

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**FACULDADE SERRA DA MESA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***  
**EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO**  
**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL**

**DAYANE CAMELO SILVA**

**OS SIGNIFICADOS DA RELIGIÃO PARA UM GRUPO DE PACIENTES**  
**RENAIS CRÔNICOS E ONCOLÓGICOS**

**Goiânia**

**2019**

**DAYANE CAMELO SILVA**

**OS SIGNIFICADOS DA RELIGIÃO PARA UM GRUPO DE PACIENTES  
RENIS CRÔNICOS E ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião – Mestrado Interinstitucional da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC – Goiás) e da Faculdade Serra da Mesa (FaSeM), para obtenção do grau de mestra em Ciências da Religião.

Área de Concentração: Religião, Cultura e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Religião e Movimentos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Teles Lemos.

**Goiânia**

**2019**

S586s Silva, Dayane Camelo

Os significados da religião para um grupo de pacientes renais crônicos e oncológicos / Dayane Camelo Silva.-- 2019.

146 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Formação de Professores e Humanidades, Goiânia, 2019

Inclui referências: f. 122-134

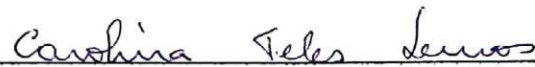
1. Doenças - Aspectos religiosos. 2. Câncer. 3. Insuficiência renal crônica. 4. Saúde. 5. Religião. I. Lemos, Carolina Teles. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião - 2019. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 2-446(043)

**OS SIGNIFICADOS DA RELIGIÃO PARA UM GRUPO DE PACIENTES  
RENAIS CRÔNICOS E ONCOLÓGICOS**

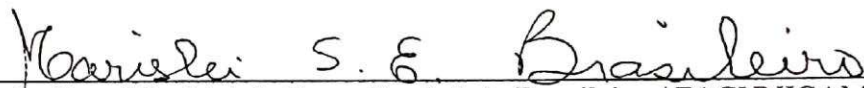
Dissertação de Mestrado Interinstitucional em Ciências da Religião - Minter - da Pontifícia Universidade Católica de Goiás / Faculdade Serra da Mesa, aprovada em 25 de março de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**



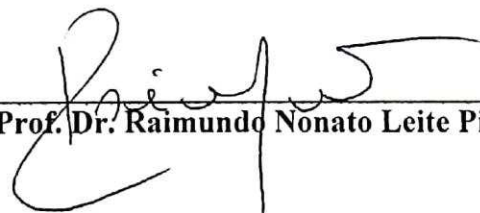
---

**Profa. Dra. Carolina Teles Lemos / PUC Goiás (Presidente)**



---

**Profa. Dra. Marislei de Sousa Espíndula Brasileiro / FACUNICAMPS**



---

**Prof. Dr. Raimundo Nonato Leite Pinto / PUC Goiás**

---

**Prof. Dr. Eduardo Gusmão de Quadros / PUC Goiás (Suplente)**

---

**Prof. Dr. Marcelo Silva Fantinati / UEG (Suplente)**

Dedico esta pesquisa a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de minha história, minha direção, meu auxílio presente na hora da angústia. À minha mãe, Neuza de Fátima Camelo, mulher guerreira e meu exemplo de vida. À minha irmã, Thalita Camelo Salgado, pelo carinho, cuidado e incentivo. Aos meus professores, pela paciência, pelos ensinamentos, pela compreensão e amizade frente ao broto daquilo que se tornou este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar o meu caminho, me fortalecer, sustentar e ser meu fôlego durante esta caminhada. À minha família, por acreditar em mim e ser presente oferecendo-me segurança e certeza de que não estou sozinha. Aos meus professores, que contribuíram com minha formação profissional e pessoal. À minha orientadora pela paciência durante as orientações, pelo incentivo e apoio. À minha amiga e enfermeira Eliane Nilce Barbosa Martins que mediou a minha relação com os pacientes entrevistados.

Diga-me eu esquecerei, ensina-me e eu poderei lembrar,  
envolva-me e eu aprenderei.

Confúcio (400 a.C.)

## RESUMO

A doença renal crônica e o câncer tornam-se cada vez mais presentes e comuns em nossa sociedade uma vez que são altos os índices de morbimortalidade associados a estas. Neste sentido, as pessoas adoecidas por estas enfermidades requerem cuidados desdobrados, pois sua condição clínica pode acarretar disfunções e ainda comprometer a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Assim sendo, a constância vivenciada por estes pacientes é demarcada pela presença de sentimentos negativos visto a possibilidade de mudanças quanto a sua autoimagem, o estilo e a expectativa de vida, e a necessidade de adaptação social e psicológica. Nesta perspectiva, pode-se afirmar a existência da relação histórica entre a religião e o processo saúde-doença, sendo esta justificada pela interface entre a experiência do adoecimento, marcada por dor e sofrimento, e a experiência religiosa como fonte de apoio e conforto diante do sofrimento vivenciado. Logo, objetivou-se, por meio de entrevistas direcionadas com questionários semiestruturados e mediante as noções conceituais fundamentais sobre religião, saúde e doença, identificar se a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica ou câncer residentes do município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando. De modo qualitativo, diante dos dois grupos pesquisados, percebeu-se que a religião possui um papel relevante diante da necessidade de enfrentamento dos dilemas cotidianos traumáticos, pois ressoa como suporte, motivação, força ou meio que torna possível a expectativa de cura e o retorno ao estado de nomia.

