção da resiliência, encaminhando-se a outorgar um estatuto, que será incluído nos mecanismos de desprendimento psíquico.

O "oximoron" revela o contraste daquele que, ao receber o grande golpe, se adapta, dividindo-se. A parte da pessoa que recebe o impacto sofre com ele, e produz uma necrose; enquanto a outra parte, melhor protegida, ainda que sadia, mas um pouco mais secreta, reúne, com a energia do desespero, tudo o que pode seguir dando um pouco de felicidade e sentido à vida (CYRULNIK, 2001).

### 1.2.1 – A resiliência na psicologia

No âmbito da Psicologia, os termos *invencibilidade* e *invulnerabilidade* são os precursores do termo *resiliência*. Dessa forma, segundo Yunes (2001), vários autores são referidos na literatura sobre resiliência, entre os quais Matzen e Garnezy (1985), Rutter (1985), Werner e Smith (1992), que apontam o psicólogo infantil E. J. Anthony como o introdutor, em 1974, do termo *invulnerabilidade* no vocabulário da psicopatologia do desenvolvimento ao descrever crianças que, apesar de prolongados períodos de adversidades e estresse psicológico, apresentavam saúde emocional e alta competência.

A capacidade parental e também a de todos os que serviram de bons modelos por cuidarem bem, estimularem, dar apoio às necessidades das crianças, incentivando-as e tornando-as competentes para vencer os desafios, permite, segundo Anthony (1987), uma visão panorâmica da resiliência. Esse psicólogo preparou uma lista de tipos possíveis de desenvolvimentos para a invulnerabilidade. Estão nelas incluídos:

- O invulnerável como sociopata;
- O invulnerável superprotegido pela mãe, na verdade, um pseudovulnerável;
- O invulnerável propenso a acidentes, o falso herói, também um pseudovulnerável;
- Os verdadeiros invulneráveis, que se caracterizam por forte senso de controle pessoal, responsabilidade pelas próprias ações e, na maior parte das vezes, grande autonomia;
- Um grupo especial de invulneráveis, que engloba todos aqueles que ultrapassam e continuam a saltar por sobre os altos riscos e vulnerabilidades que enfrentam, que se aferram a seus ideais e jamais esgotam a esperança. Desenvolvendo uma filosofia de vida, ou uma perspectiva religiosa, conseguem ser altamente efetivos e construir uma barreira resiliente às vulnerabilidades.

O trabalho de Michael Rutter (1995,1993), um dos pioneiros do estudo da resiliência no campo da psicologia, discute a *invulnerabilidade* como resistência absoluta ao estresse, característica imutável que nos tornaria intocáveis e sem limites para suportar o sofrimento.

Segundo Oliveira (2001), em sua dissertação, *Câncer de mama e resiliência: uma abordagem psicossomática*, os autores que se referiram às *crianças invulneráveis* terminaram substituindo essa designação por *resiliência*, termo mais adequado que *invulnerabilidade*, impróprio pela falsa implicação de absoluta resistência ao adoecimento, o que não é verdadeiro e escapa ao bom senso. Uma suscetibilidade gradual ao estresse foi a fórmula mais adequada e aceitável para explicar com simplicidade por que alguns indivíduos são mais resistentes do que outros e que todos, ao final, têm limites.

E ainda mais: a invulnerabilidade assim entendida sugeriria aplicação a qualquer característica de risco – suposição biologicamente inverídica –, limitada pelo aspecto intrínseco ao indivíduo ilusório e especioso, dado que as evidências encontradas em pesquisas demonstram que a resiliência tanto pode estar no contexto social quanto no individual.

Finalmente, ainda segundo Rutter (1993), o termo *invulnerável* sugere uma característica imutável, o que não corresponde à verdade, pois as mudanças no desenvolvimento atuam da mesma forma sobre a resiliência quanto sobre qualquer outra característica.

Alguns pesquisadores, como Souza (2003), entendem que os primeiros estudos publicados sobre resiliência no âmbito da Psicologia datam da década de setenta e destacam, sobretudo o de Gayton et al. (1977), o impacto emocional na vida de uma criança portadora de fibrose cística sobre os membros da família. Os achados não demonstraram resultados significativos que comprovassem impacto psicológico negativo sobre as crianças, concluindo por sua resiliência.

Ainda segundo Souza (*apud* Heller, 1982), as pesquisas que investigaram a capacidade de adaptação de filhos e sobreviventes do holocausto nazista e do bombardeio atômico de Hiroshima mostraram, embora com certas restrições, evidência de resiliência individual e cultural dessa população como resposta a uma situação de extremo estresse.

Houve época também em que a resiliência foi considerada traço de personalidade ou conjunto desses traços, fazendo parte do patrimônio genético herdado biologicamente, suposto responsável pela invulnerabilidade da criança que o apresentasse. São nesse sentido os estudos de Anthony e Cohler (1987), que vieram a merecer observações referentes à compreensão de que os traços de personalidade mediavam processos fisiológicos e capacitavam pessoas altamente estressadas a permanecer saudáveis, o que justificaria seu temperamento fácil, nível mais alto de inteligência, nível igualmente mais alto de auto-estima, senso realístico de esperança e controle pessoal (SOUZA, 2003).

Essa visão é limitadora, conforme se vê pela definição mais recente de Rutter (1999) para *resiliência*: "O termo refere-se ao fenômeno da superação de estresse e de adversidades (...) a resiliência não constitui uma característica ou traço individual" (RUTTER, 1999).

A obra do psiquiatra britânico Michael Rutter tornou-se referência pelo número de publicações e pesquisas empíricas realizadas. É de notar que seus trabalhos mais conhecidos remontam ao início dos anos setenta. Ele tratava, na época, de estabelecer as diferenças entre meninos e meninas originários de famílias em conflito e de lares desfeitos. Esse trabalho mereceu uma continuação com o relacionamento dos conflitos entre os pais das crianças e seu desenvolvimento (RUTTER, 1971).

Na seqüência, em 1981, mais uma vez desponta sua obra com a análise da relação entre a ausência da figura materna e o surgimento ou desenvolvimento de psicopatologias na criança, quando desenvolve um capítulo dedicado à resiliência. Sua pesquisa levanta o questionamento de por quê, apesar de terríveis experiências sofridas, alguns indivíduos ficam como que imunes, não são atingidos e apresentam um desenvolvimento perfeitamente saudável.

Em 1987, apresenta sua definição de *resiliência*: "Variação individual em resposta ao risco (...) os mesmos estressores podem ser experienciados de forma diferente" (RUTTER, 1987).

Por outro lado, Werner (1989) avaliou políticas de intervenção, sempre examinando situações determinantes de sofrimento ou estresse, como doença ou divórcio dos pais e alcoolismo, e a diminuição à exposição dessas circunstâncias

pelo aumento e reforço de fatores protetores. Esses fatores incluíam redes de suporte e de afeto, o favorecimento das comunicações e a capacitação ou habilidade na solução de problemas. Seu trabalho com crianças em cuja família pelo menos um dos pais era alcoolista, ao contrário do que se poderia esperar, não apresentou nelas carências nos planos biológico e psicossocial, mas qualidade de vida adequada (Job: *apud* Werner 1989).

Da mesma forma, *Job apud Masten* (1990) e Nuechtterlein (1990) apreciam o aparecimento do chamado *fenômeno de competência social*, analisando as interferências recíprocas entre os sistemas sociais e individuais que promovem um adequado desenvolvimento das crianças.

Mais uma definição de resiliência apresentam Moraes e Rabinovich (1996), o que revela a pluralidade de visões sobre o conceito, compreendido de modos diversos: "Como conceito descritivo, é usado como oposto à vulnerabilidade, significando o resultado observado; como conceito explicativo, seria uma qualidade a ser detectada no ambiente ou no indivíduo, ou mesmo em ambos" (MORAES e RABINOVICH, 1996).

Rutter (1990) conclui que a resiliência não pode ser entendida como atributo nascido com a criança ou adquirido durante seu desenvolvimento. A única forma de encará-la seria "como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que ocorrem em um tempo, dadas certas combinações benéficas da criança, da família, ambiente social e cultural" (RUTTER, 1990).

Fonagy *et al.* (1994) têm para *resiliência* o conceito de desenvolvimento normal sob condições difíceis. As condições difíceis ou fatores de risco têm merecido estudos aprofundados da psicopatologia do desenvolvimento, área que analisa a gênese de problemas comportamentais ou emocionais. De outra parte, também funcionam fatores protetores, que podem ser entendidos como atributos individuais ou ambientais e protegem dos riscos, como se fossem amortecedores.

Os fatores protetores são descritos por Fonagy *et al.* (1994) como:

- Nível de inteligência mais alto e habilidade na resolução de problemas;
- Estilos superiores de enfrentamento;
- Senso de eficácia;

- Autonomia e controle interno;
- Senso de autoconceito;
- Consciência interpessoal e empatia;
- Boa vontade e capacidade de planejar;
- Senso de humor;
- Existência de parentalização competente;
- Existência de bom relacionamento com pelo menos um dos pais ou figuras parentais;
- Presença de apoio social na maturidade, por parte de esposa, família e outros;
- Existência de boa rede de relacionamentos informais;
- Boas experiências escolares;
- Envolvimento em atividades religiosas.

Muitos dos estudos relacionados à resiliência são dedicados a crianças, entre os quais os trabalhos de Cowen, Wyman e Work (1996), que têm por base a definição de *resiliência* como "ajustamentos preeminentes em face de estresses vitais significativos".

Seus trabalhos – estudos longitudinais que se prolongaram por mais de dez anos com um grupo de crianças urbanas altamente estressadas – versam sobre conflito com os pais, exposição à violência, famílias carentes sem condição de suprir as mínimas necessidades básicas.

Com conclusões semelhantes às encontradas em outros trabalhos, os pesquisadores atribuíram à criança resiliente temperamento fácil, alto quociente de inteligência, controle realístico, empatia e modos socialmente aceitos de solucionar problemas, além de consciência de competência pessoal. No que se referia a seus pais, outras qualidades foram atribuídas, entre elas o senso de eficácia e saúde mental, além de visão clara e positiva do futuro. Previsivelmente, o relacionamento entre pais e filhos mostrou-se bom.

Para concluir, os pesquisadores modificam o conceito de *resiliência de traço* para *desenvolvimento de potenciais*.

A resiliência é entendida por Blum (1997) como se fora "a capacidade de recuperar e manter um comportamento adaptado após um dano".

Em 1999, mais uma vez acompanhamos Edith Grotberg definindo resiliência como "a capacidade humana universal de superar as adversidades da vida e poder ser fortalecido por elas. É parte de um processo evolutivo e deve ser promovido desde o nascimento".

Verificou-se dos vários estudos sobre resiliência realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido que o objetivo da maior parte deles concentrou-se na criança e no adolescente, porém sempre numa perspectiva individualista, com enfoque em traços e disposições pessoais.

Grotberg, ainda em 1999, na condição de coordenadora do Projeto Internacional de Resiliência, também afirma que "resiliência é uma capacidade universal, que permite que uma pessoa ou comunidade previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades".

Mais uma vez, referimo-nos a estudos que produziram publicações muito citadas e consideradas referência: *Vulnerable but Invincible, Overcoming the Odds*, ambos de Werner e Smith (1982 e 1992); *The Invulnerable Child*, de Anthony e Coler (1987), cuja grande importância está em terem sido pesquisas realizadas por longo período de tempo – mais de dez anos – e abrangerem o desenvolvimento de indivíduos da infância à adolescência e mesmo à fase adulta.

Surpreende constatar que trabalhos como os de Werner e Smith, e seus colaboradores, iniciados em 1955 – acompanhando população de alto risco, monitorando os efeitos dos fatores de risco e os fatores de proteção que se manifestaram durante anos de desenvolvimento do indivíduo – tenham durado cerca de 40 anos.

Os fatores que discriminaram o chamado *grupo resiliente* nas pesquisas de Werner e Smith, tanto em 1982 como em 1986, incluíram:

- Temperamento das crianças e dos adolescentes percebido como afetivo e receptivo;

- Melhor desenvolvimento intelectual;
- Maior nível de auto-estima;
- Maior grau de autocontrole;
- Famílias menos numerosas;
- Menor incidência de conflitos nas famílias.

As autoras Werner e Smith referiam-se à resiliência identificada no início da pesquisa como "invulnerabilidade às adversidades", mas, posteriormente, reformularam esse conceito para "habilidade de superar as adversidades". Apresentaram em 1992, a conclusão da sua longa pesquisa afirmando que "um terço dos indivíduos considerados de alto risco tornaram-se adultos competentes, capazes de amar, de trabalhar, brincar e divertir-se, além de ter expectativas".

### 1.2.2 - Resiliência e Psicanálise

Foram abordados, de maneira geral, estudos realizados na psicologia, porém cumpre trabalhar a questão da resiliência dentro de uma área específica da psicologia – a Psicanálise. Importa examinar esse aspecto uma vez que a psicanálise aborda a dinâmica intrapsíquica do indivíduo, bem como sua relação com o inconsciente. Em especial, será enfatizada a leitura winnicotiana, dada a idéia desse autor de uma mãe suficientemente boa, cujo relacionamento pode auxiliar na constituição de um indivíduo resiliente.

Ressalva-se que, embora alguns entendam *resiliência* como elasticidade, o conceito atual não lhes dá sustentação, já que a resiliência não pressupõe a retomada ou retorno *ad integrum* ao estado anterior à ocorrência do trauma ou à situação de adversidade: nada será o mesmo!

A incisão no "eu" não se sutura; permanece no sujeito compensada pelos mecanismos do indivíduo, que se enunciam como pilares da resiliência. Com um pouco de tudo isso, mais o suporte conferido por outros seres humanos que outorgam indispensável apoio, a possibilidade de resiliência se configura e o

indivíduo segue sua vida. Assim, poder-se-ia concluir que *oximoron*, conforme descrito por Cyrulnik, se situa, da mesma forma que o conceito de Freud na incisão do "eu", no processo defensivo (MELILLO, 2002).

Sempre aparece a pergunta – “Como se desenvolve a resiliência?”

Partindo do princípio de que um dos pilares da resiliência é a auto-estima e de como ela se desenvolve a partir do amor e do reconhecimento que a criança, desde a mais tenra idade, sente pelos pais, comprova-se a construção do espaço de resiliência no indivíduo. Essa visão da resiliência, sob a ótica psicanalítica, mostra que esse primeiro pilar da resiliência sustenta o desenvolvimento de todos os outros, como afirma Melillo: "Criatividade, independência, introspecção, iniciativa, capacidade de relacionar-se, humor e moralidade" (MELILLO, 2002).

A relação do indivíduo com seu entorno põe em evidência os benefícios de estimular os pilares da resiliência claramente ligados ao *eu*. Nesse modelo psicanalítico, a fortaleza do *eu* enseja que o indivíduo transfira os requerimentos para outras instâncias e é, por sua vez, resultado e processo da cura psicanalítica e do desenvolvimento das capacidades resilientes.

O trauma pode ser o ponto de partida de uma estruturação neurótica ou psicótica, mas pode igualmente ser ponto de chegada na geração de uma estrutura defensiva muito útil e forte.

Portanto, mais uma vez se agrega informação ao conceito de resiliência quando se verifica que ela se tece, vai crescendo, à medida que se busca não apenas no interior da pessoa ou em seu entorno, mas na conjunção de ambos, um processo íntimo com o meio social. Nada disso – fique claro – elimina as características individuais de força ou debilidade.

Mas são os pais ou aqueles que os substituem nos cuidados iniciais que funcionam como mediadores com o meio social, que ajudam a formação de constituição, exercida por meio de uma ação neutralizadora dos estímulos ameaçadores. Todavia, ainda que essa condição inicial do sujeito persista por toda a vida, sempre será fundamental "outro ser humano para superar as adversidades mediante o desenvolvimento das fortalezas que se constituem na resiliência" (MELILLO, 2002).

Dessa forma, conclui-se que a auto-estima, com a ajuda e observação dos outros, pode ser reorganizada e reelaborada, servindo-se de novas representações, ações, compromissos e relatos. Poderíamos pensar em uma familiarização com o perigo, no que tange ao objeto de nossa pesquisa relacionada com o câncer, de maneira a poder superá-lo em uma forma "*contrafóbica*".

Em sua exposição na Associação Escola Argentina de Psicoterapia para Graduados, Melillo cita Freud: "O longo caminho da psicanálise se deve à dificuldade, que pode ser muito grande, em mudar as circunstâncias do sujeito" (MELILLO, 2002).

Para continuar, o desenvolvimento da resiliência requer mudança nas circunstâncias do sujeito, desde que se lhe permita contar com o auxílio de outro humano que gera o estímulo e as fortalezas do seu "*eu*", de modo a favorecer suas defesas e capacidade de sublimação. Se o mundo externo produz uma implosão traumática no indivíduo, o auxílio exterior de outro pode restituir a capacidade de recuperar o curso de sua existência.

### **1.3 - Aplicações da Resiliência**

O novo conceito, surgido no ambiente das investigações de epistemologia social, foi fruto das observações de que nem todas as pessoas submetidas a situação de risco sofriam de enfermidades ou padeciam de algum tipo de doença. Como já vimos anteriormente, não só superavam a situação como dela muitas emergiam fortalecidas, razão por que o conceito foi estendido para outros campos da atividade humana.

Maria Cecília Pereira Gomes, em *Vácuo, Vazio e Resiliência: processo analítico em pacientes precocemente traumatizados*, trabalho apresentado no Congresso da IPA, no Rio de Janeiro, em julho de 2005, relata casos clínicos de sua experiência profissional nos quais a evolução do processo analítico permitiu a pacientes condições de resiliência capazes de transformar certas contingências de sua realidade externa que lhes causavam dor mental, fê-los melhor suas limitações e descobrir um viver mais criativo.

Vale a pena transcrever a imagem, retratada de forma poética por Boris Cyrulnik, ("*Los Patitos Feos*"), ao discutir o processo de resiliência, pela riqueza com que se manifesta e pela clareza que revela do assunto que nos intrigou:

Para curar o primeiro golpe, é preciso que meu corpo e minha memória consigam fazer um certo trabalho de cicatrização. E, para atenuar o sofrimento do segundo golpe, é preciso mudar minha idéia do que me aconteceu, é preciso que eu consiga reelaborar a representação de minha desgraça e sua encenação sob o olhar de vocês.

À cicatrização do ferimento real se acrescentará a metamorfose da representação do ferimento. Mas o que o "Patinho Feio" levará muito tempo para compreender é que a cicatrização nunca é segura. É uma fenda no desenvolvimento de sua personalidade, um ponto fraco, que pode sempre se declarar sob os golpes do destino. Essa rachadura obriga o "Patinho" a trabalhar incessantemente sua metamorfose interminável. Então, poderá levar uma vida de cisne, bela, porém frágil, porque nunca poderá esquecer seu passado de patinho feio, mas, ao se tornar cisne, poderá pensar nele de maneira suportável.

Isso significa que a resiliência, o fato de se estabelecer e se tornar bonito, apesar de tudo, nada têm a ver com a invulnerabilidade nem com o êxito social (CYRULNIK, 2002).

Em quase todos os campos da atividade humana se constata situações de resiliência. Muito recentemente, na área de administração, passou-se a estudar com profundidade a organização resiliente, entendida como a empresa que supera dificuldades.

Inúmeros foram os trabalhos publicados pela *Harvard Business School Press*, abordando o assunto e a convergência entre resiliência e administração. Dentre eles, salienta-se a contribuição de Diane Coutu, que, com uma simples questão: "*Como funciona a resiliência?*", levanta diversas, mas garante que, mais do que educação, mais do que experiência, mais do que treinamento, o nível de resiliência de cada pessoa determinará quem tem sucesso e quem falha.

### 1.3.1 Convergência de Câncer e Resiliência

Para estabelecer uma ligação sólida entre pacientes com câncer e resiliência, importa compreender melhor a doença e suas circunstâncias e enveredar, ainda que ligeiramente, pelos caminhos específicos da medicina para coligir definições e entender manifestações. Aliás, outra motivação que nos indica essa via é a obrigatoriedade de conhecer a terminologia dos profissionais da área, a exemplo do que se lê em suas entrevistas.

É preciso ter em conta que, até muito recentemente, o câncer de tal forma era considerado um estigma a ponto de não se citar o nome da enfermidade, recorrendo-se ao eufemismo “doença ruim”.

O volume de informações sobre o câncer é muito grande e tende a crescer cada vez mais. Primeiro, porque não consiste numa só doença, mas em um conjunto de mais de 200 doenças distintas, como informa Lowe (1993), com multiplicidade de causas, história natural e diferentes formas de tratamento.

Segundo, porque, em muitos países, já é bem maior o controle sobre doenças infecciosas, tornando-se o câncer um problema mais comum e merecedor de maior atenção científica. Por fim, novas descobertas no campo das ciências básicas, particularmente na área de genética, proporcionam novos métodos para o estudo da biologia do câncer.

*Câncer* é o nome dado a um conjunto de 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.

Dividindo-se rapidamente, tais células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo risco de vida.

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo: existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais,

como pele ou mucosas, é denominado *carcinoma*. Se começa em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem é chamado de *sarcoma*. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são: a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes – a metástase (INCA, 2006).

As origens do câncer, segundo os epidemiologistas Higginson e Doll, referidos por Drinkwater e Sugden (1993), e, por sua estimativa, de 80% a 90% das neoplasias humanas, prendem-se a fatores ambientais. Essa estimativa baseia-se na comparação entre o risco médio de um indivíduo desenvolver câncer e aquele resultante da soma das menores taxas observadas por localização anatômica. Assim, entende-se o meio ambiente de forma bem ampla para incluir a indução ao câncer pela exposição a agentes químicos específicos ou vírus, bem como o risco de câncer por fatores alimentares ou mesmo por padrões reprodutivos. No caso, a exposição a agentes carcinogênicos pode resultar de usos como o tabaco, ingestão de toxinas naturais ou condições de trabalho em determinadas atividades.

Além disso, há que considerar a carcinogênese viral, com suas quatro famílias de vírus etiologicamente associadas a neoplasias humanas. Para simplificar, enumerem-se apenas mais conhecidas, como o vírus HTLV-I, referente à leucemia, e o HBV, vírus da hepatite B.

A partir da carcinogênese, o câncer passa por diversos estágios, culminando, em muitos casos, com a morte do portador, história natural do câncer, caso não sofra interrupção. As características completas do desenvolvimento no seu período inicial ainda estão sob investigação, contudo, Love (1993) destaca:

"A história natural do câncer é um processo de múltiplos estágios cujas características dos principais estágios são únicas e bem descritas; e mais, a história natural de um câncer ocorre através de um período de tempo variável, com um período de latência que pode durar até muitos anos".

Alguns trabalhos científicos mostram claramente as ilações entre pacientes com câncer e resiliência. Neles aprendemos que há muitas formas de criar resiliência, conforme descrevem as lições encontradas em *Older adults with cancer*:

*resilience and its connections with social support and spirituality-faith*, de Pentz, da Universidade de Indiana, nos Estados Unidos.

O ponto central da obra de Pentz é que

Os idosos são freqüentemente vistos como fracos, desgastados, demonstrando quase a impossibilidade de contribuir para a sociedade, bem como de continuar a crescer como pessoas. Os estudos realizados mostraram que, muito ao contrário, poderiam ser resilientes e cheios de vida, mesmo ante a possível devastação do câncer (PENTZ, 2002).

As observações feitas a partir de entrevistas em profundidade com treze pacientes com câncer, em idade avançada, serviram mais uma vez para demonstrar como as pesquisas desenvolvidas com o objetivo de avaliar relacionamento – no sentido de proximidade e relação – entre pessoas estão bem documentadas na literatura específica dedicada às pesquisas de câncer. Estudos de experiência psicossocial, porém, têm sido limitados, com poucas referências na literatura científica, razão a mais para destacar a importância deste estudo, que investiga a experiência psicossocial em adultos com câncer e suas conclusões. Os cinco temas que emergiram de todos os dados obtidos apontam unanimemente, de modo positivo, que o suporte social e a fé espiritual são os dominantes.

O estudo conclui que adultos em idade avançada, com bom apoio social e suporte de fé espiritual, estão em muito melhor condição para lidar com as perdas associadas ao câncer e superá-las do que os que não têm essa dinâmica. O inesperado se encontra na afirmação de que esses resultados contrariam a maioria dos relatos, mostrando que as conseqüências negativas em várias situações de vida tendem a ser evidenciadas. Outra surpresa da pesquisa diz respeito à gratidão e sua enorme importância para idosos com câncer. Na conclusão, o trabalho enfatiza a necessidade de mais pesquisas, porque ainda é muito pequeno o conhecimento acumulado nessa área, e afirma que, mesmo com câncer, adultos idosos podem ser resilientes quando confrontados com a doença (PENTZ, 2002).

Torna-se importante, neste ponto, retornar à pesquisa de Walsh (2002), *Crisis, Trauma, and Challenge: a relational resilience approach for healing, transformation and growth*, já mencionada. Pois ao encarar o tratamento, dá-se a

transformação, e o crescimento de indivíduos saídos de situação de trauma, de crise e de perda, também com enfoque em sistemas de crença que estimulam a resiliência por meio de atuações que têm significado, que manifestam visão positiva, transcendência e espiritualidade.

Nossa pesquisa, cujo objetivo é entender a resiliência como fator de superação do câncer, salienta do estudo de Walsh um capítulo integralmente dedicado às chamadas *variáveis* que promovem a resiliência.

Muitos estudos importantes extraem conclusões de pesquisas realizadas com famílias "*que funcionam bem*" e sintetizam esses elementos em conceitos que formam a estrutura, o verdadeiro esqueleto, a ser utilizado mais tarde na condução de práticas clínicas. Surgem então, mais tarde, sistemas de crenças, simplesmente denominados *belief systems*, e sua importância como controladores da adversidade. Atualmente, nos modelos de sistemas de terapia familiar, com o advento de uma teoria pós-moderna, deu-se enorme atenção à subjetividade, ao significado das experiências e da construção social dos sistemas comuns de crenças.

Ainda segundo Walsh (2002), o empírico mundo ocidental repete bastante o adágio "*ver para crer*". Os índios americanos diriam que é preciso acreditar em alguma coisa para poder vê-la. Ante uma tragédia pessoal, um evento traumático intenso, as crenças familiares dominantes, com raízes culturais e crenças religiosas, como que pulam à frente e influenciam a percepção e resposta. Esses sistemas de crença intervêm poderosamente em nossa visão dos eventos e nas transições mais importantes de nossa vida, a par dos sofrimentos, mágoas e das nossas opções.

Nesse sentido, estimula-se a resiliência ao encarar a crise como *desafio compartilhado*, partindo do princípio de que quando se unem, os indivíduos reforçam sua habilidade de superar adversidades.

A resiliência também se forja no combate à adversidade, com a formação de um sentido de coerência, assumindo-a ainda uma vez como desafio quando compartilhada, tornando-a administrável, compreensível, com sentido. Tudo isso compreende o desenvolvimento de esforços para esclarecer a natureza e a fonte dos problemas, com a conseqüente avaliação das opções possíveis (WALSH, 2003).

O sentido da adversidade e das crenças sobre o que se pode fazer varia de acordo com as normas culturais. As sociedades ocidentais acentuam a

responsabilidade pessoal e a habilidade. Assim, encaram os eventos críticos com a interpelação de:

*"Por que eu, por que nós?"*,

*"Como foi acontecer uma coisa dessas?"*,

*"Como poderíamos ter evitado?"*.

São as emoções negativas, uma vez que não se pressupõe invulnerabilidade ou imunidade à situação traumática ou adversa. Esta, na verdade, só suscitará emoções negativas no sujeito ou grupo que a experimenta, como ódio, raiva, culpa, dentre outras. A reconfiguração interna envolve recursos para lidar com essas emoções.

Barlach (2005), referindo-se a Vanistendael e Lecomte (2004), que retomam a questão proposta por Fankl (1997), também investiga a perplexidade do indivíduo que, atingido por algum infortúnio, indaga amargurado: "Por que eu?", repetindo a incompreensão perplexa do bíblico Jó.

A posição dos autores citados é propor a substituição dessa pergunta por outra: "Para que eu?", de modo a induzir o indivíduo a questionar o sentido do fato. Enquanto "*por que*" está na busca da explicação do passado, "*para que*" liga-se ao futuro, tentando atribuir significado às coisas que, por vezes, parecem não tê-lo.

Essa posição nova tenderá a transformar as emoções negativas, de certa forma permitindo a passagem da condição de vítima à de resiliente (BARLACH, 2005).

Da mesma forma, as conseqüências imediatas à tragédia estão focadas na responsabilidade e/ou culpa que podem redundar em atribuir culpa a alguém, em demonizar pessoas ou assumir atitudes de retaliação. Todavia, a resiliência é realmente provocada quando se reúnem os esforços de recuperação, tentando entender as raízes das causas, de forma a aprender pela experiência como preveni-las ou minimizá-las no futuro.

Quando uma tragédia se abate do nada, como os inimagináveis ataques terroristas de 11 de setembro, em Nova Iorque, a incompreensão da natureza do evento e suas causas, acompanhada da incerteza de segurança futura, complica sobremaneira o *ter significado* e a conseqüente recuperação. Na seqüência, ocorre

a já mencionada *demonização* do inimigo, ou a busca de retaliação e vingança. O maior desafio está em entender melhor as várias origens do terrorismo e buscar as iniquidades e injustiças que deságuam nele (WALSH, 2002).

Indagações dessa natureza, junto a grande quantidade de pesquisas, ganharam corpo nos Estados Unidos após os atentados de 11 de setembro de 2001, em Nova Iorque.

No campo da administração, trabalhos como o do Prof. Mario Moussa, do prestigioso *Wharton College of Business Administration*, apresentado na ASIS Internacional – American Society for Industrial Security, em 2005, nos Estados Unidos, abordam com profundidade o tema "Resiliência Organizacional", base de uma das disciplinas da universidade, que estudam gerenciamento de risco e crises.

Todos esses trabalhos visam analisar e entender como puderam sobreviver empresas e pessoas literalmente destruídas e totalmente desestruturadas após os atentados das torres gêmeas – sobreviver, não apenas seguir vivendo, e mesmo crescer mais do que antes da tragédia.

Ao analisar a literatura relacionada com resiliência no ambiente organizacional, Malvezzi (2000) aponta indicadores da enorme pressão exercida sobre os indivíduos para cumprirem metas bastante ambiciosas, prazos cada vez mais exíguos e uma enorme quantidade de incertezas sempre a pairar sobre a cabeça dos executivos.

Esses indicadores provocarão mudanças tanto nos indivíduos quanto nas organizações. As contingências novas vão determinar a necessidade de encontrar fórmulas novas, que, por sua vez, implicarão flexibilidade de estrutura e de vida pessoal.

O objetivo é adaptarem-se às chamadas *novas contingências econômicas, sociais, culturais, tecnológicas e políticas* (MALVEZZI, 2000).

Todas essas circunstâncias acabam por infligir aos indivíduos problemas de saúde física e psíquica, que se classificam na área da Psicopatologia do Trabalho, segundo Dejourn e Abdoucheli (1994), ensejando o cruzamento do tema *resiliência* com as questões atuais do trabalho humano, bem como suas rupturas.

A resistência ao risco de desestabilização psíquica e somática se dá pelos benefícios à identidade, aumentados pelo chamado *sofrimento criativo*.

Tal sofrimento pode trazer benefício porque o trabalho funcionará como mediador para a saúde, na medida em que ocorre um processo de resiliência. Esse processo, gerado pela adversidade, provoca a eclosão da resiliência e é o enfrentamento da situação adversa que torna possível ao sujeito crescer e lhe proporciona benefícios à saúde mental.

Cada vez mais, a vida estressante vai conduzindo os executivos para situações de risco, que acabam afetando de maneira geral todos os trabalhadores.

A pressão e a responsabilidade do trabalho, a incapacidade de aceitar as próprias falhas, a falta de tempo para a família, a falta de apoio dos pares, a falta de reconhecimento, a frustração e a falta de domínio sobre o futuro são fatores de risco (JOB, 2003). De outra parte, ainda segundo Job (2003), são fatores de proteção a autonomia, auto-estima, autodeterminação, respeito, reconhecimento, participação da família, os amigos, a esperança e a fé.

A resiliência, para Job (2003), está relacionada com a auto-estima, busca de significado para a vida, esperança, preservação da identidade, bem como com crenças individuais e auto-afirmação.

Alentado número de trabalhos enfatiza os efeitos fisiológicos e psicossociais de uma visão positiva relacionada a lidar com a adversidade.

A esperança é fundamental: ela alimenta o espírito da mesma forma que o oxigênio alimenta os pulmões. A esperança energiza esforços para permitir o domínio dos desafios assustadores, na opinião de Cornel West, citado por Froma Walsh:

"Não importa quão devastador o presente ou gélido o panorama imediato, a esperança nos compele a antever um futuro melhor e nos esforçarmos por ele" (WALSH, 2003).

O que se pretende é, em condições de saturação de problemas, de intenso estresse, reconquistar a esperança e vencer o desespero paralisante. Esse

resultado se obtém com empatia pelo esforço e com o apoio da esperança e desejos, ou mesmo sonhos, de vida melhor.

Mais uma vez apoiados no texto de Walsh, entendemos a importância das palavras de Martin Seligman (1990), com seu conceito de "*otimismo aprendido*", de especial importância no que se refere à resiliência. Seus estudos sobre o "*desamparo*" demonstraram que, em repetidas experiências de fracasso, as pessoas tendem a parar de tentar e tornam-se passivas, pessimistas, generalizando a impressão de que "*as coisas ruins sempre acontecem comigo e não há como evitar!*".

Em contraponto, Seligman desenvolveu a noção de que o otimismo também poderia ser aprendido. Assim, seria possível superar o pessimismo com experiências de controle do sucesso, com a construção de confiança e com o esforço individual.

Outra linha de raciocínio fundamentou os estudos epistemológicos, na direção do que se chamou "*ilusão positiva*".

No dizer de Taylor (1989), que sustenta a esperança no lidar com a adversidade, nos casos de doenças desafiantes, para conceituar tudo o que abala profundamente os indivíduos, posição que bem se afina com o nosso objetivo de relacionar o câncer e a resiliência como fator de superação da doença.

Nessas circunstâncias, não se trata simplesmente de desejar "*voltar a ser normal*", fazer de conta que nada aconteceu e que tudo se resolve num passe de mágica, de forma alegre. Cumpre aprender a aceitar a realidade amarga, o prognóstico desgostoso.

O esforço pessoal, entretanto, a convicção de que lutar pode modificar a realidade, colaboram na superação das desvantagens. É o caso do paciente com câncer que, ao descobrir que 80% das pessoas nas suas condições não se recuperam, reorganiza seus pensamentos e coloca-se no universo que se recuperará, passa a entender que fará parte dos 20% com chance de cura. Assim, mais uma vez, a crença nas possibilidades conduz a ações – iniciativa e perseverança –, levando o paciente a convencer-se de que é possível controlar a desventura, reduzir os riscos e aumentar as chances de superação.

Fundamental a observação de Sung (1996), no que diz respeito à expressão de um desejo representada por Deus, baseada na esperança, de certa forma muito

próxima do assunto *resiliência*. Em suas palavras verifica-se que a esperança e o desejo da existência de Deus refletem a vontade de realizar aspirações e sonhos. Enfim, essas esperanças só se materializarão com a existência de Deus e sua iinterveniência.

O desejo de Deus nasce da constatação dos limites do homem, pois Deus é a certeza, baseada na esperança de que os sonhos se realizarão e os esforços serão compensados (SUNG, 1996).

Textualmente, Jung Mo Sung nos ensina que

"Fé e esperança constituem o salto com que transpomos nosso limite em busca da realização de nossos sonhos mais belos e secretos. E nesse salto, inseguro como todo e qualquer salto, experimentamos o gosto do vôo. O espírito de Deus é a força-vento que nos sustenta e nos impulsiona para vôos mais altos" (SUNG, 1996).

Retornaremos o tema ao examinar o binômio fé / resiliência e suas profundas implicações de ordem psicológica.

Quando abordamos a questão das aplicações da resiliência, tocamos em alguns pontos que merecem discussão mais cuidadosa, tais como a transcendência e a espiritualidade. Poderíamos estabelecer alguma relação entre a resiliência, ou melhor, entre o ser resiliente e vivências de transcendência e espiritualidade? Mais: de que maneira a fé influi na possibilidade de experienciar a resiliência?

É ponto assentado que a fé na transcendência, que os aspectos espirituais da esperança que ultrapassa explicações racionais exercem influência favorável no convívio dos pacientes com a doença grave de que são acometidos.

## Capítulo II

### Fé e Religião

O termo *religião*, segundo nos ensina Afonso Maria Soares, em *Interfaces da Revelação*, em seu berço etimológico - *relegere? religere? - religare?* – com sua inscrição marcadamente ocidental já rendeu milhares de páginas a teólogos, filósofos e cientistas da religião.

Todavia, ao tomar a uma distinção terminológica emprestada de J. L. Segundo, mostra a possibilidade de superar alguns impasses em relação ao tema principal, ao estabelecer a distinção entre a *fé antropológica e religião* (fé religiosa). A chamada fé antropológica se relaciona ao plano de valores, ao da significação, e, portanto a uma dimensão que pode ser considerada como universal. A operacionalização da fé antropológica pode ser ou não realizada de forma religiosa, que se justifica pelo fato de que sua autenticidade não está vinculada à modalidade.

Continuando Soares (2003), relata que ao se falar de religião, temas como dogmas, ritos, símbolos, ou seja, um conjunto de práticas, bastante próximo da fé (antropológica), vem à nossa mente, em um primeiro momento. Porém, continua o prestigiado autor, nem sempre é assim. Pois acontece com freqüência que pessoas com os mais variados e opostos valores de vida pratiquem a mesma religião.

No entanto, poder-se-ia afirmar que as pessoas transitam habitualmente entre os diversos sistemas religiosos mais por razões de eficácia do que para buscar novas estruturas de valor. E, segue elencando o caso dos fenômenos brasileiros, categorizando-os como *mixagem religiosa*. Complementando com a citação:

(...) o manto sagrado que o termo religião joga sobre este mundo de instrumentalidade, terminando por confundi-lo com aquele da significação, constitui para o homem uma das fontes mais consistentes de má fé. Fornece-lhe uma escapatória com respeito a outros valores que requereriam a sua atenção e a sua responsabilidade se ele olhasse a realidade que o circunda com o coração aberto para as necessidades de seus semelhantes, ou seja, à principal fonte de estruturas significativas para o homem (SEGUNDO, 1997).

Verifica-se, portanto, haver a perda de preciosa energia, desperdiçada na condenação de significantes aparentemente destoantes, sem que se pergunte, como acentua Soares (2003), de forma mais detida, da existência de uma possível confluência no nível do significado. E, por conseqüência, no equivoco do significante único.

No entender de Segundo (1997), o termo religião significa freqüentemente a renúncia do ser humano à tarefa de estruturar valores últimos em que se crê. E explica, é, sobretudo essa atitude de Jesus de Nazaré crítica na religião de seus contemporâneos. Essa, em vez de ajudar o homem em discernir entre o bem e o mal, em meio à ambigüidade da história, prende-se a regras rituais, independentemente de tais valores.

Continua, afirmando que algumas de suas regras perderam totalmente os critérios de escolha dos valores históricos. Referindo-se, como exemplo, à exacerbação farisaica da diferenciação puro-impuro. Tal religião é incapaz de optar *hic et nunc* por uma proposta histórica concreta. Por conseguinte, segue considerando que, desta forma, desincumbe-se da responsabilidade eminentemente humana e parte em busca de critérios divinos anistóricos. Para concluir, advirem daí as controvérsias das autoridades judaicas contra o profeta Jesus, tanto na hipótese da dependência demoníaca (para explicar as doenças e os fracassos humanos) quanto a espera dos sinais do céu (para decidir-se concretamente por quais dos valores apostar a vida).

Cabe observar que posturas em determinada etapa do judaísmo, como de observar o sábado e abster-se de certos alimentos e objetos por impuros, foram eficazes para manter fundamentos e preservação de uma identidade humano-religiosa. A exacerbação, está em pretender elevar as tais técnicas, ideológicas, ao *status* de imutabilidade, de serem absolutas e se tornarem a significação última da vida do povo gerando o problema.

Porém Soares (*apud* Segundo, 1997), reconhece que, se é verdade que a proposta autenticamente evangélica contraponha-se a uma visão simplesmente instrumental da religião, não é, pelo contrário, falso que a pregação dos primeiros cristãos tenha sido feita com base e mediante significantes explicitamente religiosos. Como, por exemplo: Deus é Amor (Jó 4,11-20); o Pai ressuscitou a Jesus (1Cor

15,12-19); o Deus cristão não privilegia ninguém (Tg 2,1-9); “a religião pura e sem mancha é visitar os órfãos e as viúvas nas suas tribulações” (Tg 1,27).

Tais dados transcendentais eminentemente religiosos, em vez de desmentir, condicionam o conhecimento do Deus verdadeiro.

Para efeito de nossa pesquisa, baseada no judicioso trabalho do Professor Afonso Maria Soares, basta-nos acrescentar ser uma prática religiosa correta “à medida que dá um valor principal às necessidades do ser humano, em seu aspecto secular. E isso, sempre”. Reconhecê-lo é admitir que semelhante via não é, em princípio uma exclusividade católica ou cristã. Tal não impede, porém, que essa óbvia relativização do religioso termine por assumi-lo e integrá-lo positivamente.

Para complementar, Segundo detém-se então em outro possível significado do termo religião: “uma fé - antropológica – se converteria, mediante a revelação, em fé religiosa e continuaria a desempenhar a mesma função básica: estruturar o mundo dos valores-em-si para cada existência humana”.

Já, nas palavras de Tillich (2001), a fé é um estado em que somos possuídos por algo que nos toca incondicionalmente, integralmente, sentido, manifestado e realizado no âmago de nossa vida pessoal, é o ato mais íntimo e global do espírito humano.

Não há possibilidade de desenvolver o assunto sem uma abordagem conceitual. Os problemas que cercam o conceito devem ser esclarecidos de modo a tornar claras as proposições. Para que não haja dúvidas sobre a asserção da matéria e se possa produzir um trabalho científico, faz-se necessário estabelecer postulados convincentes e devidamente coerentes com as convicções propostas.

Assim, importa de início abordar a fé sob o enfoque psicológico, para o que cumpre ainda verificar os conceitos que dizem respeito a caráter, atitudes e comportamento do ser humano. A fé é constituída por conteúdos conscientes e inconscientes em nível da relação do sujeito que crê com a divindade – uma realidade exterior, o meio ambiente, e uma realidade interior, o “eu” (PEREIRA, 2003).

O ato de crer, que se constitui na fé, não se processa apenas por uma decisão consciente, mas, nas palavras de Pereira (2003), em *A Fé como fenômeno psicológico*, trata-se simplesmente de uma decisão consciente e espontânea do

sujeito. É movida por impulsos, vindos dos substratos inconscientes. Essa posição deve ser relativizada, já que na seqüência, continuamos com seu raciocínio, apenas motivados pelo anteriormente afirmado: “tratar-se de abordagem sob o aspecto psicológico”, quiçá afastando-se de uma abordagem relacionada à religião enquanto ciência.

A fé provém primeiramente da vontade de Deus, pela sua graça. É algo que ocorre independentemente da vontade ou do desejo daquele que crê. Assim, a fé que se tem no divino origina-se na própria divindade (Santo Agostinho, *apud* Pereira, 2003).

As pesquisas atuais sobre os fenômenos da religião, da crença e da fé mostram que suas raízes descem às profundezas do inconsciente. Assim, mais uma vez, segundo as palavras de Pereira (2003), a fé é

Inseparável do ser humano, e se constitui em atributo essencial da existência. Pela própria natureza, está ligada de forma íntima à realidade psicológica do ser que crê, pois envolve sentimentos, emoções, vontades, desejos, atitudes e demais aspectos da personalidade.

Há várias formas de observar a fé como fenômeno, entre elas a visão existencialista, pois que a fé é entendida – e sobre isso não paira a menor dúvida – como um importante fenômeno existencial.

O balizamento das teorias com visão existencialista relativamente à fé encontra-se no conjunto da obra de Jung, que desenvolve na psicologia contemporânea a relação entre a psicologia e a religião e, conseqüentemente, questões relacionadas com a fé e sua manifestação pela simbologia; na obra de Tillich, *Dinâmica da Fé*, de 2001, com sua visão contemporânea dos pressupostos teológicos e sua condição de avaliação significativa sobre a fé e o sagrado. Bem como no trabalho de Heidegger, como observa Pereira (2003), por sua visão de filósofo e seus subsídios para a análise da fé como fenômeno psicológico.

Nesse contexto, sob a ótica dos três autores acima referidos, são observados temas como o relacionamento entre a razão e a fé. Enquanto a razão preconiza o

entendimento, a fé transcende o cognitivo e vai em direção a outros elementos essenciais. Portanto, a razão é puramente objetiva e a fé, ao contrário é subjetiva.

A compreensão dos fenômenos espirituais, como afirma Pereira (2003),

"Perpassa por veredas conflituosas, uma vez que a aceitação da fé implica harmonizar os valores espirituais, anímicos e racionais, pois depende da aquiescência do ser total. E isso é um fato psicológico. É a busca da consonância entre opostos".

Finalmente, embora a fé extrapole a razão, não há a possibilidade de fé genuína sem razão, ela relaciona o pressuposto da existência de um ser superior do qual se espera resposta, convicção esta que procede da razão e sintetiza o conceito, como bem observa Pereira (2003), de que se crê porque racionalmente se sabe da existência da divindade que responde.

E, embora sempre existam as tensões entre a razão e a fé, no âmbito da religião, é possível encontrar certa harmonia entre elementos aparentemente tão conflitantes, eis que ambos são a base para o crescimento religioso.

A conclusão, segundo Pereira (2003), está em saber que a fé é um fenômeno psicológico, que se enquadra na categoria dos valores sentimentais, e que, para a sua efetivação, carece de reflexões racionais. Sem a fé, o ser humano se torna irracional e, sem razão, ele também não pode ter fé, eis que fé sem razão é apenas credence.

Quando se pensa, porém em fé como sentimento, é importante mencionar que *fé* significa uma atitude de confiança num ser que, embora invisível, é perceptível em forma de sentimento interior e transcendente à razão e só pode, entretanto, nas palavras de Pereira (2003), ser vivenciada por um ser racional. Assim, cumpre entender que fé não é algo que se tem, mas que se sente; não é uma coisa que se possui, mas seguramente é um *sentimento*, é o ato de *sentir*.

Importante a colocação de Groome, *apud* Pereira (2002), que discute com bastante largueza a questão da fé e da crença, analisando os aspectos cognitivos e afetivos da fé, bem como seu aspecto intelectual, mostrando que "a dimensão afetiva da fé cristã assume a forma de uma relação de crédito num Deus pessoal".

Se estiver relacionada com a área afetiva, está na dimensão do sentimento, sem, contudo, desprezar o intelectual, o cognitivo.

Mais uma vez em Pereira (2002), apud Johnson, em *Psicologia da Religião* encontra-se a afirmação de que

... fé é mais do que crença, a crença é julgamento. A fé é a devoção de toda personalidade, num penhor de lealdade (...) a qualidade emocional da fé se revela numa confiança e segurança básicas que proporcionam tranqüilidade.

Afonso Garrido Sanz, fazendo referência a Schleiermacher, em *La Iglesia en el Pensamiento de Tillich* (1979), citado por Pereira (2002), se refere à fé como "*la fé non es sentimiento*".

Pode-se concluir, à luz dos diversos autores referidos, que a fé não é só sentimento nem só emoção, mas todos os componentes que entram em jogo no contexto de fé estão sempre imbuídos de profundos e significativos sentimentos.

A fé é sentir, logo a afirmação:

*Eu tenho fé!*

Não é adequada, deveria ser:

*Eu sinto fé!*

O sentimento seria uma manifestação das partes mais profundas do ser.

Independentemente de seu conceito teológico, psicológico ou filosófico, as pessoas crêem e manifestam a fé das mais variadas formas, devido a influências grupais e estereótipos.

Ao analisar o indivíduo, percebe-se que o fenômeno da fé é estritamente individual; é a fé exclusiva daquela determinada pessoa. Cada pessoa crê segundo sua fé. É, portanto, um fenômeno psicológico. Cada pessoa, segundo Pereira (2002), é o que é, e crê segundo sua maneira de ser. As pessoas não são iguais e, portanto, muito diferentes em sua essência.

Então, a fé é a manifestação do sentimento daquele que crê, e é exatamente a manifestação do sentimento daquela pessoa tal como ela é – é **sua fé** – um ato puramente individual.

No entender de Pereira (2003), conforme os padrões da Igreja Católica, segundo a concepção de Santo Agostinho (354-430), encontrada nas *Confissões*:

... a fé é algo inerente ao próprio ser (...) não se define como algo que o ser possui. Antes é parte integrante do próprio ser, pois a fé emana do "numinoso" e, sendo este o divino dentro do próprio ser, é dele que a fé nasce (...) A fé é portanto a manifestação do divinamente eterno princípio que rege o nosso sistema de crença.

É o Deus presente em nós que nos faz ter fé.

Pereira (2003) mais uma vez faz a fé provir do inconsciente e ser, portanto, subjetiva, embora de manifestação consciente e forma objetiva. Para ele, "a subjetividade da fé é objetivada pela forma".