**Palavras-Chave:** Religião. Saúde. Doença. Câncer. Doença Renal Crônica.



## ABSTRACT

The chronic kidney disease and cancer becoming more and more present and common in our Society since key figures are high levels of morbimortality associated with these. In this sense, people who are sick from these diseases require deployed care because their clinical condition may result dysfunctions and even affect the achievement of basic activities and instrumental activities of daily. Therefore be the constancy experienced by these patients is demarcated by the presence of negative feelings since the possibility of changes as to your self-image the style and life expectancy and the need social and psychological adaptation. In this perspective, one can affirm the existence of the historical relationship and the health-disease process, that it would be justified by the interface between and experience of illness, marked by the pain and suffering, and the religious experience as the source for support and comfort in face of suffering experienced. Soon, The aim through interviews based with semi-structured questionnaires and upon the definitions conceptual essential about religion, health and illness identifying If religion, while religious experience patients with severe chronic kidney disease of cancer residentes in the municipality of Uruaçu – Goiás, may contribute to he process of of signification of health/disease that are experiencing. A qualitative way, by these two groups analyzed, it was possible to see that religion plays an important role In view of the needs of facing of the dilemmas traumatic events, because resound like support, motivation or way that makes possible the expectancy of cure and return to stand-by mode of nomia.

**Keywords:** Religion. Disease. Cancer. Chronic Kidney Disease.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Modelo Unicausal.....	41
Figura 02 – Modelo Multicausal: a tríade ecológica.....	42
Figura 03 – Tipos de crescimento celular.....	53

## LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Caracterização Socioeconômica.....	142
TABELA 02 – Caracterização do Estado de Saúde.....	143
TABELA 03 – Caracterização do Perfil Religioso.....	144
TABELA 04 – Caracterização da Experiência Religiosa a partir do processo saúde-doença vivenciado.....	145

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Perfil dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás.....	23
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 – Faixa Etária dos pacientes renais crônicos e oncológicos pesquisados.....	71
GRÁFICO 02 – Distribuição percentual dos pacientes renais crônicos e oncológicos por grupos religiosos.....	77
GRÁFICO 03 – Significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente renal crônico.....	106
GRÁFICO 04 – Significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente oncológico.....	110
GRÁFICO 05 – Aproximações e distanciamentos dos significados atribuídos a religião a partir da experiência religiosa e de adoecimento das pessoas com doença renal crônica e câncer.....	115

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de Pesquisa de Campo para Dissertação de Mestrado.....	135
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	139
APÊNDICE C – Caracterização Socioeconômica.....	142
APÊNDICE D – Caracterização do Estado de Saúde.....	143
APÊNDICE E – Caracterização do Perfil Religioso.....	144
APÊNDICE F – Caracterização da Experiência Religiosa a partir do processo saúde-doença vivenciado.....	145

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	Antes de Cristo
CA	Câncer
CONPREV	Coordenação de Prevenção e Vigilância
d. C.	Depois de Cristo
DAC	Doença do Aparelho Circulatório
dl	Decilitros
DRC	Doença Renal Crônica
FG	Filtração Glomerular
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
m <sup>2</sup>	Metros Quadrados
mg	Miligramas
min	Minuto
ml	Mililitros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUC	Pontifícia Universidade Católica
QT	Quimioterapia
RS	Representações Sociais
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva

## LISTA DE SÍMBOLOS

\$	Cifrão
%	Percentual



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 RELIGIÃO, SAÚDE E DOENÇA AO LONGO DA HISTÓRIA</b> .....	28
2.1 INTRODUÇÃO.....	28
2.2 RELIGIÃO.....	28
2.3 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS A SAÚDE E A DOENÇA AO LONGO DA HISTÓRIA.....	33
2.3.1 Saúde.....	34
2.3.2 Doença.....	38
2.4 RELIGIÃO, SAÚDE E DOENÇA: uma relação histórica.....	43
2.5 DOENÇAS CRÔNICO-EVOLUTIVAS.....	47
2.5.1 Doença Renal Crônica.....	49
2.5.2 Câncer.....	52
2.5.2.1 <i>Desenvolvimento e classificação carcinogênica</i> .....	56
<b>3 DOENÇA RENAL CRÔNICA E CÂNCER: impactos fisiopatológicos e perfil dos pacientes</b> .....	59
3.1 INTRODUÇÃO.....	59
3.2 IMPACTOS FISIOPATOLÓGICOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA E DO CÂNCER.....	59
3.3 CENÁRIO DA PESQUISA.....	66
3.3.1 Breve histórico sobre o município de Uruaçu – Goiás.....	66
3.3.2 Perfil dos pacientes renais crônicos e oncológicos .....	68
3.3.2.1 <i>Caracterização Socioeconômica</i> .....	69
3.3.2.2 <i>Caracterização do Estado de Saúde</i> .....	73
3.3.2.3 <i>Perfil Religioso</i> .....	76
3.3.2.4 <i>A Experiência religiosa e o processo saúde-doença dos pacientes renais crônicos e oncológicos</i> .....	78
<b>4 OS SIGNIFICADOS DA RELIGIÃO DIANTE DA EXPERIÊNCIA PATOLÓGICA DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS E ONCOLÓGICOS: vivências a partir de argumentos biográficos</b> .....	87
4.1 INTRODUÇÃO.....	87