A fé não se incorpora, vivencia-se, pois não advém de reflexões racionais, oriunda que é das profundezas do sentimento.

Outro importante elemento é a confiança. Entendida como ato vital, a fé é sinônimo de confiança, fato fundamental para a vida humana. Nos momentos de tormenta, abatimento, fracassos, é preciso confiar em alguma coisa que esteja além dos limites do determinado e do objetivo.

Por conseqüência, a insegurança natural do ser humano pode ser entendida como uma força geradora de fé, pela necessidade psicológica de encontrar um ponto de sustentação para proteger sua fragilidade. A fé para ser entendida como a resposta à dúvida: "Será a esperança da resposta certa do divino no qual crê"?

Nas palavras de Erich Fromm (1968), citado por Pereira (2002): "A fé é a incerteza do incerto".

Qualquer pessoa, num dado momento, pode ser arrebatada pela fé, porque ela nasce das profundezas de seu ser e decorre das realidades que o cercam; não é um ato de vontade, embora não exista sem ela.

Segundo Paul Tillich (1957), em *Dinâmica da Fé*, citado por Pereira (2003), a fé é algo que toma conta de nós incondicionalmente e nos impulsiona em busca do sobrenatural, do extático, embora não se constitua na perda da razão. Diz ele:

"... ao contrário, a razão não se faz presente como elemento realizador da fé, crê-se e sabe-se que se crê. Portanto, fé sem razão não é fé – a fé vai além da razão".

De fundamental importância para atender aos objetivos de nosso trabalho é o entendimento do binômio *fé – esperança*.

O princípio é não haver uma separação; ambas caminham juntas e retroalimentam-se, em mútua dependência, na esperança de ver atendidos os seus desejos. A conseqüência se reflete na afirmação de que, sem esperança, não há fé, e de que quem está com esperança está com fé. A dúvida pode existir – com efeito, está quase sempre presente – mas também funciona como alavanca propulsora da fé, impedindo-a de sobrepor-se pelo exercício da "*fé incondicional*".

Alcançar uma graça é então conseqüência de um fenômeno psicológico e não se mede por mais ou menos fé, visto que, por ser subjetiva, ela é imensurável. Portanto, não depende da religião professada, dos fundamentos teológicos que a norteiam, de conceitos filosóficos ou das crenças e credences populares sobre o assunto.

A busca de resposta às suas necessidades, pela fé, se relaciona às características do próprio homem, constringendo-o a crer num ser superior capaz de respondê-las.

Este ser superior, em São Paulo, nos *Atos dos Apóstolos*, dialogando com os gregos de Atenas, lhes anuncia o "Deus Desconhecido" que, na verdade, é o mais conhecido. "*Nele vivemos, nos movemos e existimos, porque somos também de Sua Linhagem:*" Traduzindo para nossa linguagem nós nunca vamos a Deus, nós nunca saímos de Deus, porque estamos sempre dentro de Deus. (BOFF, 2000).

Este é o pensamento radical, a experiência de fundo, de onde nascem os muitos caminhos espirituais. Pois todos os caminhos, ainda nas palavras de Boff (2000), conduzem a Deus. A dimensão de Fé, a dimensão mística, a dimensão de

uma visão mais originária e profunda consistem em ver que cada caminho não conduz a erro. Cada caminho é caminho para a fonte. Por isso, por mais diversas que sejam as religiões, todas elas falam do mesmo, do mistério, de Deus.

Mais uma vez, a convergência da resiliência com a fé pode ser explicitada no momento em que emerge a necessidade, cuja intensidade depende dessa mesma necessidade psicológica e emocional, bem como do nível de tensão a que o indivíduo está submetido.

Poder-se-ia incluir no assunto a afirmação de que se crê pelo desejo de resolver conflitos, imagem que se torna mais clara nos estados de tensão:

Pois se busca o impossível através do divino, que está em potencial dentro de si mesmo, projetado no ente externo; e naquele instante é capaz de dar-lhe respostas e, na consciência da finitude, encontra psicologicamente o apoio incondicional do ser infinito, que é transcendente, porque espiritual (Pereira, 2003).

Para finalizar, a fé, como força imensurável, leva aquele que crê à realização de verdadeiros milagres, mas continua um fenômeno inexplicável, eis que se realiza no âmbito sobrenatural da convicção. É nesse sentido que se entende a máxima religiosa cristã encontrada em Mateus (17,2): "A fé remove montanhas".

Esse é o momento de entender a fé sem definição racional, mas como fenômeno transcendente, porém real, por proceder do fundo do inconsciente daquele que crê. Para concluir, a fé é:

Um fenômeno psicológico que transcende à razão, que compreende o resultado das potencialidades humanas animadas e dinamizadas, pela graça do eternamente divino poder, que é também transcendente, mas que proporciona a atualização objetiva dos desejos daquele que crê (PEREIRA, 2003).

De outra parte, mais uma vez, observando a obra de Juan Luis Segundo, em seu livro "O Homem de hoje diante de Jesus de Nazaré", Afonso Soares(2003) mostra que, todo ser humano tem necessidade de testemunhos referenciais, que requerem como critério certa fé, para articular seu mundo de valores. Sendo

impossível experimentar todos os valores que vão conduzir sua vida, antes de decidir-se por eles, deve o homem confiar em alguém que já tenha a informação, ou a vivência que validem a escolha.

Assim, a fé poderia ser entendida como um grande dispositivo de poupança energética sobre o qual se funda o projeto humano (SOARES, 2003).

Mais uma vez, Soares (2003), analisando Segundo, reitera que toda fé estrutura valores encontrarão mais tarde uma via de realização na complexidade do real, para concluir que toda fé se expressa e se transmite somente mediante fatos, resultado simultaneamente aos valores que se pretende transmitir ou das técnicas que os realizam.

## **2.1 - Resiliência, Transcendência e Espiritualidade**

As crenças transcendentais permitem encontrar significado e motivação muito além de nós mesmos, inclusive para nossos apuros iminentes. Em seus trabalhos clínicos, a Dr<sup>a</sup> Walsh testemunhou as dificuldades vivenciadas por uma de suas pacientes, em grave depressão e em fase de retrocesso. Por muitos meses, após a perda de um filho "natimorto", visitava o túmulo diariamente, levando consigo seu filho de quatro anos de idade. A origem de seu problema foi identificada pelas dificuldades advindas do casamento. Muito embora tivesse recebido educação católica, havia-se casado com um judeu. Como é bastante comum nos casamentos inter-religiosos, nenhum dos cônjuges assumiu obediência à religião do outro ou à decisão de educar os filhos nesta ou naquela religião. A morte de seu filho desencadeou uma tragédia e ela atribuiu-se a culpa disso; fora castigada por Deus por não ter batizado o primeiro filho. O encaminhamento do casal para o competente aconselhamento psicológico e religioso, com a assessoria de clérigos treinados para cuidar de preocupações religiosas dessa natureza, foi definitivo para a solução do caso.

Estudos realizados por Walsh (1999), relacionados com recursos espirituais utilizados em terapia familiar, apontaram benefícios para a saúde, especialmente ao sistema imunológico e na melhor recuperação da doença, advindos da oração, da meditação e do apoio da congregação religiosa a que se pertence.

Assim, há pesquisas que documentam as crenças e práticas espirituais como um manancial de cura e resiliência.

Da mesma forma quando se dá a "descoberta do limite humano", segundo Sung (1996), nos momentos de situações muito difíceis, ou mesmo nas chamadas situações-limite, como a morte. Nesses momentos importantes, é mais que normal apelar para a ajuda de forças "*sobrenaturais, usando ou não terminologias religiosas tradicionais*".

Nos momentos mais drásticos, como a doença grave de um ente querido, a sensação de impotência manifesta-se particularmente forte. É a incapacidade de fazer qualquer coisa ante o problema, e a possibilidade da perda, como bem salienta Sung (1996), assusta muito.

Estamos no Ocidente em um momento de mudança de tempo: terceiro milênio, século XXI, novos tempos, novas propostas. Nesse limiar de um novo tempo, está ocorrendo um recrudescimento da Espiritualidade em todos os âmbitos da vida, estendendo-se além do contexto religioso propriamente dito. As empresas, por exemplo, começam a inserir, nos programas da Qualidade de Vida, reflexões sobre valores e sentido da vida e isto, em essência, inclui o que se entende por Espiritualidade (PESSINI 2000).

Também é verdade que Pessini (2000) cuida do assunto Espiritualidade como um aspecto distinto da Religiosidade situando-a no campo subjetivo do mundo interno e não no campo do sistema de crenças dogmáticas que pertencem às religiões.

Para muitos, a predisposição de nutrir o espírito, seja pela natureza, pelas artes ou pela criatividade, independentemente de uma religião formal, termina por atingir os mesmos resultados. A expressão espiritual também se dá na compaixão pelos outros, nas ações comunitárias e nos trabalhos de voluntariado social. Adultos resilientes freqüentemente dedicam a vida e a carreira a aliviar e prevenir o sofrimento de outros (WALSH, *apud* Higgings, 1994).

Nossos momentos espirituais são muitas vezes entendidos como se fossem ligadas à religião, podendo ser confundidos com uma ligação religiosa.

Porém, dentro de uma visão científica como observa Jung (1944), "espiritualidade" não se refere a uma determinada profissão de fé religiosa, e sim à

relação transcendental da alma com a divindade e à mudança que daí resulta, ou seja, chamada Espiritualidade, está relacionada a uma atitude, a uma ação interna, a uma ampliação da consciência, a um contato do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento, amadurecimento, que este contato pode resultar para a personalidade.

Um dos caminhos possíveis para processar– se esta relação transcendental da alma com a divindade, segundo Jung (1944) é a meditação. Desta forma, ainda em suas palavras, a Espiritualidade não está relacionada a crenças e dogmas, os quais pertencem ao campo das Religiões institucionalizadas.

Estas sim, são formas codificadas e dogmatizadas de experiências espirituais originárias, nos dizeres de Carl Jung, bem explicitadas no trabalho “*Sonhos e vivências de natureza espiritual relacionados à fase terminal*” dos Professores Ana Catarina de Araújo Elias e Joel Salles Giglio.

Existem pessoas espiritualizadas que nunca participaram de organizações religiosas e existem outras que freqüentam regularmente serviços religiosos e não são espiritualizadas (ELIAS e GIGLIO, *apud* Thomsen, 2005).

Nas palavras de Leonardo Boff, em *Ecologia, Mundialização e Espiritualidade*, antes de tudo está a experiência do mistério, a experiência de Deus. Somente depois vem a Fé. A Fé não é, em primeiro lugar, a adesão a uma doutrina, por mais revelada e sobrenatural que se apresente.

A Fé só tem sentido e é verdadeira quando significa resposta à experiência de Deus, feita pessoal e comunitariamente. Fé é então expressão de um encontro com Deus que envolve a totalidade da experiência, o sentimento, o coração, a inteligência, a vontade (BOFF, 2000).

## **2.2 – Resiliência e Religiosidade**

De acordo com Edênio Valle, as religiões fundamentam-se, em última análise, em algum tipo de "experiência religiosa", por ele apresentadas como compreendidas desde suas raízes humanas existenciais. Assim seriam uma possibilidade que nasce

do próprio existir humano e se relacionariam com as interpelações últimas do mundo, interpelações essas que o autor denomina "*sagrado*".

Valle (1998) adverte que convém distinguir "*religiosidade*" como experiência subjetiva de "*religião*", visto que diferem quanto à matriz, às funções sociopsicológicas, psicológicas e socioantropológicas.

A religiosidade se mostra como fator capaz de proteger o indivíduo das circunstâncias desfavoráveis, segundo a análise da religião e do papel que desempenha no fortalecimento do indivíduo, de modo a validar a escolha de quem passou por situações de adversidade extrema, realizada por Marcus e Rosenberg (1995) e utilizada por Barlach (2005) em sua dissertação "O que é resiliência humana".

Identificaram os autores uma condição ligada à religiosidade entre os judeus prisioneiros dos campos de concentração nazistas que tanto lhes permitia fazer face à agressão física como preservar sua integridade psicológica.

As circunstâncias extremas que afetam violentamente a humanidade e o indivíduo podem ser minimizadas pela religião, que oferece a possibilidade de manter a auto-estima, autocoessão, e contribui para o relativo equilíbrio que sustenta a autocontinuidade.

Verifica-se que a religião, de maneiras distintas, proporcionou compreensão, previsibilidade e segurança.

Valle (1998), citando W. James (1985), que define *religião* como o conjunto de "*sentimentos, atos e experiências do indivíduo humano, em sua solidão, enquanto se situa em uma relação com seja o que for por ele considerado como divino*", observa que a psicologia aceita sem restrições esse modo de entender religião. Seu ponto de vista é corroborado por A. Vergote (1969), para quem, independentemente da crença teológica, importam "*os sentimentos religiosos e as experiências religiosas, os ritos, as crenças, fenômenos parciais*".

Assim, Valle (1998) aceita a possibilidade de uma atitude religiosa individual, que não se expressaria por meio de um rito socializado, embora ressalva que um sujeito possa realizar ritos religiosos sem aderir interiormente a seu sentido propriamente cultural.

Historicamente, verifica-se que a religião não é jamais nem a realidade mental de uma idéia, nem um sistema objetivo de práticas de cultos, mas, de um lado, um encontro com o divino e, de outro, uma resposta por meio de uma *práxis* (VALLE, 1998).

Concluindo, Edênio Valle define *religião* como "*um conjunto orientado e estruturado de sentimentos e pensamentos. O homem e a sociedade tomam, por intermédio dela, consciência vital de seu ser íntimo e último e, simultaneamente, nela se torna presente o poder do sagrado*".

O relacionamento entre resiliência e religiosidade tem muitas facetas, das quais é digna de menção a que diz respeito ao homem perante algo que considera divino.

A história de Jó é exemplar para a compreensão do fenômeno *resiliência* visto sob o ângulo do sofrimento, das perdas e dos recursos mobilizados para enfrentá-los.

Muito utilizado para mostrar uma profunda reflexão sobre sofrimento, o *Livro de Jó* (27:3-6) narra a história de um homem com abundância de recursos para si e sua família, devoto a Deus e probo, segundo os padrões rigorosos de seu tempo. Em determinado momento, Satanás desafia a Deus: o servo zeloso do Altíssimo persistiria na fé e obediência ainda que de tudo fosse privado, aí incluída a vida dos entes queridos, todos os bens, a própria saúde?

Na trajetória de Jó, acompanhando seu sofrimento, vê-se que Satanás, primeiro, arrebatou os bois, os camelos e mata seus escravos; na seqüência, incendia seus rebanhos e pastores e ergue do deserto um furacão que priva de vida seus dez filhos.

Jó, resignado, não se queixa contra Deus.

Satanás, então, faz que o corpo de Jó arda em lepra, levando-o até muito perto da morte. Mesmo assim, padecendo extremo sofrimento, em momento algum Jó levanta a voz para blasfemar contra Deus. Suas queixas amargas apenas amaldiçoam o dia em que nasceu.

Ao longo de todo o atroz sofrimento, Jó dirige-se a Deus para externar sua esperança e confiança Nele. nenhuns de seus infortúnios, numerosos e indizíveis, o abalaram a ponto de tirar-lhe o equilíbrio ou demovê-lo da fé.

Jó foi aconselhado pela esposa a amaldiçoar a Deus.

Aos amigos que vieram consolá-lo – Elifas de Teemã, Baldad de Chua, Sofar de Naama e Eliú de Buz – respondeu que seu castigo era muito maior que seus pecados, mas que, sendo justo, Deus não afligia somente os ímpios e, em sua infinita sabedoria, era magnânimo na distribuição da justiça.

Acusado de arrogância apela para o testemunho de Deus, momento em que Eliú manifesta-se de forma contundente ao dizer que só o sofrimento purifica o homem.

Deus surge para defender Jó, proclama sua inocência diante de todos e repreende seus amigos. De Jó cobra uma resposta sobre os mistérios da criação, para confundi-lo e mostrar-lhe a pequenez humana. Jó se arrepende de sua soberba por contestar o Altíssimo, reconhece que é pó e ao pó retornará e pede perdão.

É a vitória de Deus sobre Satanás!

Como recompensa, Jó recebe de volta tudo o que perdera, em dobro. Seus bens, seus novos filhos e uma vida que o levará aos 140 anos de idade!

Jó mostrou com clareza sua esperança, não se deixou intimidar pelas adversidades e infortúnios, como se vê de suas palavras:

"... enquanto houver em mim um sopro de vida e o alento de Deus nas narinas, meus lábios não dirão falsidades, nem minha língua proferirá mentiras. Até o fim de minhas forças manterei minha inocência; mantenho minha justiça, não a abandonarei" (Jó, 27: 3-6).

Ao reconhecer que o homem é pó e cinza e que a sabedoria é divina, Jó é abençoado por Deus. A bênção se materializa pela mudança de sorte, restaurando-lhe a felicidade e restituindo-lhe multiplicadas as posses perdidas.

O propósito da história de Jó é mostrar até onde um homem justo pode resistir às provações e confirmar que sua esperança é a salvação.

No Antigo Testamento, no livro das origens do mundo e da criação, encontra-se a saga de Isaac, um menino que pode ser considerado o primeiro sobrevivente, a criança que, como milhões de outras, posteriormente, estava condenada à morte precoce.

Segundo a narrativa descrita por Job (2000), Isaac era filho de Abraão, patriarca justo cuja fé em Deus jamais se abalara, um corajoso que, tal como Jó, foi submetido por Deus à prova da fé.

Abraão recebe de Deus a ordem de levar Isaac, seu filho querido, à terra de Moriá e lá oferecê-lo em holocausto em uma das montanhas.

Sem o menor questionamento, Abraão, de imediato, segue com o filho e os servos ao local indicado para cumprir o que lhe fora determinado. No altar montado para o sacrifício, Isaac, amarrado, observa em silêncio os preparativos.

Subitamente, a voz de um anjo se faz ouvir, proibindo o pai de levantar a mão contra seu filho, cancelando a injunção anterior: Abraão, pela escrupulosa obediência de que tinha dado testemunho, salvara a vida do filho que Deus parecia ter condenado.

É o exemplo de não-rebeldia, de espírito e fé, já que Isaac casou-se e teve filhos, sem nunca ter-se deixado abater pelo infortúnio.

A história de Jó, por sua vez, sob o ponto de vista de ensinamento sobre o conceito de resiliência, mostra que a fé é o elemento fulcral, com a qual enfrenta a dor e todas as situações extremas.

Jó é um indivíduo resiliente!

A história de Jacó, citada por Barlach (2005), trata de outro personagem bíblico sujeito a provações. Sete foram elas, segundo a Bíblia, desde o desentendimento com seu irmão Esaú com respeito à primogenitura; os sete anos de trabalho prestados a Labão em nome de seu amor por Raquel; a luta com o anjo que o surpreende na viagem em que reencontraria Esaú; o estupro de sua filha Diná com todas suas conseqüências; o luto por engano por seu filho José, que se livrou do homicídio tentado pelos próprios irmãos; a entrega de seu filho Benjamin em troca de alimentos do vice-rei do Egito – depois provada como mais uma farsa

contra ele – e, ao final, a reconciliação dos irmãos com José e os acontecimentos que a antecederam com seu filho Simão.

A Bíblia não faz referência aos pensamentos de Jacó, mas fica demonstrada a resiliência nas palavras a ele atribuídas: "sete vezes cairá, e sete vezes levantará". E, mais ainda, por transcender seu sofrimento pela via de elevação espiritual (BARLACH, 2005).

### **2.3 - Resiliência, Fé e Trauma**

A raiz da fé, segundo o conceito de Winnicott, lembrado por Kehdy e Ramos (2005), aparece na "*emergência da crença*" no ser humano. Surge no que ele designa como "*capacidade de acreditar*", utilizada com o significado de segurar, de conter, relacionando-se com a competência.

Outro nome que lhe dá é "*crença em algo*", com sentido dinâmico de algo a ser potencializado, a caminho de acontecer e mesmo de ser completado.

Winnicott crê num espaço interno para abrigar o que ele denomina "*crenças*". Segundo ele, em seu pensamento religioso, o homem precisa criar e recriar Deus; é a necessidade de colocar o bom a salvo de seu ódio e de sua destrutividade.

Desde a criança, com sua capacidade inata de criar e ir em busca de objetos significativos, que possam ser usados. E, de outro lado, os bons cuidados oferecidos pelo meio ambiente.

A construção do espaço interno para abrigar a fé só pode existir se for permitida ao bebê a experiência da ilusão onipotente de ter criado o mundo, condição realizada apenas se o bebê foi sustentado no tempo, pelo ambiente, e se esse era suficientemente bom (KEHDY e RAMOS, 2005).

Enquanto, de outro lado, a forma traumática precoce surge pelo resultado da incapacidade do ambiente em atender às necessidades do bebê. O sucessivo interromper dessas necessidades estabelece a descontinuidade do "*continuar a ser*" do bebê.

Na seqüência, são criadas defesas, que se organizam para tentar bloquear as disrupturas e vivências de colapso.

E as defesas tomam conta do lugar da crença e da ilusão.

O trauma provoca o colapso do sentimento de existência e será constituído caso o adulto não seja capaz de reconhecer e validar a dor por ele provocada.

O desastre, se assim pode ser chamado, desses eventos psíquicos é a perda pela criança da confiança e da fé, bem como a perda da capacidade de ilusão.

Roberto Kehdy e Heloísa Ramos vão buscar em Freud, *Moisés e o Monoteísmo* (1939), contribuição para o tema *trauma*, com a indicação de um fator qualitativo no desenvolvimento da neurose, que aponta o duplo sentido no traumatismo. Relembremos que

"um traumatismo que fica incrustado no psiquismo não pode ser repetido, rememorado e, portanto, representado. Por outro lado, um traumatismo que se organiza em sucessivas repetições tem a possibilidade de ser elaborado".

E talvez, nessa segunda possibilidade com o fator qualitativo referido por Sigmund Freud, encontre-se terreno que permita o desenvolvimento da resiliência.

## Capítulo III

### Análise das entrevistas

Visando ao melhor resultado possível, as entrevistas foram organizadas por categoria profissional, com concentração de tópicos e sistematização da análise. Para tanto, agruparam-se as respostas dos entrevistados, momento em que as convergências, coincidências e eventuais diferenças tomaram vulto.

#### 3.1 Análise das entrevistas com religiosos

A primeira pergunta – de como se deu a escolha da profissão – foi respondida com base na vocação, no encontro de um significado, numa relação com Deus. Cumpre observar que os religiosos optam pela escolha vocacional no começo da adolescência, sob influência do ambiente familiar, a que se alia em inclinação pessoal, íntima, que se manifesta como forte opção.

Questionados sobre o impulso mais forte que os fez pender para a escolha da profissão, todos os entrevistados apontaram que a família exerceu um peso decisivo na escolha. Para o Prof. Edênio, despontava a idéia de ajudar as pessoas por causa do amor a Deus. Pe. Deolino, por sua vez, admirava as vestes dos religiosos e se encantava com a cerimônia da missa, além de ser atraído para o seminário pela sua paixão pelo futebol.

Nota-se que, de forma geral, não era ainda clara, no momento da escolha, toda a abrangência da profissão que abraçaram. A compreensão foi acontecendo aos poucos e despontou, em sua plenitude logo depois, com a maturidade.

O dia-a-dia dos religiosos entrevistados mostrou que dois deles selecionados para a pesquisa também são psicólogos. Essa dualidade aparente extremamente valiosa pela riqueza das observações anotadas: uma rotina que se divide entre o atendimento psicológico, atividades da congregação religiosa e aulas em cursos de graduação e pós-graduação. De outra parte, Pe. Anísio, como capelão do Hospital

das Clínicas, passa o dia todo em atendimento a doentes, além de cumprir suas funções como religioso.

Continuando, foi levantada a questão relacionada à experiência de cada um especificamente com a doença câncer.

Pe. Anísio tem vasta experiência em atendimento de pacientes com câncer, entre outras enfermidades, uma vez que há 15 anos trabalha como capelão no maior hospital da América Latina: o Hospital das Clínicas de São Paulo. Pe. Deolino e Pe. Edênio, embora sem prática de atendimento hospitalar, são chamados para ali por parentes ou familiares para levar conforto espiritual.

Interrogados se a Fé influencia na cura ou na convivência com a doença, os religiosos garantem que ela é muito importante no processo de cura ou de convivência. Ao lado da Fé, no entanto, lembra Pe. Anísio da necessidade do tratamento médico escrupuloso, da atitude responsável, madura. Ciente da delicadeza do assunto a abordar, o Prof. Edênio mostra com muita sabedoria a expectativa, a esperança de encontrar uma saída, que poderia ser a cura. Pe. Deolino, por sua vez, lembra testemunhos daqueles que se curaram através da fé. Vê-se em todos eles, todavia, sempre a clara demonstração do aguçamento da espiritualidade, ou da religiosidade, dos pacientes quando demonstram acreditar que a Fé representa papel relevante, equivalendo na prática a uma ferramenta que potencializa o tratamento.

Não é fácil discutir o tema terminalidade. A questão passa pela Fé, considerada importante para conferir dignidade a esse momento, segundo as palavras do Prof. Edênio. Um ponto relevante assinala a necessidade de companhia, como mostraram os Padres Deolino e Anísio. Para este último, a terminalidade refere-se ao sentimento de perda e à necessidade de companhia para completar essa etapa final da doença. Pe. Deolino está de pleno acordo quando se manifesta pela necessidade de unir familiares e pessoas que possam apoiar o paciente em fase terminal.

Todos os entrevistados afirmam ter encontrado pessoas resilientes ao longo de sua experiência. Há, portanto, unanimidade ao declarar a existência de pessoas resilientes: de uma forma ou outra, com conceitos que passaram pela construção de experiência humana de maturidade, como bem observa o Prof. Edênio. A

maturidade é tida como condição para a resiliência aflorar no indivíduo, na concepção de Pe. Anísio, para quem a fé madura é sempre o ponto principal. Pe. Deolino lembra que os que a cultivam não se deixam abater, indo buscar forças e capacidade de reagir, encontrando energia dentro de si próprios.

Ao ser abordada a eventual contribuição da fé para tornar um indivíduo resiliente, o Prof. Edênio ainda uma vez fixa os parâmetros da discussão do problema ao observar o sentido forte da palavra *Fé* no âmbito da Psicologia, sentido que ajuda a interpretar o bem e o mal e a tornar resiliente o indivíduo. São, portanto, indiscutíveis essa contribuição e essa capacidade, que também dizem respeito ao canto da Ética e da Política. Pe. Deolino vai ainda além e garante que a Fé é o que ativa a resiliência. Pe. Anísio, mais cauteloso e movido pelas dificuldades diárias de seus pacientes, considera muito importante a contribuição, mas insiste no que chama de *fé* madura, momento em que o indivíduo luta, mas sem negligenciar suas obrigações. Diz que prefere a palavra *esperança* e refere-se à resiliência como a luta de um esperançoso.

### **3.2 Análise das entrevistas com psicólogos**

Descobrimos, ao perguntar sobre a escolha da profissão, motivações presas a circunstâncias diferentes, mas o ponto em comum foi querer trabalhar com o ser humano. Vocação para trabalhar com pessoas, caso de Letícia, que conta com mais de trinta anos de carreira. Rosângela optou por não afastar-se da faculdade, escolha que pareceu a mais acertada. Finalmente, Dulce sempre quis trabalhar em alguma coisa que pudesse ajudasse pessoas.

O impulso dirigido à profissão seguiu o mesmo rumo, com o objetivo de auxiliar e entender o próximo. Pelas palavras de Letícia, o que há é o gosto pelo “ser humano”, a vontade de melhor entender pessoas, suas angústias e alegrias. O impulso mais forte foi olhar a necessidade da alma humana, explica Rosângela, acrescentando que ia encontrando-se a si mesma na medida que buscara a outro, embora reconheça ter havido influência significativa de familiares. Para Dulce, sempre foi a vontade de ajudar pessoas.

A rotina diária das psicólogas não é uniforme. Inclui consultório, com atendimento de pacientes, caso de Dulce e Letícia. A última também leciona e explica que educação é uma coisa muito forte em sua vida. Já Rosângela por um bom tempo prestou assistência espiritual em hospital, trabalho que até hoje mantém. Dulce também atende pessoas hospitalizadas, a pedido delas, familiares ou amigos.

No que tange à experiência com câncer, Rosângela afirma abordar a questão de forma mais ampla: quando começa o tratamento psicológico com um paciente, busca descobrir em que ponto ele se encontra. Seus estados podem ser, segundo ela, de revolta, de negociação com a doença ou de aceitação. Letícia teve alguns casos na sua carreira, mas acontecimentos com ela mesma, relacionados com a doença, foram marcantes. Dulce se envolveu com a Oncologia por praticar o método calatônico<sup>1</sup> de 1983 a 1991, experiência que diz ter sido marcante.

A importância da fé na cura ou convivência com a doença também provocou resposta unânime. Para Letícia, fé faz a diferença, conforme testemunhou ao ter pacientes desenganado curar-se por meio da fé e espiritualidade, por serem pessoas de muita fé. Ela garante que a Fé ajuda muito, que é uma experiência interna forte, muito marcante, e revela pelo que passou há alguns anos, a experiência interna do Divino, a profunda presença de Deus, vivida como experiência de autoconhecimento. Rosângela acha que sim, por sua observação do cotidiano num hospital. No dia-a-dia, muitas vezes a pessoa não se da conta desse lado espiritual; é como se tivesse todo o tempo do mundo para viver e em algum momento, essa Fé aflora na vida de todos nós. Conta Rosângela que, ao passar experiência de capelã sempre que chegava para fazer um encontrava um crucifixo ou uma mensagem. Isso lhe chamou a atenção para o significado que o gesto evocava na pessoa, naquele momento de fragilidade por que estava passando. A opinião de Dulce confirma as anteriores. Tendo trabalhado em Hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS, que atende principalmente pacientes pobres e de pouca escolaridade, ela conviveu de perto com a questão da Fé nesse ambiente. No entendimento daquelas pessoas, é a Fé que as faz enfrentar e superar situações difíceis.

---

<sup>1</sup> Técnica de relaxamento profundo que leva a regulação do tônus promovendo o reequilíbrio físico e psíquico do paciente. Técnica criada por Pethó Sándor.

A respeito da terminalidade, a posição dos psicólogos é de vê-la como uma transformação, uma passagem para outro nível de consciência ou de transcendência, nas palavras de Letícia, que relatou o caso de um paciente seu, doente de câncer, que penetrou a fundo nesse sentimento. Para Rosângela, atender um paciente terminal significa assumir a posição de estar diante de uma situação difícil tanto para si própria como para o paciente. É importante tanto para quem vai como para quem fica cuidar desse distanciamento gradativamente. Interessante observar a antecipação do luto, mencionada por Dulce. Sua linha de trabalho foca o processo da terminalidade, com luto antecipatório, preparando para essa fase final da vida. Segundo ela, é um trabalho muito intenso, de grande dedicação e riqueza, porque algumas pessoas têm a chance de reorganizar e transcender. Cada paciente é único no momento da morte, e seu trabalho, dentro do hospital, é conseguir o envolvimento dos familiares nesse processo. A morte trará perdas para todos, paciente e familiares, razão por que todos precisam sentir-se apoiados, e amparados nesse momento.

Quanto à existência de pessoas resilientes, a tendência de todos é afirmativa, mas percebe-se confusão entre fé e resiliência, no caso de Letícia. Para Rosângela, há resilientes entre pacientes com câncer terminal, conforme sua experiência profissional constatou. Segundo ela, resiliência e recursos andam junto, mas existem em nós todos em maior ou menor quantidade. Esse aspecto humano – ela confessa – tem o poder de emocioná-la até hoje. De novo, aqui, Dulce corrobora o já dito: nessa trajetória de pacientes oncológicos, terminais, encontrou muitas pessoas resilientes.

Quanto à associação da fé para contribuir com a resiliência, Letícia afirma que compartilhou essa experiência e verificou resultados que surpreenderam os próprios médicos, atribuindo-os a um processo de autoconhecimento e de desenvolvimento pessoal. Rosângela tem certeza! Para ela, a fé vem agregada à resiliência para proporcionar ao indivíduo oportunidade de mudar de vida e acrescenta que, no plano material, naquilo que se refere à cura, nem sempre se obtém a cura física, mas com muita freqüência a cura da alma.

Sobre a contribuição da fé para tornar o indivíduo resiliente e promover cura, a contribuição de Dulce merece destaque especial pela ênfase na convicção. Contudo, superar não é sinônimo necessariamente de curar-se, estando mais

próximo da idéia de transformar-se e descobrir forças interiores que levam para outros caminhos de vida. Não é diferente a resposta de Letícia, que também compartilhou a experiência com pacientes cujos resultados muito surpreenderam os próprios médicos.

### **3.3 Análise das entrevistas com médicos**

Quando perguntados sobre a escolha de sua profissão, os médicos Álvaro e Daniel não tinham na medicina a primeira escolha profissional da vida. Para os outros três entrevistados, houve outra escolha além da medicina, ou aconteceu por intuição.

A pergunta referente ao impulso que os dirigiu para a profissão mereceu diferentes abordagens, com motivações diversas: no caso do Dr. Álvaro, o retorno financeiro; no de Daniel, mero impulso espontâneo, sem explicação consciente; nos outros três, o desejo de conhecer melhor o organismo humano, o modo como o corpo funciona; no de Eunara, por fim, a vontade de ajudar o próximo.

Quando se trata do trabalho diário, quatro dos entrevistados seguem uma rotina bastante semelhante: trabalham os dois períodos diurnos, dividindo o tempo entre ambulatório e enfermaria. Três desses quatro ainda têm atividades acadêmicas e todos lamentam que o ritmo “puxado” não lhes deixa tempo para mais nada.

Interrogados sobre sua experiência relativa ao câncer, praticamente todos responderam que os primeiros contatos com ela começaram durante a faculdade. Para os que se especializaram em oncologia – caso de Álvaro e José Augusto –, só após terem passado a atuar na área específica. O atendimento de Eunara, que é pneumologista, concentra-se, desde 1991, nos problemas respiratórios de pacientes com câncer. Devido à especialização por que optaram (oncologia) e ao local em que a exercem (Hospital do Câncer) vê-se como é grande a experiência dos médicos entrevistados, que antecedem, em média, cerca de 200 pacientes por semana, segundo o Dr. Daniel.

Ao responderem se consideravam importante o papel da Fé na cura ou na convivência com a doença, todos entrevistados concordam que a Fé tem um papel importante na convivência com a doença, todos concordaram sobre sua importância para conviver com a enfermidade. Observou o Dr. Álvaro que, ao se dar conta de que fé, espiritualidade, religião podem ser úteis, o paciente desencadeia um mecanismo psicológico de proteção. O Dr. Daniel não está seguro, mas tende a crer que sim. Nas palavras da Dra. Eunara, a Fé ajuda demais a conviver com a doença. Para o Dr. José Augusto, as pessoas se vêem claramente motivadas a acreditar em alguma coisa além da medicina e da medicação.

O aspecto da terminalidade suscitou vários enfoques. Para Álvaro, nossa cultura latina não está bem preparada para a perda, tanto mais depois que a tecnologia vem conseguindo manter vivos por longo tempo pacientes com doenças graves. Importara avaliar o sofrimento, os riscos e custos: enfim, olhar bem o lado prático. Os outros médicos acreditam que são importantes para o paciente terminal o amparo, apoio, conforto, Fé e bem-estar, fatores que colaboram para chegar ao término da jornada sem sofrimento e em paz. Eunara observa que não se pode tirar a esperança de ninguém, que sempre se pode fazer alguma coisa; se o paciente está sofrendo, tem de receber alívio, tem de se sentir amparado, estar confortável, sem dor, sem angústia. Um paciente terminal, acima de tudo é um Ser humano que busca apoio. Colocado diante do desconhecido, diante da perspectiva do além, o paciente busca apoio e precisa encontrar um modo de ficar junto às coisas que lhe são familiares.

Na sua experiência, existem pessoas resilientes? A resposta positiva foi unânime. Todos os entrevistados acreditam que há pessoas resilientes, embora o modo de entender a origem da resiliência seja distinto. O Dr. Álvaro associa a resiliência a fatores como cultura, idade, instrução. A Dra. Eunara lembra o caso de duas pacientes que decidiram que a doença não as impediria de viver, o que de fato ocorreu, contrariando qualquer previsão da medicina. O Dr. José Augusto se refere a pessoas resilientes que vêem o câncer como um marco positivo em suas vidas. Para elas, eis o momento e a oportunidade de mudar padrões, alterar valores de vida que não servem mais. O Dr. Daniel exemplifica citando pacientes com câncer de mama que “acordam” e percebem que está na hora de atuar mudanças em sua vida.

Segundo ele, é essa força interna que age e provoca mudanças, modificando grandemente a vida de muitas dessas pessoas.

A pergunta se a fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente mereceu de quatro médicos entrevistados resposta semelhante: a Fé suscita no indivíduo a resiliência que o fará transpor com menor dificuldade os obstáculos do sofrimento. Eunara acrescenta que também é importante a *Fé do médico*.

Para José Augusto, há pacientes que se servem da Fé para gerar a resiliência e superar esse momento difícil. O Dr. Daniel, por fim, acredita que o fator Fé não é predominante, mas que influi positivamente na disposição do indivíduo para tornar-se resiliente.

## Conclusão

Após a realização das entrevistas, fica patente a proximidade entre a realidade da prática de algumas categorias profissionais e os estudos que associam pacientes com câncer a resiliência.

Mas o fundamental se observa na perfeita sintonia entre a experiência dos religiosos – quando explorados os temas da terminalidade, da fé e sua relação com a doença – e a capacidade de superação de certos indivíduos. O Prof. Edênio Valle, em um momento de inspiração, discorre sobre a fragilidade da vida e, ao mesmo tempo, sua beleza. E vai além, conferindo ao médico que transita nesse espaço de fé, pela experiência que acumula com pacientes de câncer, uma vivência divina. Sempre, no decorrer das entrevistas, constatou-se a convergência entre o referencial teórico relacionado à fé e a cura ou convivência com a doença, a par do crescimento dos indivíduos em situação de perda, trauma ou grande sofrimento.

O aspecto da fé como elemento puro e simples de cura foi amplamente examinado, tendo recebido contribuições bastante divergentes, desde a total liberação da doença, contrariando prognósticos médicos, até posições bastante pragmáticas, que se recusam a aceitar qualquer influência da fé no curso de evolução dos fatos. São concordes principalmente religiosos e psicólogos quando abordam o sentido do evento traumático e o estímulo da resiliência, sobre a qual exercem influência as raízes culturais e religiosas do paciente, o que se afina perfeitamente com a base teórica, que propõe combater a adversidade construindo um sentido de coerência que torne o sofrimento administrável.

Do bojo das entrevistas, independentemente de sua origem, é nítido o aflorar das emoções negativas, uma vez que é impossível tornar-se imune ou invulnerável à adversidade do momento. Assim, pacientes e familiares mesclam-se em sentimentos de ódio, culpa e raiva, sinais da perplexidade do indivíduo desafortunado ante o desconhecido.

Nesse contexto, a colaboração é de todos – médicos, psicólogos e religiosos – visto que conforto e alívio do sofrimento caminham paralelamente à chamada *dimensão da fé*, conforme bem disse o Pe. Anísio Valdecin, capelão de longa

vivência no Hospital das Clínicas de São Paulo. O conforto espiritual, como meio de entender o momento por que o paciente passa durante o tratamento do câncer é tarefa de religiosos, mas guarda muitos pontos de contato com o trabalho que os psicólogos chamam de *autoconhecimento*, prova de que é possível passar de uma experiência de autoconhecimento para a descoberta da fé. Aliás, é grande a concordância de que o câncer provenha de reações de caráter psicossomático, para cuja superação é necessário recorrer à Fé, nosso Deus interior – nas palavras da psicóloga Maria Letícia –, que envolve nosso corpo físico e o nutre com um conjunto de força espiritual.

Mais que convergência, houve de todos os entrevistados, completa unanimidade quanto ao papel que a fé desempenha na convivência com a doença. Para os médicos, tudo se confunde e assim fé, espiritualidade e religião são encaradas como fundamentos de utilidade para desencadear mecanismos de proteção, de amparo e de fortalecimento no lidar com a problemática da doença. Essa mescla fica resolvida quando se recorre à bibliografia especializada sobre o verdadeiro sentido de religiosidade. Explica o Prof. Edênio Valle que a religiosidade nasce como experiência subjetiva; que se mostra como fator capaz de proteger o indivíduo das circunstâncias desfavoráveis, o que justificaria a confusão do leigo diante do binômio fé/religiosidade.

Quanto à importância da fé para que haja resiliência, sua contribuição para alcançar os resultados de superação, conclui-se que, segundo os médicos participantes da pesquisa, a transposição de obstáculos fica facilitada com o “despertar” da resiliência por meio da fé, em consonância com o referencial teórico de Winnicott e o conceito psicológico de raiz da fé, que ele designa como “capacidade de acreditar”.

A necessidade de o paciente participar do processo de cura, com atitude proativa, muito bem equacionada por Pe. Anísio em sua expressão “fé madura”, reporta-nos a considerações de Froma Walsh, quando fala no esforço de antever futuro melhor; de Martin Seligman, com seu “otimismo apreendido”, bem como de Jung Sung, ao mostrar a vontade de realizar aspirações e sonhos, na existência de Deus.

É nesse sentido que deve ser encarada a problemática do enfrentamento da doença câncer, pois que superação não precisa ser tomada por cura. Na visão dos

psicólogos, ao desencadear um movimento de autoconhecimento, a fé pode promover o equilíbrio do paciente e, ainda que não logre a cura física, proporcionar ao indivíduo a oportunidade de revirar sua vida e garantir a “cura da alma”. É como se fosse o redescobrir da vida depois de uma profunda reflexão.

Também é essa a visão de Afonso Soares, para quem a fé é um “um grande dispositivo de poupança energética”. Se todos vamos morrer, a verdadeira questão não deve consistir no fim em si, mas como viver até o desfecho.

Talvez nisso resida a maior contribuição desta pesquisa, que, por sua limitação, jamais pretendeu significado maior que o de arranhar o assunto e despertar curiosidade para muitas outras pesquisas sobre o tema.

Os religiosos observam que a doença grave, que pode levar ao evento morte, desencadeia forte tensão nos pacientes, religiosidade implícita, mas, concomitantemente, promove crescimento em todos os níveis. Mostra a fragilidade da vida e sua beleza. O conforto espiritual permite suportar o sofrimento com mais serenidade, conferindo certa paz.

Concluindo, o câncer é um desarranjo celular, mas a doença como um todo é um desequilíbrio do ser humano potencializado por fatores sempre dependentes das células, desequilíbrio que – como pode levar depressa à morte – sempre assusta muito. Essa luta contra o desconhecido leva o doente a buscar apoio segundo a especialidade dos que o rodeiam. Qualquer que seja sua condição ou prognóstico, sempre haverá algo a se fazer, conforme as qualidades do profissional vocacionado e dedicado, como testemunhar as palavras de alguns entrevistados da área médica e psicológica. Os religiosos por formação – pela dedicação inerente e pela consciência de que o apoio solidário supera as dificuldades – apresentam todas as condições de oferecer essa ajuda.

Coroando tudo, como mola propulsora que conforta a angústia da doença e consola a “antecipação do luto” no término da jornada, está a Fé, suporte impalpável que acompanha o paciente na vida e na morte. Além do conforto indiscutível que a Fé representa na aceitação da doença e no convívio diário com ela, sobrevém a delicada questão de ela influir de modo determinante na sua cura, uma vez que fortalece espiritualmente o paciente e o predispõe a lidar com suas dificuldades.

Por fim, em nenhuma das respostas avaliadas ao longo da pesquisa pairou alguma dúvida de que existem pessoas resilientes, embora variem as tentativas de explicação sobre os fatores que desencadeiam a resiliência.

Antecipando-se à resiliência, a fé deve ser considerada elemento fulcral, que nos habilita a enfrentar todas as situações extremas.

Este trabalho tem limitações derivadas em parte da dificuldade de encontrar interlocutores adequados para discutir o tema, dado que – pela seriedade, profundidade e delicadeza que o resistem – ameaça, em certos momentos, expor à luz fraquezas e limitações profissionais. De qualquer forma, as entrevistas com os especialistas e as múltiplas fontes de referência reforçam a importância do tema, estimulam e remetem a futuras pesquisas mais específicas.

Embora este trabalho não seja conclusivo, por tratar-se de uma pesquisa exploratória e qualitativa, encontram-se evidências na revisão bibliográfica, nas pesquisas secundárias e nas entrevistas com especialistas de que a fé é um importante fator de resiliência no tratamento do câncer.

Convém repetir que os modestos limites a que esta pesquisa se ateve dão idéia de quão longo é o caminho por percorrer, caminho que nosso estudo exploratório propôs-se começar a trilhar, com lúcida consciência das inúmeras possibilidades de desdobramento e de novos estudos. A idéia de explorar mais a fundo a análise da terminalidade e de experimentar práticas profissionais que verdadeiramente ajudem os envolvidos num processo que não precisa necessariamente ser doloroso, parece-me altamente instigante e merece investigação cuidadosa.

Por tudo o que se apresentou e analisou, é lícito concluir que o objetivo da dissertação foi plenamente atingido.

## Bibliografia

- BARLACH, Lisete. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). *O que é resiliência humana? Contribuição para construção do conceito*. Instituto de Psicologia: Universidade de São Paulo, 2005.
- BARSA – NEW DICTIONARY – Chicago – Mirador International: 1972.
- BÍBLIA SAGRADA. Antigo Testamento. Livro de Jó.  
----- . Versão dos Monges de Maredsous (Bélgica) – Centro Bíblico Católico. São Paulo: Ed. Claretiana / Ed. Ave-Maria, 1998.
- BOFF, Leonardo. *Ecologia, Mundialização, Espiritualidade: a emergência de um novo paradigma*. São Paulo: Ed. Ática, 2000.  
----- . *Tempo de Transcendência: o ser humano como um projeto infinito*. Rio de Janeiro: Ed. Sextante, 2000.
- CASTRO, Maria A. C. D. Revelando o sentido e o significado da Resiliência na preparação de professores para atuar e conviver num mundo em transformação, *in Resiliência e Educação*, Tavares, José (org), São Paulo: Cortez, 2002.
- CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: BIREME. *Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde*. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Último acesso em novembro / 2006.
- COUTU, Diane L. How Resilience Works, *Harvard Business Review*, Boston: Harvard Business Press, May 2002.
- CYRULNIK, Boris. *La maravilla del dolor*, Barcelona: Granica, 2001.  
----- . *Los Patitos Feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Granica, 2002.
- DEJOURS, C. e ABDOUCHELI, E. *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- ELIAS, Ana C. ; GIGLIO, Joel S. Giglio *Sonhos e vivências de natureza espiritual relacionados à fase terminal*, in *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 10, Instituto Metodista de Ensino Superior , jan - jul, 2002.
- FERREIRA, Aurélio B. H. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Curitiba: Ed. Positivo, 2004.

FRANKL, V. E. *Em busca do sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Petrópolis: Sinodal / Vozes, 1997.

GIL, Antonio C. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

----- *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1987.

GOMES, Maria C. A. P. *Vácuo, Vazio e Resiliência: processo analítico em pacientes precocemente traumatizados; material clínico*. Trabalho apresentado no 44º Congresso do IPA. Rio de Janeiro: julho 2005.

GROTBERG, Edith. *A Guide to Promoting Resilience in Children: strengthening the human spirit*. The Hague, Bernard Van Leer Foundation – Early Childhood Development: Practice and Reflections, nº 8, 1995.

----- *Nuevas tendencias en resiliencia .in: MELLILO, A.; OJEDA E.; (org) Resiliencia descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós ,2005.

HEHDY, Roberto; RAMOS, Heloísa M. Trabalho apresentado no 44º Congresso IPA. *Trauma, crença e capacidade de ter fé*. Rio de Janeiro. Julho, 2005.

JOB, Fernando P.P. *Os sentidos do trabalho e a importância da resiliência nas organizações* (Tese de Doutorado em Administração), Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

JOB, José R.P.P. *A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida*. (Tese de Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

JUNG, Carl. G. *Obras Completas* - vol. XI - Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

LEVINE, Peter; FREDERICK, Ann. *O Despertar do Tigre: curando trauma*, São Paulo: Summus, 1999.

MELILLO, Aldo. Resiliência. *Revista Psicoanálisis - Ayer y Hoy* - nº 1 – encontrável em [www.elpsiconalisis.org.ar / resiliencia1 - doc. htm](http://www.elpsiconalisis.org.ar/resiliencia1-doc.htm), consultado em abril / 2006.

MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio. *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Paidós: Buenos Aires, 2005.

MERRIAM WEBSTER'S COLLEGIATE DICTIONARY, Springfield; Mass.: M. W. Inc: 1974

MORAES, Maria C. L.; RABINOVICH, Eduardo P. Resiliência uma discussão introdutória. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, nº 6, 1996.

MOUSSA, Mario. *Organizational Resilience Presentation - American Society for Industrial Security - ASIS International*. Wharton College of Business Administration – CEFAR: Center for Applied Research, 2005.

OLIVEIRA, Maria C.M.V. *Câncer de Mama e Resiliência: uma abordagem psicossomática*. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

PENTS, M. Older Adults with Cancer - Resilience and its Connection, *The Gerontologist*, Academic Research Library, nº 42, October 2002.