4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA E A EXPERIÊNCIA PATOLÓGICA VIVENCIADA.....	87
4.2.1 Representações sociais da doença.....	87
4.3 DOENÇA E EXPERIÊNCIA RELIGIOSA: perspectiva dos entrevistados.....	94
4.4 A RELIGIÃO E OS SEUS SIGNIFICADOS A PARTIR DA VIVÊNCIA DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS E ONCOLÓGICOS.....	102
4.4.1 Funções e significados atribuídos a religião.....	102
4.4.2 Significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente renal crônico.....	104
4.4.3 Significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente oncológico.....	108
4.4.4 Aproximações e distanciamentos dos significados atribuídos a religião a partir das diferentes doenças.....	114
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>122</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>142</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>145</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônico-evolutivas tornam-se cada vez mais presentes e comuns em nossa sociedade. A Fundação Oswaldo Cruz (2016, *site*), ressalta que estas se referem as enfermidades que possuem evolução lenta e de longa duração. Por conseguinte, Freitas e Mendes (2007) destacam que as pessoas acometidas por este agravo requerem atenção desdobrada, pois sua condição crônica e evolutiva é permanente podendo causar perdas, disfunções e alterações na vida cotidiana. Isto posto, tal condição de permanência remete ao enfermo estresse em virtude da possibilidade de mudança em sua imagem corporal, da necessidade de ajustamento social e psicológico, além da probabilidade de mudança em sua expectativa de vida.

Diante deste contexto, a presente pesquisa abordará a relação existente entre religião e saúde em pacientes com doenças crônico-evolutivas. Dessa forma, foram selecionados pacientes adoecidos pelo câncer (CA) e pacientes com doença renal crônica (DRC), que estivessem em tratamento e que já tenham vivenciado os diferentes estádios das mesmas.

Acredita-se que os acometidos por doenças crônico-evolutivas encontram modos distintos para aceitação, enfrentamento e resignação em meio ao contexto da doença. Diante disso, a religião poderia se enquadrar como um dos meios que forneçam sustentação, conforto, sentido e retorno a nomia frente aos vários estádios da enfermidade, deste modo, religião e doenças crônico-evolutivas (doença renal crônica e câncer) tornam-se os objetos desta pesquisa.

Sabe-se que a saúde pública envolve várias áreas epistemológicas sendo uma delas, a saúde coletiva a qual preocupa-se com as doenças e agravos que se manifestam de forma aguda ou crônica e que acometem a população de forma geral, ou seja, a coletividade ou a maior massa populacional. A partir desta colocação motiva-se a busca, o estudo e a compreensão de algumas das doenças comuns a esta clientela, neste caso, o câncer e a doença renal crônica, e como estes aceitam, enfrentam ou se resignam frente a estas tendo a religião, o seu sagrado e as suas experiências religiosas como fator relevante para a aceitação, enfrentamento ou resignação frente a fase vivenciada.

Berger (2003, p. 34) destaca que quando não há um sentido para a vida cotidiana o indivíduo entra em “um estado de anomia”. Deste modo, vale salientar que

quando as pessoas vivenciam situações de doença, estas por sua vez se sentem em anomia, pois perdem o sentido e a sua cosmogonia, levando-os a busca pelo suicídio, entre outras formas de enfrentamento. Porém, em contrapartida, outros buscam na religião, mesmo que em um contexto não esperado uma vez que está relativizada, sem credibilidade, fragmentada e secularizada, a motivação, o sentido, o conforto e o significado mediante a experiência de dor.

Seguindo esta lógica, emerge Geertz (1989), pois para este teórico, a religião é fonte de motivação a partir da visão de mundo e das experiências individuais as quais possibilitam o enfrentamento das adversidades da vida cotidiana e o retorno ao estado de nomia que em consonância com Berger (1985), refere a capacidade de diálogo, compreensão e percepção de si mesmo a partir da construção social do mundo. Por conseguinte, nomia refere-se a organização e a ordem da vida cotidiana, nesta perspectiva, a saúde. Já a anomia, relaciona-se com a desorganização e a desordem, ou seja, com o caos, a doença.

Alinhada a este pensamento, Lemos (2012) em seu livro *Religião e tecitura da vida cotidiana*, também destaca que a busca pela religião se dá com intuito de garantir a nomia, ou seja, a ordem e o bem-estar, justificando o recorrer aos sagrados para que suas vontades habituais sejam supridas e vida longa garantida. Lemos (2012) ainda enfatiza que um dos principais motivos pela procura da religião é a busca pela saúde. Neste sentido, a fim de desvendar alguns aspectos relacionados a busca ou não da religião no contexto de saúde e doença, emergem os seguintes questionamentos: o que se compreende por transcurso saúde-doença? Qual o significado é conferido pela religião na vida do doente? Qual concepção é conferida pela religião no processo saúde-doença?

Em consonância com as questões levantadas, objetivamos, portanto, identificar se a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando. Para tal fim optou-se por realizar entrevistas sobre o histórico patológico, a fim de compreender o estado atual da doença e condições atuais, logo, analisar a relação entre a história patológica vivenciada e a religião, tendo como recorte o estado atual da doença, a partir da qual será reconstruída a gênese de interpretação das experiências passadas (aceitação), presentes (enfrentamento) e suas expectativas futuras (resignação ou cura). Por fim, identificar argumentos bibliográficos nos quais perpassam relatos sobre a religião

como forma de força e sustentação mediante a evolução da doença a fim de ressaltar como o enfermo se aproxima ou distancia de seu sagrado.

Como hipótese, entende-se que a pessoa que vivencia o transcurso saúde-doença, atribui a sua religião ou a sua experiência religiosa o papel significativo para a compreensão e aceitação da fase vivenciada, sendo este um fator importante no sistema de crenças relacionadas ao processo saúde-doença. Assim sendo, a representação social da saúde, da doença e dos credos religiosos na coletividade se perpassam uma vez que um relaciona-se com o outro. Outrora vale destacar ainda que mesmo com as transformações sociais no campo da religião, a vinculação entre esta e o processo saúde-doença ainda é um campo fecundo de significados independente da crença religiosa.

Ressalta-se que a presente pesquisa se baseia essencialmente a partir da teoria básica, empregada preferencialmente nas ciências da religião, tendo como alicerce a linha de pesquisa Religião e Movimentos Sociais, complementando de forma interdisciplinar sobre a perspectiva apresentada por autores que contemplam a temática saúde, doença e religião. Portanto, a fim de cumprir com os objetivos desta pesquisa foi proposto como procedimento metodológico uma investigação qualitativa a partir do método de saturação, além da utilização da pesquisa bibliográfica para suporte epistemológico teórico uma vez que esta permite o levantamento dos principais insumos literários que versam sobre a temática em questão.

Esta trata-se de uma pesquisa exploratória considerando as compreensões teóricas e sua relação com o estudo prático para o acesso ao campo. Partindo deste ponto de vista, a pesquisa bibliográfica é salientada por ser relevante na produção epistemológica científica capaz de suscitar, principalmente em assuntos pouco explorados, a postulação de suposições ou interpretações que convirão como fontes instigáveis e ponto de partida para demais pesquisas. Esta tem caráter interdisciplinar, pois trabalha de forma incluyente permeando diversas ciências, porém com ênfase maior nos caminhos propostos pelas ciências da religião a fim de alcançar as nuances de que o ambiente acadêmico transforma a vida e desperta a consciência do ser humano.

Para a realização da pesquisa foram selecionadas pessoas residentes no município de Uruaçu – Goiás. A pesquisa foi delimitada a um universo de 26 (vinte e seis) participantes sendo de ambos os sexos. A partir da escolha do município, os participantes foram selecionados tendo como base os seguintes critérios primordiais

de inclusão: serem residentes do município selecionado para a pesquisa, estarem em domicílio e não no âmbito intra-hospitalar, terem o diagnóstico confirmado de câncer ou doença renal crônica, ter idade entre 18 a 90 anos. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos da condição de participantes da pesquisa pessoas que após a leitura e interpretação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) se recusassem a fazer parte do estudo, residentes de outros municípios, pacientes em âmbito intra-hospitalar, pessoas com outras doenças crônico-evolutivas e com idade inferior a 18 e superior a 90 anos.

Inicialmente entramos em contato com os prováveis participantes, previamente indicados por conhecidos. O contato foi formalizado através de visitas às residências, por telefone ou e-mails. A partir da triagem dos participantes e seleção da amostragem, para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado. Todos os dados coletados foram tabulados a fim de permitir as análises à luz do referencial teórico, em especial a adotada por Clifford Geertz (religião como uma rede de sentidos e significados) e Peter Berger (religião como provedora de nomia/ordem), e a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS) no que se refere ao conceito de saúde e Leavell e Clarck (1976), reafirmado por Backes et al., (2009) no que tange o conceito de doença.

Após aplicação do questionário semiestruturado, os participantes foram entrevistados utilizando um gravador. Foram aplicadas basicamente as mesmas questões previstas no questionário, onde direcionamos a fim de obtermos maiores detalhes e outras informações relevantes não contempladas nas respostas dos mesmos, ou seja, a fala na íntegra do entrevistado como complemento importante na análise e discussão dos dados finais obtidos.

A presente pesquisa está em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual foi submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa e logo que aprovada pelo número 2.451.740, emitido o parecer substancial. Justifica-se a submissão em virtude de pesquisar neste estudo de forma direta, seres humanos (amostra). Saliencia-se que os dados alcançados para tabulação somente foram coletados após a aprovação do referido comitê e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

A fim de cumprir com a ética da pesquisa, assegurar a pesquisadora e os pesquisados, todos os prováveis participantes foram informados particularmente de todos os tramites que envolveram o estudo. Estes receberam de forma física

(impressa) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que após leitura, interpretação e ciência, foi assinado, dando concessão à pesquisadora para que utilizasse os dados apresentados na pesquisa bem como as declarações obtidas durante as entrevistas no intuito de que não houvesse nenhuma dúvida a respeito.