PEREIRA, Josias. *A fé como fenômeno psicológico*. Coleção Ensaio Transversais nº 22, São Paulo: Escrituras, 2003.

PESSINI, L. *A Presença do Sagrado no Hospital*. In: A Questão da Espiritualidade na Realidade Hospitalar; V Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar. São Paulo, 2000.

RAMOS, Denise G. *A Psique do Corpo: dimensão simbólica da doença* - 3 ed. Rev. e ampl. – São Paulo: Summus Instituto Metodista de Ensino Superior, 2006.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: prospective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, v.147, 1985.

----- Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, nº 3, v. 57, 1987.

----- Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, v.14, 1993.

SANTOS, Maria C. *Festa de Preto na São Paulo Antiga: um exemplo de resiliência na Irmandade de Nossa Senhora do Rosário dos Homens Pretos (1887 – 1907)*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

SEGUNDO, Juan Luis. *História Perdida e Recuperada de Jesus de Nazaré*, São Paulo, Ed. Paulus: 1997.

SELLTIZ, C. *Métodos de Pesquisas nas Relações Sociais*. São Paulo: EPU, 1974.

SHERMAN JR., C. D. *Aspectos psicossociais do câncer*. Manual de Oncologia Clínica, (org) UICC – União Internacional Contra o Câncer: Fundação Oncocentro de São Paulo. São Paulo, 1993.

SOARES, Afonso Maria Ligório Soares. *Interfaces da Revelação* São Paulo: Paulinas, 2003.

SOUZA, Marilza T.S. (Tese de Doutorado em Psicologia Clínica). *Resiliência na terapia familiar: construindo, compartilhando e ressignificando experiências*. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo 2003.

TILLICH, Paul. *Dinâmica da Fé*, São Leopoldo – RS: Ed. Sinodal 2001.

VANISTENDAEL, S.; LECOMTE, J. Resiliência e sentido de vida. *in*: MELLILO ,A; OJEDA, E. ; RODRIGUEZ, D. *Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós, 2004.

WALSH, Froma. *Crisis, Trauma, and Challenge: a relational resilience approach for healing transformation and growth*. Paper presented for the Lydia Rapport Lecture, Smith College Studies in Social Work, em ProQuest Psychology Journals, June 10, 2002.

----- The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process*, nº 35, 1996.

----- Strengthening family resilience. New York; London: Guilford Press, 1998.

YUNES, Maria A. M. (Tese de Doutorado em Psicologia da Educação). *A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.





## ANEXOS

### 1. Íntegra das Entrevistas

#### 1.1 Religiosos

**Prof. Edênio Vale –**

**Padre Igreja Católica Apostólica Romana e Professor Universitário**

#### 1. Como se deu a escolha da sua profissão?

Eu sou de Belo Horizonte. Quando era adolescente, fazia parte de grupos da igreja católica. Estudei no colégio Arnaldo, tradicional na cidade, dirigido por padres alemães.

Freqüentava a JEC (Juventude Estudantil Católica), dirigida por dominicanos franceses. No colégio, recebi uma visão tradicional, formal da religião.

Na JEC, recebi uma visão da fé cristã, da adesão à igreja na linha de militância, que depois, nos anos 60, balançou muito o Brasil, sobretudo, depois, na JUC (Juventude Universitária Católica).

Aos 17 anos, terminei o colegial, quando fixei a idéia de ser padre. Na época não imaginava vir um dia a estudar psicologia.

Meu pai era médico, devido à sua profissão, minha visão foi influenciada. Também tenho quatro tios médicos. Creio que essa idéia de cuidar das pessoas com problemas, de doentes, se aliou ao meu objetivo de vida, na visão de um jovem, de ser padre. Entrei direto não num seminário pra ficar no mesmo lugar, mas numa congregação que trabalha em nível mundial, e o fiz isso com bastante consciência. Então minha escolha profissional, se é que se pode usar a palavra *profissão*, aqui talvez melhor usar a palavra *vocação*, era de abraçar um estilo de vida que fosse significativo pra mim e pudesse ser um serviço aos outros. É uma questão de encontrar um significado numa relação com Deus. Aprendi mais a ouvir de Jesus Cristo o evangelho. Fui pra São Paulo, onde fiquei quatro anos. Cursei filosofia, e fui para a Europa. Lá estudei teologia e psicologia ao mesmo tempo. Foram oito anos

no exterior. Essa experiência fez com que a minha visão das coisas tomasse um outro enfoque, não mais de um adolescente que está começando a vida, mas de alguém que mergulhou nos grandes problemas da Europa dos anos 60.

Fui ordenado padre na Alemanha, em 1961. Fui então chamado para continuar os estudos. A escolha da psicologia foi consciente: queria realmente me especializar nessa área, e não na medicina, na antropologia ou na teológica.

Estive na Bélgica, Inglaterra, Itália. Neste último país, fui tradutor no Concílio. Lá tive uma visão do mundo todo, dos grandes problemas, e isso ajudou a não ver a psicologia apenas do ponto de vista de ajudar uma pessoa carente psicologicamente, mas a ver os problemas humanos num contexto histórico mais amplo, a ver também a minha dimensão religiosa. Esses anos de formação profissional como teólogo, padre e psicólogo foram para mim um marco de uma visão de mundo mais ampla. Tive uma compreensão de toda a problemática humana.

No Brasil, ao lecionar em várias faculdades, entre elas, a PUC, comecei a trabalhar como formador de padres em São Paulo. Fui diretor do primeiro instituto, que se chama IFT- Instituto de Formação Teológica. Era um instituto que visava formar o padre na linha do Concílio, deixando de lado o modelo antigo. Na minha congregação, eu fazia a mesma coisa. Tive muito contato com futuros padres. Eram quatro tipos de aula: teologia, psicologia da religião, psicologia pastoral, psicopatologia pastoral e aconselhamento para futuros padres, o que me deu uma grande possibilidade de entender o Ser humano, exercitando a escuta psicológica, e desenvolver técnicas adequadas para ajudar as pessoas, compreensão dos seus problemas e o possível encaminhamento da melhor solução. Como me tornei padre muito cedo, comecei a atender pessoas doentes fisicamente, psicologicamente, homens, mulheres e crianças. Trabalhei muitas vezes na periferia de São Paulo com a população carente. Unia o aconselhamento religioso ao atendimento terapêutico.

## **2. Você consegue identificar um impulso mais forte que o direcionou para a profissão?**

Acho que, no início, era essa idéia generosa, juvenil, de ajudar as pessoas por causa do amor de Deus. Pouco a pouco, comecei a ter uma visão mais crítica, seja

da sociedade, da cultura, da política, do mundo, seja da própria teologia. Passei a procurar no trabalho, nas pessoas, uma transformação mais ampla do indivíduo e do mundo e acho que essa característica é até hoje muito forte em mim. À medida que fui amadurecendo como ser humano, fui buscando a raiz profunda disso tudo, que, no cristianismo, é o amor a Deus. Acho que hoje o impulso que me move é uma síntese da minha identidade como pessoa: profissional, cristão e padre. Vejo-me como alguém que se tornou multiplicador: multiplico com os meus conhecimentos e preparo pessoas que, por sua vez, possam ajudar alguém. Isso acho que fiz a vida toda.

### **3. Como é seu dia-a-dia como padre?**

Meu dia-a-dia se move aí dentro, sendo que eu sou professor da PUC. Nos últimos 10 anos, tive várias funções lá. Trabalhei em muitos postos na Igreja Católica em nível nacional e internacional, um desafio. Meu dia-a-dia era muito marcado por essas funções de organização e aperfeiçoamento. Estive por oito anos no Rio de Janeiro e mais oito anos em Bogotá fazendo isso, sempre voltando a São Paulo. Nos últimos anos, tenho dedicado mais tempo ao ensino e à terapia. O terceiro trabalho que faço é solidificar praticamente todas as organizações que a Igreja Católica tem no Brasil. A CNBB - Conferência Nacional dos Bispos, CRB - Conferência de Religiosos do Brasil, AEC - Associação da Educação Católica, associação esta que cuida da formação dos padres. Movimentos de casais, de igrejas, e por aí fora. Meu dia-a-dia em si é bastante variado e ele é muito marcado pelas minhas atividades na congregação religiosa. Moro na comunidade. Com os padres da minha comunidade, uma vida mais familiar; eles são a minha família. Tenho um número muito grande de amigos, conhecidos, de ex-alunos. Estou até hoje, há mais de 30 anos, no Conselho de Educadores da Escola de Pais do Brasil. Movimento esse que já atingiu mais de 800 mil famílias, em todo o Brasil. Dirijo também um instituto de psicoterapia que atende o clero tanto no Brasil quanto no exterior. Tenho experiência muito ampla seja no plano de atendimento de pessoas, seja no plano de psicoterapia ou no plano de espiritualidade. Eu sempre me vejo assim, entre as duas funções, e, conforme o caso, eu assumo a posição de padre ou psicólogo.

#### **4. Qual é sua experiência relacionada com a doença câncer?**

No meu ponto de vista, ele emerge quase sempre como uma surpresa dolorosa para quem recebe o diagnóstico, mas não é carregado de sentimentos ambíguos de culpa, como se encontra muito mais em doentes aidéticos. Aqui, na PUC, acompanhei os primeiros aidéticos que apareceram, como uma doença terminal. Naquela época, a doença não tinha solução. O portador era estigmatizado pela sociedade, pelas religiões, por ser uma doença na maior parte das vezes ligada a atividades sexuais tidas com extrapolação dos bons costumes, além de ir contra a religião, pois muitos eram homossexuais. Essa experiência me marcou muito.

Com relação ao câncer, acompanhei algumas pessoas que chegaram à morte. Minha experiência pessoal é essa: uma pessoa que tem uma base psicorreligiosa adequada, eu diria que tem uma religiosidade implícita. A experiência do câncer e da proximidade da morte mostra uma forte tensão, ao mesmo tempo em que promove um crescimento em todos os níveis. Uma compreensão melhor da vida, de seu mistério, de seu caráter e, ao mesmo tempo, uma busca de algo que permaneça não como ilusão: - “Vou sarar”, “vai haver um milagre”, mas como a própria experiência de Jesus: não tem saída, tenho medo deste cálice, mas entrego minha vida nas mãos de Deus. Encontrei pessoas em fase terminal, poucas que iam nessa direção e morriam tranqüilas. Casualmente, as três pessoas que conheci eram mulheres. Assisti e acompanhei pessoas que, devido ao inesperado surgimento do câncer, se viram obrigadas a repensar a vida. Estas pessoas foram na linha de uma maturidade maior e não de uma solução mágica; optaram por uma atitude de fé. Encontrei outras muito trabalhadas pelo medo, pelo desespero, por uma preocupação obsessiva e corrosiva com o que iria acontecer com o marido, os filhos. Mas também com outras preocupações do tipo – “eu vou para o inferno ou para o céu?” ; “com que santo eu me apego?”. Essas pessoas queriam, da religião, esse tipo de ajuda. Minha atitude sempre foi de muito respeito às pessoas e às suas necessidades. Nesses momentos, uma palavra de consolo, uma palavra de animação, objetivando dar à alma um sentido. A pessoa se encontra diante de uma situação inexorável, que não é o destino, que não é alvo de uma fatalidade, mas que é a própria realidade da vida. Todos vão morrer um dia. Paralelamente, a experiência com pessoas portadoras de câncer me ajudou a ter uma compreensão maior da fragilidade e da beleza da vida, e de que é inexorável: todos nós vamos morrer. O

que sempre me impressionou muito – e chegava a me assustar – foi a dor física absurda que presenciei, dor no estômago, dor no pulmão, o sistema respiratório sendo consumido e não havia morfina que bastasse. Ver a pessoa definhando, cadavérica, me ensinou muito sobre a beleza da vida. Penso assim: quem ajuda uma pessoa nessa situação é capaz de enfrentar isso com objetividade, confiança e esperança; cresce mais do que a pessoa que morre. Acredito que o médico que cumpre apenas a função de diagnosticar, dar o remédio e ir pra próxima cama, perde essa experiência. Mas, se este médico é alguém formado na fé cristã, essa experiência com pessoas cancerosas passa a ser uma vivência **divina**.

### **5. A fé tem um papel importante de cura ou de convivência com a doença?**

Neste caso, trabalharia a questão da fé e de religiosidade. Os psicólogos, com toda a razão distinguem uma religiosidade passiva como mais externa que interna. No fundo, é um condicionamento religioso que atinge níveis afetivos, pessoais e inconscientes. Não é uma coisa elaborada em nível de consciência. Distingue-se isso da fé intrínseca, da religiosidade intrínseca, e penso que nós devemos guardar a palavra **fé**, para a religiosidade intrínseca, que é a verdadeira experiência de Deus, experiência do mistério da vida, da fragilidade, da beleza das coisas, do existir concreto de trinta, quarenta, oitenta ou cem anos. Como psicólogo, diria que as duas formas de religiosidade da mente – intrínseca e extrínseca – convivem com aquilo que alguns autores chamam de *espiritualidade de busca* ou de *religiosidade de busca*. Por mais que você trabalhe a questão e a aceite, existe sempre uma expectativa, esperança de que alguma solução seja dada àquela situação dramática, sem saída, e isso é constitutivo da fé. Às vezes, pessoas com câncer sofrem tanto que essa espiritualidade ou essa religiosidade de busca é aguçada pouco a pouco.

### **6. O que você poderia dizer a respeito da terminalidade?**

Não tenho muita experiência em acompanhamento de doentes terminais. Sendo assim, em certos sentidos, eu sinto que respondi nas perguntas anteriores.

A “Atitude de Fé” ajuda!, não a curar, mas como aceitação, e o conviver com a doença passa a não ser um castigo de Deus, e isso ajuda a morrer bem. Não diria que ajuda na recuperação da doença, mas é o ser doente que não vê aquilo como

um castigo Deus. Acho que a fé tem sim um papel nessa dimensão de cura e da convivência com a doença. O que acontece muitas vezes é uma fé infantil. Nem chamaria de fé, seria um apego e um não saber lidar com a perda, com o luto. Alguém que trabalhe no Hospital das Clínicas como padre, que vai de cama em cama, dia-a-dia, talvez pudesse responder melhor. Do ponto de vista das teorias de hoje, que envolvem a psicologia, existe uma tendência a responder positivamente. Dizem que a fé tem um papel terapêutico de cura e de boa convivência com as doenças. “Teria sido sempre assim com todas as pessoas?” – tenho minhas dúvidas. Porém, algumas pessoas que têm fé realmente morrem com grande dignidade. Uma amiga minha, que, por sinal, estudou aqui na PUC, morreu cercada pelos quatro filhos e o marido. Morreu sorrindo, vi os aparelhos mostrando os sinais vitais diminuindo, achei bonito, a família toda cresceu na fé porque viram a mãe morrendo com dignidade e não estava maldizendo ninguém, da mesma forma que não disse “meu Deus!”, simplesmente expirou. Isso eu acho que é uma questão de fé.

### **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Acho que há sim pessoas resilientes. Nós estávamos falando de fé; precisamos perceber que experiência religiosa de fé se constrói desde uma experiência humana de maturidade. Há um dispositivo psicológico do paciente e a gente não pode imaginar que a religião magicamente cria isso. Acredito que as pessoas adquirem uma capacidade de resistência dentro e fora da religião. Essas pessoas, na experiência de morte, têm maior chance de dar à fé esse papel terapêutico de cura do que outras que são muito frágeis, muito levadas a reações de tipo anarquista. Supõe-se que a pessoa tenha um certo nível de maturidade psicológica para que possa vivenciar a Resiliência. Psicologicamente falando, é mais fácil encontrar uma pessoa resiliente na oportunidade oferecida por essas doenças terminais. Amadurecer a fé ajuda a cura ou a convivência com a doença – é minha hipótese.

### **8. A fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave de doença como o câncer?**

Qualquer atitude, qualquer comportamento humano tem base genética. Há quem herde uma constituição física neurológica estável, enquanto outro já nasce frágil.

Não é só o neurológico, pois também há o componente *aprendizagem*. Na minha opinião, uma pessoa muito frágil tem um caminho mais difícil para chegar a alcançar uma fé pertinente em termo de doença. Na visão cristã, que é a minha fé, ela não vem da integridade biofísica, psíquica. A Fé é o mistério do amor de Deus. Começo a compreender, chega um ponto em que a morte não tem a palavra final. E como diz a Igreja na noite da Páscoa: – “Morte, onde está o teu rosto”? Essa é a Fé no sentido teológico, porque no sentido psicológico, a palavra *Fé*, tem um sentido forte que ajuda a interpretar o bem e o mal, e ajuda o indivíduo a se tornar resiliente. Ela funciona mais com uma capacidade de não aceitar o mal e sim crer e agir na linha do bem. Por isso, acho que todo ser humano adulto tem essa capacidade, que é também ética e política.

**Deolino Pedro Boldissera**

**Padre da Igreja Católica Apostólica Romana**

### **1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

Sou padre: minha escolha vocacional começou na minha adolescência, por volta dos treze, quatorze anos, quando entrei para o seminário. Na época, não tinha muita consciência do que seria, mas tinha algumas coisas que me atraíam e, com o passar dos anos, fui entendendo melhor o que era ser religioso, ser padre.

### **2. Você consegue identificar o impulso mais forte que realmente o direcionou para a profissão?**

Acho que foram umas três ou quatro coisas. Primeiro, eu me encantava quando participava de alguma missa e via os padres fazendo o sermão ou homilia: me via lá, fazendo o mesmo. Na época, me atraíam também as vestes e também me atraía jogar bola. Eu sabia que, no seminário, se jogava muita bola e eu gostava demais de jogar bola. Então, essa foi uma das razões. Tive também um irmão antes de mim que esteve no seminário, e isso ajudou a me motivar. Na época, eu não tinha uma consciência muito aprofundada do que era ser padre ou religioso. O fato é que essas

coisas me atraíram e, com o passar do tempo, fui entendendo melhor qual era o sentido, qual era a missão; enfim, o que significava se tornar padre, se tornar religioso. Então, essa consciência maior foi acontecendo aos poucos. Passei por todas as fases do seminário: comecei fazendo ginásio – na época, colegial –, depois fiz um ano de experiência que se chama *noviciado*. Após esses estudos, fiz mais quatro anos de filosofia e mais quatro de teologia. Nesse meio tempo, fiz também pedagogia. À medida que fui crescendo, fui entrando em contato, tomando consciência de que ser padre ou religioso é uma missão: você tem de se desprender de muita coisa, abrir mão de outras, e se preparar. Formar-se também no sentido cultural, humano, e também emocional. É um processo que vai acontecendo aos poucos ao longo da formação. Foi um processo lento, fui-me motivando quando era garoto ainda, mais atraído por essas primeiras coisas de que te falei, e depois é que fui entendendo melhor; fui entendendo melhor que era um compromisso mais sério, que não era só jogar bola.

### **3. Como é o seu dia-a-dia no seu trabalho como padre?**

Como padre, eu tenho diversas atividades. Além de rezar missa, ajudo nos grupos de pastorais na paróquia onde atuo e também me dedico muito na área da psicologia. Sou psicólogo também, tenho consultório, atendo pessoas em terapia, dou vários cursos nessa área da formação humana. Participo de grupos de reflexão em nível nacional da CRB (Conferência dos Religiosos do Brasil). Dou aula no curso de Ciências da Religião e estou fazendo doutorado.

### **4. Qual é sua experiência relacionada à doença câncer?**

Já tive contato não saberia dizer com quantas, foram várias pessoas em diferentes momentos. Algumas vezes, fui convidado pelo próprio paciente, para trazer um conforto espiritual, uma ajuda nesse sentido, para entender o momento pelo qual estavam passando, aceitar melhor também a própria doença. Normalmente, o atendimento pode ser feito a pedido de familiares ou também do próprio doente. Já atendi ambos os casos. Quando a iniciativa é do próprio paciente, há sempre uma reação bastante positiva. A pessoa suporta com mais serenidade o próprio sofrimento, encara com mais naturalidade (se é que se pode dizer assim) a

perspectiva da morte. Senti que, depois de uma conversa, a pessoa normalmente se sente mais animada, mais fortalecida. Já atendi pessoas em hospitais, onde a família pediu, e o paciente não estava de acordo. Nesses casos, a reação não é lá tão positiva. Eu diria que a pessoa tem certo preconceito, como se chamar padre tivesse a função de encomendar para a morte; fica aquele medo, às vezes, as pessoas encaram assim, assusta um pouco, amedronta.

Quando a iniciativa não é do paciente ou não há uma conversa anterior com a pessoa nesse sentido de prepará-la, em geral, a presença do padre gera um pouco de ansiedade, de medo de morrer logo. Nessa situação, sempre procuro tirar um pouco essa idéia, sobretudo quando se pede para fazer a unção, que é o sacramento do doente. Faz-se uma preparação dizendo que aquilo não quer significar morte iminente, mas que é um apoio, uma solidariedade que o ministro da Igreja leva no sentido de ajudar nesse momento difícil. Tive experiências bastante positivas nesse sentido, até mesmo da família chamando e o doente concordando e pedindo para voltar. Isso tem acontecido e, depois de algum tempo, num desses casos, a pessoa veio a falecer e fiquei sabendo pelos familiares que faleceu bastante serena, aceitando com mais tranquilidade a própria morte; que morreu em paz, por assim dizer.

##### **5. A fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

A fé ajuda, num primeiro momento, para encarar a própria situação, encarar o problema da doença. Segundo (pelo menos eu costumo fazer assim), ajuda a pessoa a entender que aquele sofrimento que ela está tendo naquele momento tem um sentido. Se a pessoa der um sentido para aquele sofrimento, ele se torna menos dolorido ou menos sofrido. Na minha perspectiva, sempre sugiro:- “Olha, associe o seu sofrimento ao sofrimento de Jesus, para que o seu sofrimento possa ajudar outras pessoas, possa ajudar a redimir outras pessoas, que não seja um sofrimento em vão, para que possa transformá-lo numa solidariedade com outras pessoas que sofrem também”. Portanto, aquele sofrimento não é em vão, não é vazio. A pessoa está sofrendo, mas esse sofrimento tem sentido, desde de que ela o associe, através da fé, ao sofrimento de Jesus, que foi por uma causa maior também, de ajudar as pessoas a se salvarem. Tem muitos casos de pessoas que dão testemunho que se curaram através da fé. Atribuem ao poder da fé o sucesso da cura. São muito

gratas a Deus pela fé que tiveram; e conseguiram superar a doença. Lógico que aí entra muitas vezes a questão dos tratamentos que são feitos, e têm um papel muito importante, mas muitas pessoas acreditam que a fé desempenhou um papel fundamental na própria cura. É difícil dizer até onde a fé cura ou não. O fato é que pessoa que tem fé mais convicta e sólida faz diferença, seja para a cura, seja também no sentido de enfrentar a morte. Lembro-me, quando estudei em Roma, numa ocasião fui chamado pela família para atender a um doente terminal de câncer. Não tive por ele boa recepção. Passados dois dias, ele morreu, e a família me contou depois que morreu muito intranquilo, muito agitado, nervoso e revoltado com a vida – caso, como ele não tinha fé, não ajudou muito. Minha presença não ajudou em nada, talvez tenha contribuído para agitá-lo mais. Mas penso que a fé faz diferença sim, seja para uma eventualidade de cura, ou para enfrentar o próprio drama da morte. Se a pessoa é de uma fé profunda, ela encara o problema da doença de modo mais esperançoso. Tenho a impressão (isto é só uma impressão) de que em muitos casos, a fé ajuda. Se não curar, ao menos prolonga a vida. A pessoa é capaz de conviver melhor até com o próprio processo da doença, no sentido de encontrar forças. Ela é capaz de reagir, se torna capaz também de aceitar melhor o próprio tratamento. Normalmente, quando tem uma fé profunda, ela tem mais serenidade, e isso ajuda muito num processo de cura ou de convalescença de uma doença. Claro que nem sempre se obtém sucesso e a doença some, mas ela ajuda em qualquer sentido, desde que seja uma fé sólida. Há pessoas que têm uma fé muito superficial, uma fé retributiva: faz isto para conseguir aquilo, como se estivesse negociando com Deus. Não funciona! Porém, quando a pessoa tem uma certa aceitação daquilo que se diz ser à vontade de Deus na sua vida, seguramente ela fica mais serena no sofrimento.

## **6. O que você pode dizer a respeito da terminalidade?**

Em uma fase terminal, tanto o doente quanto as pessoas próximas a ele precisam se unir para enfrentar esse momento difícil, sem desespero. Acho que contribui muito que seus familiares se mostrem serenos, capazes de confortar, de apoiar, de entender o doente. Acredito também em momentos de espiritualidade, de oração junto ao paciente. Isso ajuda, fortalece e dá esperança. Quando se trata de casos mais graves, como doenças terminais, tenho a impressão de que é um momento

muito difícil para a pessoa. Ela tem de encontrar razão para viver ou para morrer. Nesse caso, me pergunto: - “o que aconteceria comigo depois da morte?”