A participação dos pesquisados foi moderada a partir da disponibilidade em contribuir com a mesma. Foi informado aos participantes que não haverá nenhuma espécie de pagamento ou gratificação financeira. Logo após a aplicação física do questionário e a gravação da entrevista, os pesquisados tiveram acesso aos conteúdos a serem tabulados e apresentados no estudo os quais foram manuseados somente pela pesquisadora para fins acadêmicos. O questionário e consequentemente, a entrevista, quando necessário, foram enviados por meios eletrônicos e não somente o físico. Este tramite foi segundo a escolha do participante da pesquisa para que pudessem concordar, acrescentar, objetivar e aprovar o seu teor para que somente após a esta análise prévia, ambos fossem aplicados.

É de nossa ciência que puderam surgir alguns riscos durante a aplicação do questionário e da realização da entrevista como memórias, lembranças remotas, emoções e sentimentos que causassem algum mal-estar ou desconforto físico, espiritual e/ou psicológico. Neste sentido, caso ocorresse alguma destas intercorrências, a pesquisadora forneceria subsídios suficientes (assistência psicológica, médica e hospitalar gratuita) a fim de minimizá-los. Por outro lado, ressaltou-se os benefícios por meio deste estudo uma vez que proporcionará grande valor e reconhecimento sobre como a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando.

Ademais, foi garantido o sigilo uma vez assegurada a integralidade da privacidade quanto às informações confidenciais emaranhadas no estudo. Ressaltamos que todos os prováveis participantes da pesquisa puderam se dispor a partir de sua total liberdade em recusar ou interromper o estudo a qualquer momento sem implicações, penalidades ou prejuízos por parte dos envolvidos.

A partir dos dados coletados, o perfil dos participantes da pesquisa foi delimitado por gênero, idade, estado civil, participação na vida econômica familiar, diagnóstico e credo religioso conforme explicitado no quadro 01.

**Quadro 01 – Perfil dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás.**

<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Participação na vida econômica familiar</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Credo Religioso</b>
Fem.	60	Separado (a)/divorciado(a)/desquitado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Fem.	69	Viúvo (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica / Câncer	Católica
Fem.	46	Casado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Câncer	Católica
Fem.	46	Solteiro (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Fem.	56	Separado (a)/divorciado(a)/desquitado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Fem.	62	Casado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Fem.	32	Solteiro (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Espírita
Fem.	45	Separado (a)/divorciado(a)/desquitado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Espírita
Fem.	41	Separado (a)/divorciado(a)/desquitado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Fem.	68	Separado (a)/divorciado(a)/desquitado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Fem.	50	Solteiro (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Evangélica
Fem.	48	Casado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Fem.	83	Viúvo (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Câncer	Católica
Fem.	43	Casado (a)	Trabalha e é independente financeiramente	Câncer	Católica
Fem.	24	Casado (a)	Trabalha e é independente financeiramente	Câncer	Evangélica
Mas.	69	Casado (a)	Trabalha e é responsável pelo sustento da família	Doença Renal Crônica	Católica
Mas.	63	Separado (a)/divorciado(a)/desquitado	Não trabalha / Gastos	Doença Renal	Católica



		(a)	Custeados	Crônica	
Mas.	57	Casado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Mas.	29	Casado (a)	Trabalha e é independente financeiramente	Câncer	Católica
Mas.	73	Viúvo (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Câncer	Católica
Mas.	59	Separado (a)/divorciado(a)/desquitado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Mas.	23	Solteiro (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Mas.	51	Solteiro (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Mas.	37	União Estável	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Mas.	77	Casado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica
Mas.	53	Separado (a)/divorciado(a)/desquitado (a)	Não trabalha / Gastos Custeados	Doença Renal Crônica	Católica

**Fonte:** Própria Autora (2019).

De acordo com os dados apresentados no quadro 01, foi possível evidenciar que do universo total de 26 (vinte e seis) participantes da pesquisa, 15 (quinze) eram do sexo feminino e 11 (onze) do sexo masculino. Observou-se ainda que os 26 (vinte e seis) entrevistados têm entre 23 e 83 anos. No que se refere ao estado civil, 05 (cinco) informaram serem solteiros, 09 (nove) casados, 08 (oito) separados, divorciados ou desquitados, 03 (três) relataram viuvez e apenas 01 (um) está em união estável. Quanto a participação na vida econômica familiar, da totalidade dos participantes, 22 (vinte e dois) não trabalham e possuem seus gastos custeados, 03 (três) trabalham e são independentes financeiramente e apenas 01 (um) trabalha e ainda é responsável pelo sustento familiar.