Então, quando se tem uma palavra de esperança, transmitindo à pessoa que, apesar da possibilidade de morte estar iminente, não é o fim de sua vida. Há uma esperança, pelo menos dentro da perspectiva cristã, há uma esperança de vida que continua depois. Nesse sentido, a pessoa não se desespera, apesar dos seus dias aqui na terra estarem contados, porém tem esperança de que a vida continua de alguma forma. Essa postura traz um certo conforto, uma certa tranquilidade para a pessoa. Sobretudo se ela tem fé, isso ajuda muito.

### **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Existem sim, existem pessoas capazes de ter uma contra-reação diante da notícia da doença. Essas pessoas encontram energia dentro de si. Se muitas delas não vencem o problema, pelo menos prolongam bastante a vida. Pessoas desanimadas, que se abatem facilmente, têm uma reação que é muito fraca. Creio que a fé é um elemento importante, mas não único. Existem pessoas que, independentemente da fé, têm uma reserva interna de força, de energia, que faz com que enfrentem o problema da doença. Aliás, essas pessoas, em geral, não só em relação à doença, mas diante de outros fracassos que possam ocorrer, têm uma capacidade de reagir no sentido de não se deixar vencer pela dificuldade apresentada. São pessoas que cultivam isso dentro de si, têm essa capacidade, essa força, e não se deixam abater. Há outros que, ao contrário, diante do primeiro fracasso, se sentem derrotados. Essas pessoas, diante de um problema mais sério, como câncer, ficam mais frágeis, menos resistentes, se entregam mais facilmente. Tenho percebido que essas pessoas até morrem mais rapidamente.

### **8. A fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave de doença como o câncer?**

Acredito que a fé, muitas vezes, é a fonte que ativa a resiliência. Tenho a impressão de que as pessoas adquirem uma dimensão maior. Descobrem ou revivem uma dimensão da vida que ultrapassa a própria vida. Trago comigo a certeza de que a pessoa tem de ter esperança. Ter certeza dentro de si de que os problemas, por

mais sérios e graves que possam ser, não são a última palavra sobre a vida de ninguém. Nem a morte é a última palavra sobre a vida. Penso que, nesse sentido, a fé dará a dimensão maior. Cristo diz que ele é a ressurreição e a vida. Essa frase é capaz de suscitar forças no indivíduo que, mesmo não sabendo, é capaz de descobrir uma dimensão maior para sua vida, que transcende a própria idéia da morte.

Nesse sentido, a morte não é a última palavra. A fé sempre coloca o indivíduo em uma dimensão que vai além da morte. Acredito que todas as religiões colocam para seus crentes essa dimensão de que a fé leva além da morte. Jamais me conformaria se a vida terminasse em um cemitério. A vida do ser humano é muito mais rica do que a morte, que termina em uma sepultura.

## **Anísio Valdecin**

### **Padre da Igreja Católica – Capelão do Hospital das Clínicas de São Paulo**

Sou padre da religião católica, pertenço à ordem de São Camilo, que tem como carisma trabalhar na área da saúde. São Camilo, nosso fundador, dedicou a sua vida no cuidado aos doentes. Eu trabalho aqui como padre no hospital; em outubro, vou completar 15 como capelão do hospital: prestar assistência religiosa aos pacientes, aos familiares e com muitos profissionais da saúde que trabalham aqui.

#### **1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

Não acredito muito em escolha; você nasceu pra ser isso. Quando eu escolhi ser padre, nunca imaginei que iria trabalhar em um hospital: era o último lugar que eu pensava em trabalhar. Eu imaginava fazer missão. Não trabalhar numa paróquia, em um local parado; uma coisa mais movimentada, sem muita rotina. Então ser padre é uma opção de vida, acho que as circunstâncias acabam mostrando por onde se deve ir. Penso que ser padre é uma opção, uma escolha, e eu escolhi ser isso até pelas circunstâncias da vida. Poderia ter escolhido outra coisa, e as circunstâncias me colocaram dentro de um hospital. Uma das coisas que eu lembro que não me

agradavam era exatamente ser padre e trabalhar em hospital. Nunca tive bom relacionamento com doentes, até que as circunstâncias acabaram fazendo com que eu viesse para uma ordem que trabalha nessa área. Hoje minha vida é o hospital: fico direto aqui, esse é meu plano de vida. Dentro desse plano, você tem uma contribuição a dar. Talvez, se tivesse nascido em uma cidade grande, se tivesse tido outras oportunidades, as coisas fossem diferentes. O “ser”, na verdade, não faz parte da vida da gente; o “ser” faz você sonhar uma realidade que, na verdade, não é a sua. Aprendi uma coisa, principalmente aqui dentro do hospital: você se adapta ou você se readapta a diversas situações. Você consegue perceber como as pessoas são, todos nós temos uma capacidade enorme de nos readaptar a uma nova realidade. Seja ela qual for, a vida continua.

## **2. Você consegue identificar o impulso mais forte que o direcionou para a profissão?**

Penso que o berço familiar. Se você nasce dentro de uma família que tem uma tradição religiosa, isso é parte importante. Se você acompanhar um pouco o histórico das pessoas que optam por esse caminho, vai perceber que, geralmente, tem um ou outro que não tem influência do berço. Não vem de uma tradição religiosa; não só católicas, outras convicções religiosas também. Sempre dentro de uma realidade onde você vive. O médico geralmente se trata com médico, não é porque ele gosta mais, é porque convive nesse meio: amizade, escola, lazer. Penso que, na família, você convive com essa questão religiosa, participação na comunidade. Acredito que o berço familiar foi o grande diferencial pra mim.

## **3. Como é o seu dia-a-dia no trabalho como padre?**

A minha rotina é que não tem rotina. Talvez imaginasse fazer isso *fora* de um hospital e acabei fazendo isso *dentro* de um hospital. Aqui a rotina não existe. Eu achei interessante as pessoas entenderem que hoje o mundo mudou muito; hoje não é mais a religião que dá sentido. Existem muitas coisas que dão sentido à vida das pessoas fora e dentro da religião. Hoje muitas coisas que eram atribuídas à religião a ciência explica. Não dá mais para ficarmos com aquela mentalidade: agora a religião, agora é o momento do padre, agora é o momento do médico, agora

é o momento do psicólogo. Eu não vejo isso, então isso faz com que você não consiga estabelecer uma rotina. Partindo do exemplo de Jesus Cristo, você aplica muito bem isso aqui: Jesus Cristo nunca fez grandes eventos ou grandes congressos, grandes palestras; ele era especialista em aproveitar bem os momentos que tinha, conversando. O que faz o padre num hospital? O padre não faz nada. Se eu ficar sentado nessa sala aqui, o telefone toca muito pouco, não terei muito trabalho a fazer. Nós vivemos como a mentalidade de que o religioso dentro de um hospital é para atender quem morre, para atender quem está em estado grave. Ainda se fala em extrema-unção, e a Igreja mudou isso desde 1972. O meu dia é chegar de manhã, ter em mente o que fazer, em que setor passar: acaba-se por dar mais atenção à UTI e ao pronto-socorro – são ambientes mais pesados. Depois as visitas nos quartos e nas enfermarias. Nas UTIs, encontra-se de tudo, desde familiares a profissionais e pacientes. Particularmente, tenho presente que a pessoa com quem falo no momento é sempre a pessoa mais importante e mais necessitada. Procuro dar a ela o tempo que for necessário. Estava vindo da psiquiatria e ia ao setor da criança. Depois, tem horário da missa, o horário do chamado urgente... a minha rotina é que não tenho rotina. A cada missa que celebro, é um público diferente; cada pessoa que você conhece é uma pessoa diferente. Quando se está aqui dentro, há uma agenda básica, com horários a serem cumpridos, como horário da missa. No entanto, outras coisas são realmente imprevisíveis, mas eu gosto disso, da rotina que não é uma rotina.

#### **4. Qual é a sua experiência relacionada à doença câncer?**

Hoje tem muito câncer, de vários tipos e formas. Para quem vem do interior, como eu, câncer é uma doença que traz consigo muito preconceito. Costumava-se dizer *aquela doença*. Quando eu comecei a trabalhar aqui, tive muito contato com vítimas de AIDS; achava que a doença que matava mais era essa. Hoje você percebe que o câncer mata muito mais. Para mim, todos os cânceres eram fatais. Lá no interior é assim: se alguém está com câncer, vai morrer. Vim com essa imagem para cá. Com o tempo, comecei a perceber que não era tão fatal assim. Convivi com o câncer que meu pai teve. No caso dele, houve uma sobrevivência de dezenove anos. Ele fez quimioterapia, se cuidou. Comecei a encarar com mais naturalidade essa doença. Ainda me impressiono com o câncer de cabeça, pescoço, até pela questão estética.

Muito também no caso das crianças que têm câncer. Isso mexe um pouco com a gente. Você acaba se vendo no lugar do outro. Se uma pessoa jovem também teve câncer, você não está isento. Um colega e eu fizemos um lembrete sobre como conviver com AIDS, leucemia, diabetes, problema cardíaco, todas essas doenças que matam. Consegui, ao longo do tempo, superar a idéia de câncer/morte. Presenciei casos de muitas pessoas que sobreviveram.

### **5. A fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Com o assunto **Fé**, a gente precisa ter um pouco de cuidado, porque nem toda boa-fé é uma fé boa. Religião é um instrumento, a Fé é um instrumento também. Pode ser bom ou pode ser ruim. Penso que a fé madura, adulta, tem uma contribuição importante. A fé infantil você esquece o que é a tua parte e joga toda a responsabilidade pra Deus. Por exemplo: “acredito que, se eu me jogar daqui do prédio, não vai acontecer nada, porque eu acredito em Deus”. Rezo antes de me jogar, pulo lá embaixo e fico todo “destrambelhado”, não porque Deus não me ajudou, mas porque minha fé foi infantil, fui imprudente. Acontece o mesmo com tratamento: “Ah! eu vou me entregar nas mãos de Deus”. Existe uma passagem bíblica, do Evangelho de São João: o aleijado na beira da piscina. Tinha uma piscina, que ficava cheia de doentes em volta. De vez em quando, o anjo de Deus descia e agitava a água. O primeiro que conseguia entrar na piscina quando a água era agitada estava curado. Conta o Evangelho que havia lá um aleijado há 38 anos. Jesus, passando por lá, diz assim: Você quer ficar curado? E ele responde que, todas as vezes que vai entrar na piscina, alguém já pulou antes. Hanna Wolf diz em seu livro: quando Jesus pergunta para o aleijado se ele quer ficar curado, ele precisava ter respondido: “Eu quero ficar curado”. Será que Jesus era realmente milagreiro, como filho de Deus, ou será que o maior milagre dele era despertar a fé que não estava nele, mas que estava no outro? Acho que uma fé madura é quando a pessoa faz a sua parte. A cura pode vir, mas preciso fazer a minha parte. Para alguns autores, nem Deus cura quando a pessoa não quer. Acredito que as nossas orações não devem ser feitas para mudar os desígnios de Deus, se não a gente veria Deus como um boneco. “Faça como eu quero”. Nesse momento, acho que é importante essa fé madura. O mundo inteiro pode rezar, o rio corre pra onde? Para o mar, sempre para o mar, não muda o ritmo, pode Sua Santidade o Papa rezar,

podem os pastores e os rabinos rezarem, e o rio corre, sempre correrá para o mar, por quê? Porque Deus não tem capacidade de fazer o contrário? Não, porque a natureza é assim e a natureza segue o ritmo e o homem pode fazer alguns desvios nesses rios, embora ele vá desaguar no mar. Por isso que nem toda boa-fé é uma fé boa, não sei se me fiz entender. Eu, se tiver de escolher entre um médico que tem fé e não tem faculdade e outro que não tem fé e tem faculdade, escolho o que não tem fé. “Você deita que o negócio vem”. Quando, na multiplicação dos pães, a turba clamava – por alimento, Cristo lhes dizia: “Dai-vos vós mesmos de comer”, isto é, “mexam-se, façam alguma coisa, não fiquem esperando que caia dos céus!”.

## **6. O que você pode me dizer a respeito da terminalidade?**

Acho que a questão da terminalidade chama a pessoa para uma realidade de perda. Esta passagem, esta vida, na minha humilde opinião, quando as pessoas pedem por um padre, um pastor, um religioso, não sei se elas estão tão preocupadas com o além, com a vida eterna. Eu não consigo ver só por esse lado. Acho que as pessoas precisam, na verdade, de uma companhia, de alguém que ajude a fazer essa passagem com um pouco mais de segurança, sabe aquela pessoa “Ah! Vamos comigo!”, mesmo que você não possa fazer nada? Não estou só, passa a sensação de que não estou só. Aliás, essa é a grande importância da religião, fazer com que a pessoa não se sinta sozinha. Voltando à questão da oração, todas as pessoas do Nordeste rezam pra chover... e chove, por acaso? Só que eles se unem, se juntam, você tem aquela sensação de não estar sozinho. Quando tenho de enfrentar uma dificuldade com um grupo, me sinto seguro. Acho que a terminalidade, a morte, é uma passagem que a pessoa precisa fazer sozinha... aí ela se sente vulnerável. Tem a questão do transcendental, do divino. Acho muito importante você ter alguém com quem partilhar. A terminalidade, no sentido de dar a sensação de não estar só, acho que é a grande importância da religião e do líder religioso.

## **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Isso é uma coisa interessante, porque, no mundo cristão, tem muito aquelas frases-feitas “Deus dá isso, tira aquilo; Deus dá o frio conforme o cobertor; Nós precisamos sofrer para ganhar o céu”. Não vejo as coisas por aí, embora, se você observar, as

grandes mudanças do mundo são feitas de grandes tragédias. Outro dia, estava pensando naquele avião que caiu. Será que tem de haver sempre uma tragédia para as coisas mudarem? A tragédia faz parte da vida pra que a gente fique melhor? Os pacientes dizem muito isso: “Refiz minha vida e, para isso, eu precisei experimentar um momento terrível, trágico. O câncer me fez repensar minha vida!”. Isso eu já ouvi muito. Fico me perguntando: será que sempre vamos precisar de tragédias para que as coisas mudem? É interessante observar que angústia e felicidade são coisas diferentes, mas muito próximas. A angústia do cientista que busca a cura de uma doença. Mas o que é isso? quer dizer, ele só foi buscar a cura porque se angustiou? A angústia é uma coisa boa ou é coisa má? A angústia é uma coisa boa em certos sentidos, porque, da angústia dele, veio a felicidade de ter descoberto um remédio. Já vi muitos casos de pessoas resilientes e que realmente se refizeram, bem como alguns que perderam a fé pelo caminho. Aí é que entra a questão da fé madura. As pessoas pensam que, se Deus resolve meu problema, acredito que ele é poderoso. Não trabalho em cima de cura. A minha fé não aumenta, diminui, porque “fulano deitou com uma perna, amanheceu com duas”, coisa que eu nunca vi!! Todavia, vi pessoas só com uma perna e com uma prótese conseguir voltar a andar e retomar a sua vida normal. Acho que o grande milagre é o dia de mutirão no Hospital das Clínicas: curam-se muito mais cegos do que Jesus e os discípulos curaram a vida inteira... isso não é milagre? Por isso, quando uma pessoa tem fé que não é madura, acaba afundando na hora. A pessoa que tem fé madura consegue a resiliência. Então você me pergunta: “você já viu muito isso?” Vi sim, tanto para pessoas que se refizeram quanto para pessoas que acabaram afundando e acabaram perdendo o sentido da vida. Existem sim muitas. A pessoa que descobre que tem câncer, é claro que ela vai ficar revoltada, mas com o tempo, ela vai se recuperando. É a história da bola amassada, sem ar. Se você colocar um pouco de ar, ela vai começar a refazer, vai ganhando o formato que tinha anteriormente. É assim que eu vejo a religião, como se fosse o ar.

## **8. A fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave como a doença câncer?**

Já vi pessoas que não tinham fé serem curadas e pessoas que tinham fé morrerem. Não trabalho muito em cima de cura, quer dizer, de milagres. Eu vejo que, na prática, ter fé não significa necessariamente que você vai ser curado.

Fé ou pensamento positivo? Fé ou força interior? Ou resiliência? Penso que a fé pode contribuir sim para nós, Cristãos. Interessante, acho que a pessoa que tem fé madura é diferente do positivista. O positivista acredita que tudo vai dar certo. O esperançoso também acredita que tudo pode dar certo, mas ele sabe que tudo pode dar errado: ele joga na loteria e acredita que pode ganhar. O positivista acha que vai ganhar e sai fazendo festa, mas a vida mostra que, às vezes, tudo pode dar errado para mim, e certo para o outro. Quando bato o carro, é ruim para mim e bom para o funileiro. Acho que ter fé madura realmente é um esperançoso. Pode ajudar o indivíduo a lutar com os pés no chão, a fazer as orações, mas, ao mesmo tempo, vai buscar fazer o tratamento médico, remédio. Penso que uma junção das coisas pode fazer com que ele se sinta bem. Gostaria só de salientar – e acho muito importante – que precisamos ter muito cuidado com as curas profanadas. O que é milagre? Milagre é você acordar amanhã e não ter aquele tumor? Ou é a capacidade do médico que retira aquele tumor e faz com que a pessoa se cure? Essa capacidade que Deus deu, essa maravilha que é a inteligência humana de ser capaz, e, se você pensar em milagres, Jesus, por exemplo, nunca passou um coração de um corpo para o outro e o Homem faz. Esse é um ponto. Outro ponto a destacar é o seguinte: muitas vezes, mesmo havendo fé, Deus não cura, e outras vezes, mesmo não havendo fé, Deus cura. Então, eu parto sempre do seguinte princípio, nós precisamos e devemos fazer tudo aquilo que está ao nosso alcance, inclusive a dimensão religiosa, a dimensão fé, e o que vai acontecer? Acho que aí a religião é importante, quando você partilha suas dificuldades, você tem mais força para enfrentá-las.

## 1.2 Psicólogos

### **Maria Letícia Candelo**

Faculdade de Filosofia e Letras de Itatiba - USF, SP

#### **1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

Sabe aquela pergunta que se faz quando criança: o que você vai ser quando crescer? Eu respondia que queria lidar com gente, trabalhar com pessoas. Acho que a idéia de criança se manteve a ponto de eu escolher psicologia como curso universitário, me formar e continuar até hoje, já trinta anos, atuando nesta área.

#### **2. Você consegue identificar um impulso mais forte que a direcionou para a profissão?**

Pessoas, o “Ser Humano”. Acho que é, como dizia um professor querido da faculdade, “o gosto pelo Humano”. E, é claro, a vontade de entender melhor as pessoas, suas angústias e suas alegrias.

#### **3. Como é seu dia-a-dia como psicóloga?**

Desde que me formei até antes de adoecer, fazia atendimento em consultório. Meu carro-chefe foi psicologia clínica desde o início, mas gosto muito de diversificar, gosto muito de lecionar, dar aulas; educação é outra coisa muito forte na minha vida. Também trabalhar com grupos, *Workshop*, seminários. Fiz alguma coisa na área empresarial, como palestras, seminários, treinamentos montados. Também faço consultoria pessoal e profissional, atingindo mais uma população de empresas em terapia breve e também a questão da carreira dos profissionais. Minha vida é um pouco essa salada diversificada. Não me agrada ficar fazendo uma coisa só. Gosto das atividades paralelas, sempre relacionadas à psicologia.

#### **4. Qual a sua experiência relacionada à doença câncer?**

Tive, no decorrer da minha carreira, alguns casos de pacientes com câncer. Recentemente, eu adquiri um tumor. Sempre acreditei que não existe a doença em si. A pessoa é que adocece e no meu caso, não foi diferente. Adoeci por alguns acontecimentos bastante marcantes na minha vida ocorridos em 2005. Acontecimentos relacionados à minha área profissional, que me afetaram como pessoa. A partir daí, provavelmente criei esse tumor. Acredito muito nisso porque não tenho ninguém na família que tenha tido câncer de mama. Descobri praticamente um ano depois desses acontecimentos, um dia, deitada na cama, fazendo auto-exame, descobri um caroço na mama direita e, já no dia seguinte, procurei entrar em contacto com minha médica. Tive durante um mês alguns acidentes de percurso, com erro de laboratório, exames e diagnóstico. Foi um mês bastante tumultuado até conseguir um médico melhor, que fez os exames adequados, e aí sim tive o diagnóstico final, praticamente um mês depois da confusão inicial.

Num primeiro momento, na obtenção do diagnóstico, a gente não espera que tenha um câncer. Eu sabia que tinha um nódulo e não sabia que nódulo era esse. Tive um baque e, desde o primeiro dia, disse para mim mesma que iria enfrentar aquilo de cabeça erguida. Eu sou uma pessoa de fé, guerreira, e uma pessoa sensível. Logo depois do baque, no mesmo dia que me bateu essa vontade de enfrentar e superar o problema, eu acreditei nisso desde o início. Existem oscilações de ordem emocional, que me parecem muito normais. São os momentos de tristeza, angústia, assim como de alegria, contentamento, emoções que podem sugerir que a pessoa está superando, está enfrentando, tendo capacidade para a superação. Assim, como há momentos de tristeza, de angústia, porque esse processo é muito solitário, muito individual, e, por mais que se compartilhe com outras pessoas, há aquele momento do silêncio, de quietude interior, em que a pessoa vive as emoções mais diversas.

Também encontramos pessoas que podem entrar no papel de vítima, de coitadinha, do tipo “tudo acontece comigo”, ou “o que foi que eu fiz para isso acontecer comigo?” Talvez esse seja o papel mais comum, o lado negativo da estória. Creio que é perfeitamente humano e normal viver algumas emoções ou oscilações emocionais.

## **5. A Fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Na minha experiência, acredito muito que sim, faz diferença a questão da Fé.

Vi pessoas se curarem de câncer estando desenganadas por médicos e, pela sua fé, pela sua espiritualidade, se curaram. Eram pessoas de muita Fé. Já tem pesquisas que estão comprovando isso, inclusive na neurociência. A Fé ajuda muito. Para mim, a fé tem o significado de uma experiência interna forte, muito marcante, que já tive alguns anos atrás a questão do Divino dentro de mim, a presença de Deus. Acho que é uma experiência profunda que a gente tem, como tantas outras experiências profundas, que tem como a experiência do autoconhecimento. Fazer esse empreendimento, essa grande aventura, exige uma predisposição que nem todos têm. A grande aventura de autoconhecer-se leva à grande descoberta que é a Fé, e essas coisas estão interligadas, para mim. À medida que fui mergulhando nesse processo de autoconhecimento, de desenvolvimento e crescimento pessoal, fui também descobrindo o sentido da Fé dentro de mim. Parece que assim descobrimos nosso Deus interior. A Fé me dá força, coragem de acreditar que, se nós mesmos arrumamos a doença, desse mesmo modo podemos superá-la. Minha Fé fez com que eu visse as coisas desse jeito, fez com que eu visse algo muito maior e não somente meu corpo físico, embora, naquele momento, ele fosse importante, mas também meu mental, espiritual, tudo isso estava envolvido no meu processo. Era muito mais do que eu ter um tumor físico. O tumor estava no meu físico, mas minha parte mental, espiritual e o físico, claro, tudo isso somado iria contribuir para que eu superasse a doença e acho que, alimentando tudo isso, estava a minha Fé. Acredito que a Fé transcende todos esses aspectos que coloquei.

## **6. O que você poderia dizer a respeito da terminalidade?**

Como morte física, seria a morte do corpo mesmo. Mas indo outra vez mais além, acreditando que nós não somos só um corpo, acredito numa transformação, passagem para outro nível de consciência, de transcendência. Senti isso também com meus pacientes, principalmente com um deles que teve câncer de pele e levou isso mais a fundo.

## **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Creio que sim. Porém, faço ressalva na questão da profundidade dessa Fé, da conscientização dessa Fé, porque há muita discussão hoje em dia, principalmente com questões relacionadas ao sagrado, ao profano, ao divino. Acredito haver muito questionamento, muita pesquisa, muita coisa. Baseio-me no ponto de vista pessoal, interno e psicológico. Nessa visão, a Fé tem profundidade na pessoa. Não se trata de uma visão superficial; vai além do ego. Transcende seus limites e isso independe, em minha opinião, de grau de escolaridade, classe social, raça, cor. Acho que isso é uma coisa da pessoa.