Em relação ao tipo de doença crônico-evolutiva, 19 (dezenove) destes possuem o diagnóstico de doença renal crônica, 06 (seis) possuem o diagnóstico de câncer, e 01 (um) entrevistado possui o diagnóstico de ambas as doenças. Por fim, no que se refere ao perfil inicial dos entrevistados quanto ao credo religioso, 22 (vinte

e dois) enfatizaram serem católicos, 02 (dois) espíritas e os outros 02 (dois), ressaltaram serem evangélicos.

Dando continuidade, a partir da tabulação dos dados foi proposto como forma de analisar as informações obtidas, o resultado por meio do agrupamento das respostas, sendo estas apresentadas no formato de tabelas originadas da tabulação das repostas expressas nos questionários e gravadas durante a entrevista. Já as análises e discussões foram realizadas a partir das informações coletadas através do questionário e das entrevistas semiestruturadas, conjuntamente. Como uma plausível forma de análise e discussão, as respostas foram apresentadas a partir da caracterização socioeconômica, da caracterização do estado de saúde, da caracterização do perfil religioso e da experiência religiosa diante do processo saúde-doença.

Não temos o interesse em estancar as possibilidades de discussão uma vez que os dados colhidos tanto no questionário quanto na própria entrevista, estão condicionados a um percurso previamente constituído e que permeia e demarca o campo de análises e discussões a serem obtidas.

Dado a complexidade do universo a que nos propomos analisar, consideramos oportuno buscar através das entrevistas semiestruturadas subsídios que puderam ilustrar ainda mais essas percepções. Ainda que tenhamos a identificação de como a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando como a maior preocupação, enfatizamos que no decorrer da pesquisa surgiram outros indicativos de tendências e, portanto, podem fomentar uma série de outras análises aqui não interessadas, porém relevantes para outras temáticas.

Os resultados foram explicitados a partir de tendências e apontamentos para possíveis discussões. Assim sendo, a pretensão desta pesquisa foi apenas a de identificar como a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando por meio de entrevistas sobre o histórico patológico, a fim de compreender o estado atual da doença, sua evolução e condições atuais. Foi então analisada a relação entre a história patológica vivenciada e a religião tendo como recorte o estado da doença, a partir da qual reconstruiu-se a gênese de interpretação das experiências passadas

(aceitação), presentes (enfrentamento) e suas expectativas futuras (resignação ou cura pela fé concomitante ao uso da ciência). Por fim, identificado argumentos bibliográficos nos quais perpassam relatos sobre a religião como força, sustentação e retorno a nomia mediante a evolução da doença a fim de ressaltar como o enfermo se aproxima ou distancia de seu sagrado.

Após delimitado o percurso teórico metodológico desta presente pesquisa, esta dissertação estrutura-se em três capítulos que por sua vez possuem informações que perpassam entre si, de modo que as teorias possibilitem o diálogo a partir dos dados coletados e provoquem reflexões sobre a temática a fim de que não se esgotem demais possibilidades de discussões. Desse modo, o primeiro capítulo é responsável por trazer informações quanto ao percurso da saúde e doença ao longo da história atribuindo significados a cada um destes termos. Ainda é contemplado neste capítulo uma breve introdução sobre a relação histórica entre religião, saúde e doença. Em seguida, finda-se o primeiro capítulo com informações que introduzem sobre as doenças crônico-evolutivas com ênfase, em especial, à doença renal crônica e ao câncer, ambas selecionadas para esta pesquisa.

Já o segundo capítulo busca demonstrar as implicações causadas pela doença renal crônica e pelo câncer e através da aplicação dos questionários e das entrevistas, explicitar as informações que caracterizam o campo de estudo e delimitam o perfil dos pacientes renais crônicos e oncológicos a partir dos dados socioeconômicos, dados que caracterizam o estado de saúde, o perfil religioso e por fim, a experiência religiosa e o processo saúde-doença vivenciado, ou seja, a religião como provedora de significados diante do sofrimento.

Não menos importante, o terceiro capítulo permite com base nos dados coletados e tabulados, e na análise realizada, identificar a partir dos argumentos biográficos, se a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando. Portanto, justifica-se os questionamentos levantados anteriormente uma vez que para alcançarmos tais feitos, faz-se necessário conhecermos sobre o processo saúde-doença, em especial, sobre as doenças crônico-evolutivas selecionadas para esta pesquisa (CA/DRC), a sua relação histórica com a religião, o campo de estudo e o perfil dos pacientes pesquisados.

Por fim, nas considerações finais são destacados os aspectos mais importantes desta investigação a fim de estabelecer uma coerência entre a hipótese e os resultados encontrados. Logo, foram adicionadas algumas sugestões a temática em questão uma vez que é considerada um campo rico e fecundo para novas investigações.

## 2 RELIGIÃO, SAÚDE E DOENÇA AO LONGO DA HISTÓRIA

### 2.1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo é responsável por trazer informações quanto as várias concepções relacionadas a religião e quanto ao percurso da saúde e doença ao longo da história atribuindo significados a cada um destes termos. Ainda é contemplado neste uma breve introdução sobre a relação histórica existente entre religião, saúde e doença. Em seguida, finda-se o primeiro capítulo com elementos que introduzem sobre as doenças crônico-evolutivas com ênfase, em especial, à doença renal crônica e ao câncer, ambas selecionadas para esta pesquisa.