## **8. A fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave de doença como o câncer?**

Em minha opinião sim, e não só na minha. Já tive oportunidade de compartilhar essa experiência, com outras pessoas que tiveram resultados que surpreendem os próprios médicos. Tive uma paciente com câncer de mama e outro com câncer de pele. Acredito muito que esse processo de autoconhecimento, de desenvolvimento pessoal, é algo que vai abrindo possibilidades para que a pessoa entre em contacto com sua espiritualidade, seja ela de que maneira for. Não estou colocando aqui nenhuma específica religião, mas estou colocando aqui como uma experiência religiosa interna, em que as pessoas parecem transcender um pouco mais as questões terrenas elas mesmas. Foi nesse momento que também comecei, a me interessar pela psicologia transpessoal – que é a quarta força na psicologia – que é a que trata com um pouco mais de abertura a questão da transcendência. Observei nessas duas pessoas, cada uma à sua maneira, a descoberta dessa força interior ou resiliência através da Fé. Acho esse processo muito bonito quando, com essa disposição, essa vontade, porque não são todos os que encaram, não é? Quando a pessoa encara e leva adiante, podemos ver resultados muito positivos, **muito** positivos.

## **Rosângela Campos**

Psicóloga pela UNESP - Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis, SP

### **1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

Fui para a psicologia por uma proximidade física. Morava em uma cidade onde a faculdade de psicologia era próxima. Também, naquela época, existia uma restrição a adolescente morar longe de casa. Não tinha essa consciência nem do que era, mas hoje vejo que sou muito realizada, não só na minha vida pessoal como com os pacientes também. A escolha foi normal de todo jovem que se pergunta sem muita certeza para onde vai. Durante meu curso, fui entendendo que a escolha tinha sido certa: queria era isso mesmo o que eu queria. Passei em primeiro lugar em uma faculdade estadual; foram cinco anos de período integral. Inicialmente, fui-me apaixonando, da paixão passei para o amor e daí o casamento com a profissão. Aos poucos, foi nascendo a profissional que eu sou hoje.

### **2. Você consegue identificar um impulso mais forte que a direcionou para a profissão?**

O impulso mais forte foi olhar para a necessidade da alma humana. À medida que eu buscava o outro, ia também me encontrando. Acredito que a influência de minha avó e uma tia foi significativa para mim. Elas eram pessoas que cuidavam dos outros, eram “cuidadoras”, e eu sempre que possível as acompanhava.

### **3. Como é seu dia-a-dia como psicóloga?**

Além da psicologia clínica, fiz especialização em Psicologia Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Toda essa vivência serviu para que eu pudesse integrar várias coisas na minha vida, como fazer especialização na área corporal. Sentia necessidade de abarcar “o ser” de maneira integral, o que incluía a espiritualidade também. Meu dia-a-dia durante algum tempo foi dedicado ao consultório e à área espiritual como Capelã Hospitalar. Assisti pessoas espiritualmente durante um bom tempo, dentro do Hospital Emílio Ribas. Hoje, atuo

no Hospital das Clínicas na área da psiquiatria, cuidando da saúde mental da mulher.

#### **4. Qual a sua experiência relacionada à doença câncer?**

Cuido da questão existencial de uma forma ampla. Para dar início ao tratamento de um paciente, costumo analisar em que momento psicológico ele se encontra. Seria de revolta, barganhando com a doença, ou de aceitação? É comum o acompanhamento do indivíduo, do paciente, mesmo antes do diagnóstico definitivo até a terminalidade. Seria o caso de quando é detectado um nódulo, e mesmo antes de saber do que realmente se trata. É comum essa situação gerar um movimento de muito temor e angústia, e, dependendo da pessoa, esse início pode desde já se tornar uma tragédia.

#### **5. A fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Acho que sim. Tenho visto isso no meu dia-a-dia. A questão foi assunto da minha monografia: “O lugar do sagrado no contexto hospitalar”. Quando passei pela experiência de capelã, sempre que chegava para fazer um atendimento, sempre encontrava um crucifixo ou uma mensagem. Isso sempre me chamou a atenção. O que esse gesto evocava na pessoa, naquele momento de fragilidade por que ela estava passando. Outro aspecto relevante diz respeito ao paciente internado estar fora do ambiente dele. Nesse momento, sua identidade fica para trás. Ele passa a ser o paciente “tal”, do leito número “tal”. Difícil se referirem a ele pelo nome, dentro da loucura que envolve o dia-a-dia de um hospital. Dentro do hospital onde trabalhei, existiam equipes de vários credos e cada paciente era respeitado na sua Fé. No dia-a-dia, muitas vezes, a pessoa não se dá conta desse lado espiritual; é como se ela tivesse todo o tempo do mundo e, em algum momento, essa Fé aflora na vida de todos nós.

#### **6. O que você poderia dizer a respeito da terminalidade?**

Quando atendo um paciente terminal, tenho uma posição assumida de estar diante de uma situação difícil tanto para mim como para o paciente. É importante tanto para

quem vai como para quem fica cuidar desse distanciamento gradativamente. Estar atento à família que, às vezes, não quer perder o outro, porque tem medo de ficar. É difícil ir, falar de morte, adoecer. Nesse momento, trabalhamos com o toque físico e pela técnica da calatonia, conseguem-se resultados maravilhosos.

### **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Sim, no processo da pessoa, vou caminhando junto com ela. Essa é a proposta da psicologia. Associa resiliência com recursos e, às vezes, você nota no paciente, esses recursos que acredito existirem em nós todos, em maior ou menor quantidade. Embora algumas pessoas neguem esses recursos, outras fazem deles um diferencial em suas vidas.

### **8. A fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave de doença como o câncer?**

Com certeza. A Fé vem agregada a outras coisas, como a resiliência, para proporcionar ao indivíduo a chance de revirar sua vida. No que se refere à cura, nem sempre se obtém a cura física como esperado, mas a cura da alma. Ele se vê diante da seguinte questão: eu vou morrer! Todos nós vamos morrer, mas como é que eu vou viver até lá, eis a verdadeira questão. As pessoas que conseguem fazer esse caminho, depois que caiu o cabelo, emagreceram, choraram tudo a que tinham direito, notam que a vida continua, e começa outro processo de se vestir melhor, resgatar coisas que perderam no caminho. Quando você percebe que não tem mais todo o tempo à sua disposição, começa a ficar mais ágil nas suas decisões. Essas pessoas passam a vida a limpo, revisitam a vida, redescobrem a vida. A doença pode te levar à reflexão de alto nível, ao invés de te estagnar em um mundo limitado a consumismo ou coisas que o valham.

**Dulce Conte**

Psicóloga USC - Universidade do Sagrado Coração de Jesus – Bauru, SP

**1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

Tinha por volta de onze ou doze anos quando comecei a descobrir que gostaria de trabalhar em alguma coisa em que eu pudesse ajudar as pessoas. Como não tinha noção do que pudesse ser e vinha de uma família de professores, acabei por ser influenciada e me direcionei para o Normal – curso de formação de professores. Durante o curso, tomei conhecimento de alguns livros escritos por Freud, e nesse momento, entendi o que queria.

**2. Você consegue identificar um impulso mais forte que a direcionou na escolha da profissão?**

Creio que foi mesmo essa vontade de ajudar as pessoas. Talvez tenha tido peso o fato de meu pai adoecer. Passei a viver dentro desse contexto, vendo sua transformação em todos os AVCs. Desde criança, ficou claro para mim que não poderia contar com ele.

**3. Como é o seu dia-a-dia como psicóloga?**

Hoje em dia, a maior parte do meu tempo é dedicada ao consultório. Atendo pessoas hospitalizadas a pedido delas, familiares ou amigos.

**4. Qual a sua experiência relacionada à doença câncer?**

Relutei muito em trabalhar com câncer e acabei cedendo porque se tornou um desafio para mim. Envolvi-me profissionalmente com oncologia aplicando métodos de relaxamento denominados calatônicos, de 1983 a 1991. Minha primeira experiência aplicando o relaxamento em paciente com câncer foi marcante. Atendi uma senhora recém-operada de câncer de mama que se encontrava em estado de desespero e não dormia há vários dias. Após superar minhas próprias dificuldades e

aplicar a calatonina, ela dormiu. Atendi essa senhora mais algumas vezes e me envolvi desde então com a oncologia.

Trabalhei no Hospital Vieira de Carvalho e no Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher - onde fiz minha monografia de especialização em Psicooncologia. Pacientes de consultório que não tinham e vieram a ter câncer, pais de outros colegas psicólogos. Acompanhei várias pessoas que não podiam ou não se adaptavam à quimioterapia. O único tratamento para câncer é a quimioterapia. Essa circunstância, por si só, já é um problema. Quando você não pode se submeter a esse tratamento, seja por outros problemas de saúde, seja por adaptação, isso gera um desequilíbrio muito grande para o próprio paciente e para a família.

#### **5. A fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Acho que sim. Para ser mais precisa, trabalhei em hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS, que atende pacientes pobres, sem cultura ou conhecimento. Vivenciando esse ambiente, observei com intensidade a questão da fé. No entendimento dessas pessoas, é a Fé que as fez superar ou enfrentar situações difíceis. Pode-se observar nesse momento tanto a figura idealizada do médico, uma santa ou rezar. Mesmo na pessoa que supera a doença, nota-se um diferencial de Fé.

#### **6. O que você poderia dizer a respeito da terminalidade?**

A linha em que eu trabalho foca o processo da terminalidade. Trabalho com luto antecipatório, preparando para essa fase final da vida. É um trabalho muito intenso, exige dedicação e é muito rico, porque algumas pessoas têm a chance de reorganizar e transcender. Tive a oportunidade de aprender e crescer junto a pacientes terminais. Cada paciente é único nesse momento da morte. Dentro de um hospital, consigo envolver os familiares nesse processo. O paciente é um membro daquela família, logo os dois estão perdendo. Todos precisam se sentir apoiados e amparados neste momento.

**7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Sim, existem. Encontrei nesta minha trajetória de pacientes com câncer, terminais, muitas pessoas resilientes. Esse é um aspecto do indivíduo que tem o poder de me emocionar até hoje. Sinto que, quando encontro a resiliência em um indivíduo, é comum que eu desempenhe o papel de “duplo”. Na verdade, é como se a pessoa estivesse conversando consigo mesma.

**8. A fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave como o câncer?**

Acho que sim. Primeiro gostaria de colocar que superar não é necessariamente se curar. Vejo mais como uma transformação, isso porque você descobre dentro de você mesmas forças que te levam para outros caminhos de vida.

### **1.3 Médicos**

#### **Dr. Álvaro Dettino**

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP

Médico Oncologista, Hospital do Câncer

#### **1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

Na verdade, para escolher ser médico passei por vários passos. Não pensava ser médico, primeiramente. Fiz orientação vocacional, visitei vários lugares e, como a profissão de médico tem várias oportunidades, até por indecisão de que carreira escolher, optei pela medicina. Nesta profissão, vi a possibilidade de trabalhar como administrador hospitalar, médico assistencialista, pesquisador acadêmico pela generalidade da especialidade da carreira. Desde 1998, sou formado em oncologia clínica.

#### **2. Você consegue identificar o impulso que o levou para a oncologia?**

No meio da faculdade, eu via que esses pacientes tinham um atendimento que não era o que imaginava necessário para eles. Achei o tratamento fragmentado, às vezes, pessimista. Brinco que existe conspiração da mentira, omissão, indiferença. Mesmo dentro do hospital de referência, os pacientes, muitas vezes, não receberam dos cirurgiões a realidade. Vi paciente que era aberto e fechado, sem operar, depois recebia a informação de que tinha sido tirado tudo, tinha sido um tratamento só de prevenção, quando, na verdade, a quimioterapia era o único tratamento possível. Existem mitos na oncologia; você não sabe por que começaram, mas são perpetuados. O que me levou a escolher oncologia foi também um vínculo de franqueza. Gerava boas oportunidades de emprego, pensando um pouco em retorno financeiro também. A especialidade é interessante: deixar-se mais rápido de dar plantão e se faz só no ambulatório.

### **3. Consegue me dizer um pouco do seu dia-a-dia como médico?**

É um dia-a-dia puxado: têm ambulatório o dia todo, casos de enfermaria, estar de cobertura à distância muitas vezes, o que torna interessante trabalhar em equipe, pelo fato de estar 24 horas no ar.

Vejo alguns colegas que têm consultório: ele é a referência para o paciente nas 24 horas por dia, sete dias por semana, o ano inteiro. Isso eu sabia que não queria. Era uma maneira de proteger minha vida pessoal. Deixo claro para meus pacientes que existem horários que não estou disponível. Aqui no hospital não precisa dessa explicação, porque é uma instituição, e o vínculo dos pacientes é com o hospital, e não com o médico. No hospital, alguém pode atendê-los. Tive uma fase em que trabalhava metade do que trabalho agora, justamente para poder acabar a graduação, depois a pós. As coisas caminharam bem desse jeito, com uma vida bem mais tranqüila. Acho que agora preciso dar o melhor de mim para ter períodos de mais sossego durante a semana, porque fica puxado enfermaria a manhã inteira.

Trabalho manhã e tarde de segunda a sexta. Gostaria de ter uns dois períodos livres nesse tempo todo. Às quartas pela manhã, minha vida é um pouco mais tranqüila. Trabalho num outro lugar que não tem muito volume. Seria bom se voltasse a ter cinco períodos sem trabalhar durante a semana, mesmo que fosse necessário abrir mão de retorno financeiro. Por essas lacunas na semana, acho que valeria a pena. Qualidade de vida. Acho que deveria trabalhar menos e isso deveria ser o padrão. Tem muita gente com filho, mulher, e acha legal essa correria. Eu me canso, já fui bem mais disposto quando era mais novo e conseguia ter mais energia, mas acho que não é questão só de energia: é questão de prioridade de vida. Na área médica, as pessoas ainda têm idéia que é como um sacerdócio. Eu não concordo com isso. Escolhi fazer medicina, pode até ser que eu tenha desenvolvido boas habilidades, mas não que eu tenha dom para ser médico. Isso foi desenvolvido arduamente ao longo do tempo, com muito treino.

### **4. Qual é a sua experiência relacionada à doença câncer?**

Eu vejo paciente com câncer desde o meio da faculdade, mesmo antes do internato. No internato, até porque a doença é importante, a gente já tem um pouco de contato. Na residência de clínica médica, acaba tendo mais contato. Desde que me

formei, só vejo paciente com câncer. Se fizer uma conta rápida, vejo quinze casos por dia, tem dia que há menos. Seriam 320 casos por mês de ambulatório. Casos novos devem girar em torno de 10% . Seriam vinte a trinta casos novos por mês.

### **5. Você acha que a fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Acho que tem um papel importante na convivência com a doença. Isso é interessante: estão surgindo trabalhos envolvendo religião e espiritualidade. Existe bastante estudo recente nos últimos dois, três anos. Agora é mais freqüente essa ligação fé/espiritualidade.

É uma sensação que nós temos. O primeiro passo para o paciente estar bem é ele acreditar que pode estar bem. Acho que, a partir do momento que a fé, religiosidade, espiritualidade, ou seja, a crença tem algum mecanismo psicológico. Não conseguimos associar organicamente, que ajuda na convivência com a doença. Na maior parte das vezes, faz uma diferença positiva. Existem casos extremos em que a fé atrapalha, ou dá uma falsa ilusão de melhora. Já vi casos em que houve aumento do sofrimento por causa de fé. Também já vi pessoas que querem continuar sofrendo por acreditarem que aquele processo faz parte de uma expiação de pecados de vidas passadas. De modo geral, a Fé tem um efeito positivo de proteção, no mínimo psicológica, para conviver com a doença.

### **6. O que o senhor poderia dizer a respeito da terminalidade?**

Terminalidade, os orientais lidam melhor com isso que nós, ocidentais. Eles dizem que a morte faz parte da vida, e estão melhor preparados para perdas do que a nossa cultura latina. Hoje em dia existem muitas pessoas trabalhando com esse assunto na área médica, psicológica. Acredito que, mais recentemente, a sociedade acordou para o problema. Dá para você manter uma pessoa viva quase que a perder de vista. O sofrimento pode ser estendido, tem de pesar isso tudo na balança, benefícios, riscos e, dentro dessa história toda, tem de pensar em custo. Não dá mais para pensar em nada na vida que não envolva custo. Acho interessante que o CRM, e o Conselho Federal de Medicina também tenham discutido terminalidade. Isso tem aparecido mais na mídia e não é um assunto fácil de

discutir. O que vemos é que as pessoas mais velhas encaram isso muito melhor que jovens.

### **7. Na sua experiência existem pessoas resilientes?**

Acho que sim. Depende da idade: os mais velhos são mais resilientes.

Depende de muitas coisas: cultura, idade, instrução, vontade de pesquisar e vontade de trabalhar pra desenvolver a resiliência. Acho que algumas pessoas conseguem ser resilientes com mais facilidade que outras. Às vezes, encaminhamos alguém para suporte psicológico e a pessoa não vai, e isso seria importantíssimo. Já passei por experiência própria que me fez aprender o que é resiliência. É interessante ver essa capacidade humana. Algumas pessoas que parecem que têm bloqueios para desenvolver essa capacidade. Tem situações mais complicadas, em que você tem de tirar a pessoa da situação de vítima e é importante também o apoio da família para transformar esse quadro.

### **8. A fé pode ou não contribuir para que um indivíduo se torne resiliente?**

Eu acho que sim. Acredito que a fé ajuda. É preciso haver objetivo para fazer qualquer coisa. Nesse sentido, acho que a fé desenvolve mecanismos para pessoa aceitar e enfrentar situação. Não necessariamente você precisa de fé religiosa para ser resilientes; às vezes, muitas pessoas nem precisam de espiritual para ser resilientes. Creio que ajuda porque a pessoa se sente acolhida. É isso que as pessoas querem e precisam.

## **Eunara Márcia Negri**

Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

### **1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

A primeira vez que mencionei querer ser médica foi com cinco anos de idade. Estava no portão de casa, passou uma vizinha e perguntou: “O que você quer ser quando

crescer? Respondi: "Quero ser médica"; e essa idéia nunca mais saiu da cabeça. Durante o curso colegial, me encantei com história, para depois estudar arqueologia. Era uma opção: talvez, se não desse certo passar no vestibular para medicina, pois cursei uma escola estadual. Entrei na faculdade pensando em ser pediatra. Na pediatria eu não vi futuro, porque eu chorava junto com as crianças. Minha mãe sempre dizia que aquilo não ia ajudar, que na verdade, ia atrapalhar. Finalmente, acabei fazendo Pneumologia e depois trabalhei com pacientes com câncer. Na minha família não tem nenhum médico, então acho que foi uma escolha de alma.

## **2. Você consegue identificar um impulso mais forte que a direcionou na escolha da profissão?**

Eu tenho muita vontade de aprender as coisas. Isso de entender como as coisas acontecem e de poder ajudar, poder fazer alguma coisa, interferir positivamente. Senti que era isso que eu tinha de fazer, tanto é que eu fiz a faculdade tranqüila: gostava de estudar, tinha vontade de aprender, de pesquisar, melhorar. Talvez: vontade de melhorar como pessoa e de poder melhorar alguém. Curar é difícil. Sempre tive plena consciência da nossa limitação, e isso foi bom pra mim. Uma coisa interessante é que, quando entrei na faculdade, achava que todo o mundo era correto, ético. Pensava: "os médicos são todos íntegros", "eles são boas pessoas", mas fui percebendo que os médicos são pessoas. Como diz o professor: tem o bom, o mau e o normal. Então é isso: poder aprender sempre, poder interferir melhor na vida de alguém, inclusive para me melhorar. Trata-se de "automelhora", uma espécie de "auto-reforma interior".

## **3. Você pode me dizer um pouco como é o seu dia-a-dia no seu trabalho como médica?**

Bom, acabo de completar quarenta anos agora e isso é uma marca. Venho de uma vida muito maluca. Fiquei no Hospital do Câncer por doze anos. Foram todos eles anos de grande correria: muitos pacientes, muita atividade com paciente no ambulatório. No total, são 15 anos de UTI no Hospital das Clínicas. Resume-se em plantão, UTI, ambulatório, pacientes internados, atividade na pós-graduação e na

graduação, mãe de duas meninas e, para o marido, não sobrava nada. Além de tudo, queria fazer ginástica, porque comecei a ficar hipertensa e, para não viver o ditado “faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”, comecei a fazer *spin* três vezes por semana. Cuidar de mim melhorou a minha vida e preciso disso para estar equilibrada ou tentar, pelo menos, ficar perto desse equilíbrio. Por mudanças de ideologia no Hospital do Câncer, eles resolveram “transformá-lo em hospital de alta rotatividade”, que não gastássemos além de 15 minutos em cada consulta. Isso me gerou grande insatisfação e acabei aceitando o convite de um amigo para trabalhar no Sírio-Libanês. Estou na oncologia, embora eu não quisesse muito ir para esse lado. Tive uma professora, Dra. Tereza um grande ser humano que me ensinou que, de forma geral, ninguém quer estar com o paciente oncológico, que é um paciente pesado, mas que ela sempre os amparava. Ela me ensinou muito sobre oncologia, principalmente o que fazer quando não há mais nada a fazer. Quando saí da residência, abri um consultório e a primeira paciente que tive foi uma senhora que morreu de câncer fulminante seis meses depois. O caso dela tinha sido confundido com pneumonia. Digo aos meus alunos *para não comer bola*, tratando pneumonia ao invés de tumor. Depois que essa mulher morreu, foi muito traumático para mim, disse que não queria mais lidar com paciente com câncer. Fui fazer broncoscopia, mas a vida foi-me levando de novo para a oncologia. Hoje saio do ambulatório, depois de atender 20 pacientes, mais forte do que entrei.

#### **4. Qual a sua experiência relacionada com câncer?**

Comecei a residência em 1991. Durante os três anos da residência, acompanhei a Dra. Tereza, minha iniciadora na oncologia, embora, naquela época, eu não soubesse disso. Posteriormente, fui para o Hospital do Câncer, onde fiquei 12 anos trabalhando com câncer de varias etiologias. Sou pneumologista, mas tratava de todas as insuficiências respiratórias dos pacientes que tinham câncer, seja por causa da quimioterapia, metástase, ou mesmo uma infecção que o paciente adquirisse. Assim transcorreram os primeiros 12 anos da minha carreira. Hoje me encontro no Hospital Sírio-Libanês com o pessoal da oncologia, mas também, é claro, faço broncoscopia e diagnóstico.

## **5. Você acha que a fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Na cura eu não tenho certeza, mas conviver ou retardar o processo de volta do tumor ou de piora, sem dúvida. A fé é muito importante; agora, conviver com a doença, trabalhar melhor as coisas nesse aspecto, a fé, sem dúvida, ajuda demais, talvez ela diminua um pouco o sofrimento do paciente.

A esperança aumenta, ajuda para que ele não se sinta desamparado. Acho que esse sentimento de desamparo que acabo de mencionar, surge normalmente no paciente que não tem nenhuma crença. O paciente com fé tem uma força maior pra lidar com toda esta problemática: ele é otimista.

Na cura – não consigo documentar –, tenho dois exemplos que podem até ter interferido na cura, mas na convivência e na qualidade de vida desses pacientes, sem dúvida, melhora. Uma fé raciocinada é sempre bom, mas aquela fé cega às vezes atrapalha, porque o paciente fica passivo. A fé raciocinada, em que ele se sente amparado, ajuda demais.

Esse conceito, no meu entender, é o paciente ter a sensação de que está amparado. Ele não está sozinho no universo com aquela doença. Ele consegue captar alguma energia do espaço que ajuda a melhorar essa sensação de solidão. É uma sensação consciente. Ele sabe que não é entregar nas mãos de Deus e que ele cuida de tudo. Ele sabe que tem de pescar, que tem de fazer “a quimioterapia”, tem de fazer “a rádio”, tem de fazer o tratamento, mas, acreditando em algo mais, ele vai ter força para enfrentar todos esses obstáculos com maior energia. Ele não se entrega totalmente: “eu vou entregar nas mãos de Deus; seja lá o que Deus quiser e acabou”, ou diria “aquela coisa não é comigo, a responsabilidade é do Homem lá em cima”. Ele sabe que tem de passar por isso, sabe que tem amparo, e isso é a coisa mais importante na vida dele.

## **6. O que você pode me dizer a respeito da terminalidade?**

Convivemos muito com paciente terminal. Aconteceu várias vezes de pacientes terminais chegarem ao meu ambulatório e dizerem: “Doutora, meu oncologista disse que não tem mais nada pra fazer por mim, eu estou morrendo de falta de ar”... Primeiro, a crueldade de você dizer para o paciente que não tem mais nada para

fazer por ele. Essa postura faço questão de passar para meus alunos: sempre há o que fazer, nem que seja colocá-lo para dormir ou tirar a dor. Sempre há o que fazer: não dá para tirar a esperança de ninguém. A medicina a todo o momento está melhorando, pode descobrir alguma coisa ou na manhã ou naquela noite. Isso não é ilusão, é concreto. Ainda mais quando o paciente está consciente, falando. Aquele paciente que está sofrendo, gemente, pertinho da morte, esse paciente tem de receber alívio, tem de dormir, ficar sem dor, providenciar conforto, morte digna, invadir o menos possível. Um caso desses não faz sentido encaminhar para a UTI, realmente esse é o melhor caminho. Às vezes, veja você, temos discussões com a família. Faz-se tudo o que se pode, mas tudo o que você pode fazer nem sempre é bom para a família. Não sou eu que vou dar a eutanásia; acredito que aquele processo de morte é importante até para o aprendizado daquela pessoa. Também não sou a favor de deixar o paciente sofrendo à míngua até o final. Ele tem de ficar confortável, sem dor. Se para isso for preciso aprofundar a sedação, que seja. Ele ficará bem e a família também. O paciente tem de se sentir amparado até o fim. Nesse momento, temos de estar ao lado da família. Nunca se pode dizer que não há nada para fazer.

## **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Sim, penso que existem. Tive uma paciente, me lembro bem, com um tumor grande no pulmão. Ela dizia: “Não vou deixar esse tumor me vencer; vou conseguir vencer essa doença”. Ela viveu cinco anos com um tumor para o qual a expectativa de vida era de seis meses. O marido dessa senhora veio a falecer antes dela e, nesse ponto, acredito que ela desistiu e disse: “agora eu vou morrer”. O tumor cresceu e ela morreu. Existem algumas pessoas que conseguem sucesso por um período; depois, por alguma outra circunstância da vida, eles se entregam. Lembro-me de uma paciente com tumor de pulmão. Ela tinha metástase no baço, foi operada do pulmão, operou o baço, fez quimioterapia; já era o segundo tumor dela. Além disso, teve também um tumor de tireóide. Essa mulher, hoje, passados seis anos, não tem mais nada e ajuda outras pessoas a enfrentarem a doença.

## **8. A Fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave de doença como o câncer?**

Sim. No que nós devemos acreditar? Sou espírita desde pequenina, agora estou estudando um pouco para entender melhor esses fenômenos. Acho importante a fé do médico; acho que ela interfere quando se trata de um paciente, mas não muda a fé de quem está sendo tratado. Se nós, médicos, não acreditamos em nada, talvez seja mais difícil passar esperança para o paciente.

### **José Augusto Rinck**

Médico pela Unicamp, especializado em Oncologia

#### **1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

Não foi porque eu queria ajudar as pessoas; foi muito mais por querer compreender como funciona o organismo humano, como é que se dá o processo de funcionamento. Tinha interesse de saber como a medicina iria responder isso. Foi uma oportunidade de eu ter a ciência do meu lado, conhecer como funciona o organismo, como se dão os erros, como é que se forma uma doença e como é que vou interferir nisso para poder tentar resolver o problema.

#### **2. Você consegue identificar o impulso mais forte que o direcionou para a profissão?**

A própria formação no ginásio: começou com ciências, aquela coisa de saber como nós funcionamos. Isso sempre despertou interesse maior do que Física, Matemática ou qualquer outra coisa. A Oncologia, em si, está relacionada ao primeiro paciente que atendi – durante minha formação na faculdade – e ele tinha câncer. Isso, para mim, foi completamente diferente do que estava acostumado. Foi levantada para mim uma questão muito interessante: saber porque uma célula vira um câncer. A partir daí foi que eu comecei a me interessar mais sobre essa área da oncologia.

### **3. Como é o seu dia-a-dia como médico?**

Basicamente ambulatorial no período da manhã e no período da tarde. Dentro desse tempo, também fazemos visitas aos pacientes internados. Trabalho também em instituições de ensino; então estou sempre aqui, no Hospital do Câncer, ou na Unicamp. Tenho, em média, no ambulatório, cerca de 30 a 35 pacientes por dia, e, na enfermaria, a média de 10 a 12 pacientes internados.

### **4. Qual a sua experiência relacionada à doença câncer?**

Oncologia foi a área da medicina que mais me interessou, à qual tenho me dedicado e aquela escolhida para a especialização.

### **5. A fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Acho que não tem um papel importante na cura, mas na convivência com a doença, na maneira como vai ser interpretado isso pelo paciente. Para alguns pacientes, é muito importante a questão da religião ou da fé. Conhecendo o histórico de vida de alguns pacientes, o câncer surge no momento em que ou ele passou por uma dificuldade ou alguma perda grande. É como se ele ficasse perdido, sem chão. Em alguns pacientes nesse momento, aparece o câncer: ele vai ter de enfrentar, de conviver com isso. Existem pacientes que se apegam a alguma coisa além do médico, além da quimioterapia, além da imuno, que possa também ajudá-lo a enfrentar esse momento; dá um conforto maior ao paciente e ele consegue enfrentar melhor tudo o que vier pela frente. Por outro lado, também vemos pacientes que chegam com revolta, ou seja, eles vêem o câncer como uma punição, se sentem como vítimas: “Por que aconteceu comigo? Eu sempre fui uma pessoa tão boa, eu sempre ajudei as pessoas... isto não é justo comigo”! Esse tipo de paciente passa a ser ateu, não acreditar em nada, ou até se revoltar contra Deus, acreditando sim que aquele símbolo não o protegeu como ele queria. O mais comum, porém, não é a revolta, mas pessoas que se vêem motivadas a acreditar em alguma outra coisa além da medicina e das medicações.

E esse suporte é muito claro, existe uma ajuda efetivamente física, firme, a partir do momento em que você passa a acreditar que pode ter outra coisa além do que a

gente está fazendo ali, isso acaba ajudando porque assim o paciente também fica mais centrado e apto a receber informações que você possa passar. Às vezes, você vê que esse paciente consegue enfrentar melhor a doença e isso talvez interfira no resultado final.

## **6. O que pode me dizer a respeito da terminalidade?**

Eu acho que é um processo de passagem. Acredito que alguns pacientes têm de viver esse “ritual de passagem”. Está terminando a fase dele aqui, e ele vê que isso é só uma passagem, que vai encontrar alguma coisa depois. Na verdade, eu acho que esse paciente encontra, de fato.

Essas pessoas que acreditam que é finito têm maior dificuldade de enfrentar esse processo. Não só pelo paciente em si como pelos familiares, que, muitas vezes, geram bastante confusão, dificuldades e problemas, não só com os médicos, mas também com a equipe de enfermagem. Nós temos limites e sabemos até onde podemos ir ou não, e muitas vezes isso não é visto pelos familiares.

## **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Sim, acho que existem pessoas resilientes, que acreditam que o câncer, às vezes, é um marco, serve como o infarto ou outras doenças da medicina que servem como se fossem um despertar para determinada pessoa. É a oportunidade de ela mudar o padrão de vida, valores e, muitas vezes o modo de enxergar o futuro, o relacionamento com as pessoas que se encontram à sua volta. Vemos pacientes mudando de postura, tentando interagir. É muito interessante ver que reações um trauma pode provocar. Há alguns pacientes que não conseguem trabalhar como indivíduos resilientes e isso vira um grande empecilho, um grande muro na vida dele, impossível de ser transposto. E aí ele vai se entregando à doença, perdendo a vontade de lutar. Muitas vezes, quer que as pessoas que estão em volta dele se compadeçam da situação irreversível em que se encontra.

O que a gente vê é que o fato de o paciente enfrentar melhor a doença, aceitar melhor a doença, ver que resultados obtém, faz com que ele passe por esse processo mais tranquilamente, e acaba ficando mais fácil até de superar do que

aquele paciente que vê a doença como uma parede, um muro, e começa a perturbar todo o mundo que está ali em volta, dizendo que vai morrer e que ninguém pode fazer nada por ele.

### **8. A fé pode contribuir para que um indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave de doença como o câncer?**

Eu acredito que sim. Algumas pessoas vão utilizar a fé para transpor essa fase difícil. Vemos que isso é importante para elas. É justamente isso: a fé ajuda bastante a passar por essa doença ou enfrentá-la. Acredito que é uma força que ajuda a aceitar melhor o que virá pela frente, seja tratamento cirúrgico, quimioterápico, rádio ou até a morte.

#### **Daniel Luiz Gimenes**

Médico, Universidade de Mogi das Cruzes. Especialização em Oncologia

Hospital do Câncer de São Paulo

Sou formado em Medicina desde 1992, pela Universidade de Mogi das Cruzes, minha residência em Clínica Médica foi realizada no Hospital Santa Marcelina. Finalmente, me dediquei à Oncologia, com curso de especialização em Oncologia Clínica no Hospital do Câncer.

#### **1. Como que deu a escolha da sua profissão?**

Foi uma decisão natural, espontânea; não tive influência. Tinha uma pessoa que eu admirava muito, um médico que veio a falecer muito cedo. Escolhi pouco tempo antes de terminar o colegial. Até então, tinha tendência a fazer Engenharia, mas foi minha intuição que me fez chegar à Medicina.

## **2. Você consegue identificar o impulso que o direcionou para a profissão?**

Não consigo, é difícil; às vezes, as pessoas perguntam, mas não teve, foi uma coisa assim, muito natural. Durante o percurso da faculdade de medicina, muita gente já dizia: “eu vou ser isso, eu vou ser aquilo”, e eu fui tocando o curso. Quando terminei, resolvi fazer clínica médica. Já no final, os desafios me levaram para a oncologia.

## **3. Como é seu dia-a-dia no seu trabalho como médico?**

Rotina pesada, muito dividida entre os pacientes internados e os pacientes ambulatoriais. Uma carga diária bem grande de atendimento ambulatorial, depois quimioterapia. Em alguns casos pacientes terminais, temos de dar apenas o suporte clínico. Tem também pacientes que precisam ser internados. Basicamente, essa é a nossa rotina. Temos também nossas pesquisas e, de vez em quando, alguns pacientes participam das pesquisas.

## **4. Qual a sua experiência relacionada à doença câncer?**

Quanto a câncer, uma experiência enorme. Tenho mais ou menos 10 anos de experiência com paciente. Isso significa atender 200 pacientes por semana. Fazendo as contas, imagine quantos pacientes eu já vi. Esse número já foi maior: agora já estou na fase de reduzir o atendimento. O ritmo é muito pesado: trabalha-se normalmente em mais de um local, estamos em contato com uma carga emocional muito grande o tempo todo. não é fácil.

Existem algumas coisas tão relativamente bem resolvidas na oncologia. Ainda existem muitos conceitos que estão em fase de transição; ainda não se sabe ao certo; várias questões não são bem respondidas na oncologia. O tratamento ainda peca demais. Embora também se cure, ainda deixa muita seqüela ou muitos efeitos colaterais. Às vezes, um tratamento nem é curativo: maltrata o paciente. Então se conclui que ainda há muito para estudar. Durante o tempo todo, nós enfrentamos essas questões, e elas são delimitadoras.

### **5. Fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Na realidade, eu não sei; minha percepção é que sim, mas é uma questão muito pessoal. Na cura tenho minhas dúvidas se, de fato, a fé pode mudar alguma coisa. Em algum momento, talvez funcione igual aos mecanismos de defesa que o paciente traz no seu inconsciente e que geraram a doença. Longe de dizer que alterações psicóticas levam ao câncer, mas, com certeza, algumas coisas levaram a uma dinâmica errada e daí teve origem o câncer. A doença mexe com a pessoa e talvez o conceito de cura seja um pouco mais amplo. Algumas alterações psicológicas que eram danosas ao paciente deixam de existir, ocorrendo então a cura. É nesse sentido que eu acredito que a fé, ou até o pensamento extremamente positivo, possa trazer benefícios. Em relação ao paciente com quadro de doença avançado, um perfil psicológico favorável que traga esperança, positivismo, é favorável. Aquela fé cega – "vai da tudo certo, vai dar tudo bem": a pessoa sabe exatamente que está "num mato sem cachorro", perdida, e, na verdade, ela tem esperança de que as coisas podem dar certo. É aquele paciente distinto dos depressivos, que acreditam tudo estar perdido, nada mais vai dar certo.

### **6. O que você poderia dizer a respeito da terminalidade?**

Para o paciente terminal, a fé já é uma questão confortante: ele entra no processo final da vida. Aqueles que conseguem manter um pouco de esperança ou de fé ficam mais confortáveis. A esperança de ter outra vida é uma questão que pode interferir, e interfere positivamente. O paciente terminal idoso é diferente do paciente terminal jovem. Outra coisa é um paciente terminal pai de família cujos filhos são jovens. Na realidade, é difícil entrar nesse contexto e olhar a fé como única variável que interfere em todo o processo. Há todo um conjunto de outros fatores que interferem. O paciente idoso de 60, 70 anos, com a família formada, filhos adultos, na hora da terminalidade, busca seu conforto. A fé, nesse caso, funciona como uma ferramenta, diminuindo o fator estressante de estar morrendo. Uma paciente do Hospital Santa Marcelina foi retirada do hospital pela família há duas semanas. Eles achavam que aquilo era um "mal feito para a moça" e iam levá-la para a igreja na tentativa de desfazer o mal. Veja como a fé, nesse sentido, é usada de forma danosa. A moça estava em fase terminal, não havia mais recursos a utilizar. Tentamos convencê-los de que o trabalho da igreja poderia ser destinado a ela

dentro do hospital. E mais: que a fé não tem limites, não tem local, a energia pode ser desviada para o local que você quiser. Dessa forma, conseguimos convencer a família. A paciente ficou no hospital e veio a falecer com mais conforto do que em casa.

## **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Sim, creio na questão da resiliência pela minha experiência com pacientes de câncer de mama, numa faixa etária de 30 a 40 anos. Existe maior maleabilidade da esfera psíquica. É interessante como essas mulheres, durante o tratamento, nem param para pensar. Quando termina o tratamento, é impressionante como muitas delas perdem o chão e ficam inseguras em relação ao final do tratamento. A questão mais levantada é: terminou porque não deu certo? Não, terminou porque acabou o tratamento. O tratamento traz certo conforto ao paciente, faz com que ele se sinta mais seguro. Quando termina, elas entram em depressão e é nesse momento que algumas delas percebem que está na hora de fazer mudanças. Nesse momento dá para notar essa força interna que faz com que grandes mudanças aconteçam na vida da pessoa. Conheço duas médicas que mudaram de profissão: elas estavam numa dinâmica exagerada de trabalho. Uma delas se aposentou; a outra virou decoradora de ambientes. Uma se separou do marido logo depois que terminou a quimioterapia. Ela foi amadurecendo a idéia durante o tratamento e disse: “Acabei descobrindo que não gosto dele”. A outra demorou um pouco mais de tempo, mas separou-se do marido também. Nesses momentos, vemos a resiliência atuando ou ajudando a “dar a volta por cima”. Para outras, o câncer não serviu de nada. Não sei qual é o mecanismo patológico, mais ela não melhorou em nada. O câncer é apenas a pontinha de um iceberg, no caso de algumas pessoas. Muitas pessoas usam o câncer para promover mudanças que até então não tinham ocorrido. Uma paciente dizia: “Doutor, eu sofri muito, mas agora agradeço a vinda desse câncer”. Essa moça fez um *site* fantástico, conheceu e teve oportunidade de ajudar pessoas, mudou a vida, e assim agradece a vinda do câncer. Acho que o processo psíquico é muito mais sofisticado do que a gente pode imaginar. Nós temos uma mente que trabalha com energia. Então isso é possível sim, só que ninguém prova. Tenho uma nítida impressão de que isso é fato, é verdadeiro.

## **8. A fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente e supere um problema grave de doença como o câncer?**

Eu não sei, não sei responder. Já vi pacientes extremamente espiritualistas, ter fé em Deus e usar isso como trampolim, ferramenta, para dar a volta por cima. Por outro lado, já vi várias pacientes que não citam Deus, não dizem nada, e conseguem chegar lá também. As pessoas não falam muito em Deus nas consultas. Às vezes, eu falo mais do que eles. Não sei se, sem fé, a pessoa pode conseguir o mesmo resultado. Na minha percepção, a fé não é um fator preponderante; ele é, sim, um facilitador excepcional: é mais fácil você atingir a resiliência com a fé do que sem ela. Creio que algumas pessoas que não têm fé acreditam em dar a volta por cima.

Quero deixar claro que talvez a fé seja um catalisador fantástico. Assim, quem tem fé normalmente tem maior predisposição a ser uma pessoa resiliente. Sem dúvida nenhuma, a fé faz diferença sim. Se alguém, por exemplo, disser que quer dar a volta por cima, um bom caminho é ter fé. É um bom caminho até para questões religiosas: acreditar em Deus como um grande pai ajuda as pessoas a resolverem seus problemas, a se curar; é um caminho que está embutido na mente da maioria das pessoas, que dá certo, parece que é um programa de computador instalado na gente: você aperta um botão... se for esse caminho, você chega lá. É impressionante como, que às vezes, a gente percebe isso.

## **1.4 Fisioterapeuta – Entrevista Teste/Piloto**

### **Luciana Titon**

Universidade do Sagrado Coração, Bauru. SP

#### **1. Como se deu a escolha da sua profissão?**

Na verdade, tinha dúvidas em relação ao que iria escolher. Gostava muito de Direito. Meu pai fazia parte de vários júris lá no interior e comecei a acompanhá-lo para sentir como era. Com o tempo, percebi que não tinha nada a ver comigo, porque queria algo que eu pudesse lidar com o público e ajudar de alguma forma, e isso não encontraria no Direito. Fui pesquisar a área de saúde. Como sempre fui atleta, comecei a olhar para a fisioterapia. Minha idéia era fazer fisioterapia, depois educação física e tentar conciliar as duas coisas. Comecei a cursar fisioterapia e vi que meu caminho era esse mesmo. Sou apaixonada pelo que faço. Meu trabalho de conclusão de curso foi na área de física esportiva, uma área em que eu estava muito engajada. Posteriormente, acabei “migrando”, depois de formada, para área de fisioterapia respiratória, devido a um problema que tive com meu irmão.

#### **2. Você consegue identificar um impulso mais forte que a levou para a sua profissão?**

Já fazia fisioterapia, estava prestes a terminar. Entrei em agosto, no último semestre da faculdade quando meu irmão, jogando futebol, fraturou duas vértebras e ficou tetraplégico. Iria me especializar na área de física esportiva, mas, depois do que aconteceu, tive de ir para a área de física respiratória para cuidar dele. Passei os últimos seis meses de curso no hospital, indo e vindo o tempo todo, sendo a fisioterapeuta dele, porque lá no interior não tinha ninguém que soubesse mexer em ventilação mecânica. Contei com a ajuda de uma professora de São Paulo, que, sabendo do caso, se colocou à disposição para fazer consultas comigo via telefone, todos os dias, inclusive me colocar dentro do mundinho de físiorespiratória, e me explicou todas as modalidades de ventilação mecânica. Estudei muito, e minha sorte é que tinha sido a melhor aluna de físiorespiratória, pois, olha, a gente acha

que é coincidência, quando aconteceu o acidente com meu irmão, já tinha passado por essa disciplina, mas, é claro, não tinha nada de prática. Foi difícil não ter nada de prática e ter de aprender exatamente com uma pessoa da sua família. Num primeiro momento, não tive dúvida de que era isso que eu iria fazer, porque era isso o que eu podia fazer por ele. O acidente aconteceu em agosto, em dezembro terminei a faculdade, e no começo do ano meu irmão faleceu.

### **3. Como é seu dia-a-dia como fisioterapeuta?**

Aquela mesma professora me convidou a vir para São Paulo para fazer especialização. Fui aprovada nas provas e iniciei o estágio no Hospital do Câncer. Nesse período, passei por prova de contratação e comecei a trabalhar como plantonista. Há cinco anos trabalho no Hospital do Câncer. Agora sou professora da especialização, faço dois horários, conjuntamente com plantão na Unidade de Terapia Intensiva – UTI, aqui do Hospital do Câncer.

### **4. Qual a sua experiência relacionada à doença câncer?**

Praticamente tudo o que eu aprendi sobre câncer foi dentro do Hospital do Câncer. Tento olhar para o paciente como se ele fosse uma pessoa sem nenhuma doença. A pessoa com câncer é como qualquer outra que precisa de tratamento. Na verdade, o que a gente costuma ver são pessoas que não se aceitam, não aceitam a doença e isso sei que dificulta bastante o tratamento. No ambulatório do hospital, conheci várias pessoas que tiveram câncer de pulmão, se trataram. Aliás, com muitas delas, isso já havia acontecido há mais de dez anos. Comecei a acreditar no tratamento. Com o tempo, vi que, com o tratamento, muita gente podia ser curada, podia se recuperar e ter boa qualidade de vida.

### **5. Você acha que a fé tem um papel importante na cura ou na convivência com a doença?**

Sem dúvida. Acho que não só nessa circunstância; acho que o paciente com câncer tem de ter muita fé. Aliás, para tudo na vida tem de ter muita fé. Se você não acreditar naquilo que você está se propondo, se você descobre que tem doença,

você tem de ir atrás de como curar isso. Se não curar, amenizar da maneira que puder. Acho que, quando a pessoa tem essa disposição de fé, acredito que a probabilidade de ela obter a cura ou passar por um tratamento é mais tranqüila. Se a pessoa tem fé, ela vai se recuperar, vai passar por essa fase difícil com mais facilidade. Essa é minha experiência, é o que tenho visto. Os pacientes que são mais perseverantes, que falam mais de Deus, têm uma força maior, como se a pessoa se armasse melhor para essa guerra.

#### **6. O que você pode me dizer a respeito da terminalidade?**

Paciente terminal é difícil de lidar, talvez seja a situação mais difícil dentro de um hospital. Quando o paciente não tem mais para onde correr, como fisioterapeuta, me pergunto: O que eu posso fazer pelo paciente terminal? Nós tentamos dar o melhor conforto possível. *Conforto* acho que é a palavra-chave de tudo. Se o paciente disser que está com falta de ar, como fisioterapeuta, o que posso fazer é colocar ventilação invasiva nesse paciente. Se você instala uma ventilação invasiva, há sempre algum sofrimento de seu paciente e, por outro lado, se você não instala nada, ele fica com falta de ar. O que você puder fazer para aliviar o sofrimento do paciente é válido. Mesmo sabendo que vou prolongar a vida do paciente, como fisioterapeuta, o que eu posso fazer, como no caso citado, é instalar ventilação invasiva. Para isso eu não penso duas vezes porque, dentro daquela máscara, ele está respirando bem, apesar de todas as dificuldades.

#### **7. Na sua experiência, existem pessoas resilientes?**

Eu já conheci vários pacientes que superaram problemas e estão superando ainda. São poucas as pessoas que conseguem ter tanta força e lutar. Existe um percentual de pacientes que conseguem descer até lá embaixo, “dar a volta por cima”, puxar dentro de si essa vontade de viver.

**8. A fé pode contribuir para que o indivíduo se torne resiliente, supere um problema grave de doença como o câncer?**

Acredito que pessoas adquirem a fé por algum problema. Já vi vários pacientes que não acreditavam em nada. Nem em Deus, simplesmente não acreditavam , ou seja, não têm fé nenhuma. Esse paciente acaba passando por situações difíceis, ao passo que a pessoa que tem fé, no meu entender, acaba conseguindo sair lá do fundo do poço. Acredito que a fé ajuda muito.

## 2 - O Câncer

O câncer configura-se como grande problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Mostram as estatísticas mundiais de 2000, por exemplo, que ocorreram 5,3 milhões de novos casos de câncer em homens, 4,7 milhões em mulheres e 6,2 milhões de mortes por essa causa, o que corresponde a 12% do total de mortes por todas as causas, segundo a base de dados do INCA – Instituto Nacional do Câncer.

O câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil, seguindo-se às doenças cardiovasculares. O câncer de pulmão é o mais comum do mundo, somando cerca de 1, 2 milhão de casos novos anualmente, seguido pelo câncer de mama feminina, com aproximadamente um milhão de casos novos por ano.

As maiores taxas de incidência de câncer são encontradas nos países desenvolvidos – Estados Unidos, Itália, Austrália, Alemanha, Canadá e França – enquanto nos países em desenvolvimento as taxas mais elevadas encontram-se nos países africanos e no Leste asiático. Estima-se ainda que existam cerca de 24,4 milhões de casos prevalentes no mundo. Caso a tendência atual não se modifique, prevê-se em 20 anos que a incidência aumentará em cerca de 50 % nos próximos 20 anos (INCA, 2006).

Na mesma linha de raciocínio, segundo a Organização Mundial de Saúde, se medidas para o controle do câncer não forem tomadas, no início do século XXI, a doença passará a ser a primeira causa de morte nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que ainda lutam para solucionar problemas extremamente importantes, como saneamento básico, desnutrição e doenças infecciosas. Após um esforço monumental para superar esses problemas, o País passará a enfrentar o adoecimento e a morte em decorrência do câncer.

O câncer decorre principalmente do estilo de vida, particularmente das condições sociais e do ambiente de trabalho, que expõem a população a diferentes fatores de risco, frutos da industrialização e urbanização. Esses fatores são o tabaco, o álcool, os hábitos alimentares e o próprio estresse, entre outros. Além disso, os paradigmas da sociedade diante da doença contribuem a demora no

diagnóstico. Nele estão incluídos o medo e o preconceito, além da desinformação e do difícil acesso aos serviços de saúde (OMS, 1993; INCA, 1998).