Tal abordagem se justifica, uma vez que estamos investigando a relação entre religião, saúde e doença no contexto dos pacientes renais crônicos e oncológicos. Nesta perspectiva, percebe-se que a religião e o processo saúde-doença estão intrinsecamente relacionados desde os primórdios da humanidade, pois suas inúmeras concepções incidem de forma significativa quanto ao que os seres humanos compreendem e vivenciam em suas relações cotidianas.

### 2.2 RELIGIÃO

É sabido que até o século XIX, historiógrafos e até a própria coletividade acreditavam que a religião teria nascido a partir de um fundador ou de alguns criadores exclusivos tendo em grande parte das histórias, uma data e local específicos ou plausíveis de serem verificados. Sendo assim, a religião era concebida como um fato marcante. Partindo deste mesmo ponto de vista, Alves (1999, pp. 23-24) confirma em um de seus discursos o sentimento sobre o que para ele é religião: “Aqui surge a religião, teia de símbolos, rede de desejos, confissão da espera, horizonte dos horizontes, a mais fantástica e pretensiosa tentativa de transubstanciar a natureza”.

No entanto, nesta mesma perspectiva, porém em anos anteriores, Mircea Eliade (1992) já descrevia a religião como obra das hierofanias, ou seja, experiências

religiosas contraídas entre o carismático e o sagrado. Para este mesmo autor, é neste momento que o carismático anula o plano da existência humana e estabelece uma comunicação com o ‘céu’, com o seu sagrado. Já para Silva (2004), o termo religião nasceu a partir da expressão latina *religio*, o qual constitui conjunto de preceitos, observâncias, advertências e interdições sem fazer referências ao metafísico, aos rituais, aos costumes (mitos) ou a qualquer manifestação que contemporaneamente possamos entender como religiosa. Isto posto, vale salientar que as inúmeras definições atribuídas a religião foram edificadas ao longo da história e do desenvolvimento humano, e conseqüentemente, influenciadas pela cultura e vice-versa.

Vale destacar que um significado específico atribuído a religião pode limitar sua vasta dimensão tornando-a vaga ou dúbia. Para alguns estudiosos, a religião é compreendida como “um sistema comum de crenças e práticas relativas a seres sobre-humanos dentro de um universo histórico e cultural específico” (SILVA, 2004, p. 04). Sendo assim, a cultura presente em uma sociedade edifica de acordo com a história seus sistemas religiosos, uma vez que para entender um fenômeno religioso, há a precisão de envolver os sentidos de cada termo empregado em uma determinada circunstância histórica.

Evidencia-se então que a religião é sucedida de inúmeros significados e para que possamos compreender melhor, faz-se necessário referirmos alguns conceitos a partir de autores clássicos como Bourdieu (1974) onde para ele a religião é um sistema de símbolos, estruturados e estruturantes, modelo hierárquico às demais instituições em virtude de sua organização, e influencia na construção das subjetividades sobre os diferentes aspectos que compõem a vida. Este ainda ressalta que esta delimita como algumas ações cotidianas devem ser vivenciadas sem ferir seus dogmas e suas doutrinas influenciando fortemente a ordem social. Logo, Bourdieu (1974) destaca que a religião justifica a existência do ser humano em uma classe social específica.

Baseando-se nas características expressadas por cada pessoa através de seu *ethos*, Geertz (1989), outro autor de relevância para esta temática e um dos autores escolhidos como fio condutor para as possíveis discussões no decorrer desta pesquisa, relata que a religião atua a partir de um sistema simbólico o qual estabelece importantes, intensas e morosas disposições e motivações no ser humano através da elaboração de conceitos que demarcam sua existência. Pode-se afirmar que a religião se relaciona com o *ethos* de cada um e vice-versa e que seu conteúdo são os aspectos

feridos deste. Em outras palavras, religião e o *ethos* se inter-relacionam de forma que a religião expressa e fortalece o *ethos* de uma população.

Nesta perspectiva, o *ethos* pode ser entendido como aspectos morais e estéticos de uma cultura expressados quando estes se comunicam. Assim, os aspectos morais relacionam-se com o comportamento, o posicionamento, as formas de expressar-se e comunicar-se. Já os aspectos estéticos referem-se a forma com a qual enxergam, identificam e interpretam os aspectos visuais. O *ethos* também é expressado a partir dos valores de uma cultura onde todos devem possuir o mesmo tom (ritmo), perfil e além disso, terem uma interação harmoniosa. Este ainda reflete o caráter da mesma, ou seja, seus traços específicos, suas características, refere-se também a qualidade de vida, ao estilo moral e estético, e por fim, a disposição (GEERTZ, 1989).

Geertz (1989) realça ainda que a religião tem extrema importância para a sociedade uma vez que esta serve como fonte de concepções gerais e mentais no ser humano ou no grupo permitindo emergir suas funções sociais e psicológicas. Consequentemente, para Geertz (1989), a religião funciona como fonte de motivação à pessoa a fim de que a partir de sua cosmovisão e de sua existência, enfrente a vida cotidiana. Por esse ângulo, a partir do *ethos*, oferece o tom, a índole, a característica, o estilo de vida, as disposições éticas e estéticas, e a cosmovisão uma vez que associa símbolos cuja sua origem deu-se no decorrer de sua história incluídos ao contexto sociocultural sendo transformado continuamente.

Assim, como consequência de suas transformações constantes e de sua capacidade de modelar e remodelar o meio e a política, a religião também faz o mesmo com o ser humano uma vez que este encontra-se inserido neste meio. Por isso, o campo simbólico e as suas influências religiosas tornam-se um lugar favorável para compreender a relação entre religião e o processo saúde-doença na sociedade.

Nesta óptica, Martelli (1995) destaca que a religião possui inúmeros significados culturais pelos quais a sociedade é habilitada a compreender e a analisar o seu estilo e a sua qualidade de vida a fim de construir sua individualidade e apropriar-se do seu ambiente. Nesse seguimento, Geertz (1989) ressalta que os elementos símbolos sagrados e seus significados remetem o desenvolvimento cultural de uma sociedade uma vez que condensam o *ethos* de um povo e sua cosmovisão.

Já Durkheim (1989), enfatiza a influência do exercício religioso no pensamento de quem crê, mesmo quando este, racionalmente, não está convencido da

importância dos dogmas e dos ritos que os precedem. Afirma também que a religião nasce nas circunstâncias de ebulção da sociedade onde o tempo do sagrado detém o tempo profano nas relações socioeconômicas. Em outras palavras, este estudioso destaca que é necessário crer em algo para que se sinta completo. Assim, a dualidade existente em relação ao que é sagrado e ao que é profano é o que permite que a religião tenha um caráter intelectual. A partir deste entendimento, Durkheim (1989) ainda expõe que os rituais promovem a moralidade e que as divindades fazem com que o devoto viva ciente dos limites entre o que é o adequado e o que é o censurável, ou seja, estabelece um comportamento social de civilidade onde os que não adotam o que é sagrado (certo), é castigado por 'Deus'.

Para Berger (1985), outro autor que junto a Geertz (1989) também será um dos fios condutores para discussões nesta pesquisa, a religião é um dos sistemas simbólicos indispensáveis aos seres humanos, pois representa para estes algo que sobressai a realidade da vida diária e lhes garante nomia. Desse modo, Berger (1985) compreende a religião como um meio (empreendimento) de cosmificação sagrada que sobrepõe o ser humano e o incorpora simultaneamente a fim de garantir ordem aos seus seguidores. Berger (1985) ainda acrescenta que além da função de nomização (ordem), a religião possui também o caráter legitimador, ou seja, o saber que esclarece ou justifica, função necessária para que a ordem seja transmitida de geração em geração ou para que em tempos de anomia (crises), esta possa se lembrar de seu nomos.

Por outro lado, Berger (1985) destaca que a religião também possui a função de conexão das experiências que estão a margem ou no limite. Este autor ainda salienta que esta desempenha um papel considerável em relação as experiências que causam anomia ou desordem e trata das teodiceias (respostas encontradas pelas mais diferentes religiões no que se refere a vida em abundância). As teodiceias legitimam a partir da religião estas situações sacralizando-as, ou seja, oferece-lhes sentido e significados. Por fim, Berger (1985) enfatiza uma última função da religião, ou seja, a de desalienação e segundo este, ainda que desempenhe uma ação preponderante na ordem social, esta também atua em diferentes papéis.

Em contrapartida a Berger (1985), para Marx (2004), a religião refere-se a uma forma de alienação ou a um ópio, pois ameniza a dor e o sofrimento. Para este autor o ser humano nasce com todas as condições imprescindíveis para se ter vida plena, porém estas não se desenvolvem inteiramente em virtude da sociedade a qual está



inserido. Este utilizará apenas os predicados que permitirão a sua sobrevivência dentro desta e mesmo repleto em atributos, mas sem poder desenvolvê-los em sua totalidade, criará um “Deus” remetendo a ele estas qualidades. Assim, tem-se a alienação filosófica, ou seja, não é a religião que aliena a sociedade, mas a sociedade que se aliena a ela uma vez que transfere a esse “Deus” seus atributos e espera que a entidade religiosa faça algo por si.

Logo, Marx (2004) também destaca a religião com caráter de alienação econômica e política. Quanto a alienação econômica, este autor ressalta que a uma dependência na questão do esforço, do trabalho e do ter para que se tenha êxito, para que se supra suas necessidades, para que alcance suas metas, seja feliz e para que haja reconhecimento. Assim, o ser humano se alínea a partir de sua necessidade e não é capaz de reconhecer que ele é quem é o responsável por sua própria felicidade transferindo para a mercadoria a condição de realização. Por fim, a alienação política para Marx (2004), trata-se da relação do ser humano com o estado, ou seja, este transfere ao estado a responsabilidade de resolver os seus conflitos alienando-se a ele.

Seguindo, Wilges (1995) relata que existe uma formulação multidimensional que delinea a religião em inúmeros aspectos, sendo ela considerada como um conjunto de crenças, princípios e ritos que tendem um poder que o ser humano considera soberano, do qual se estima ser subordinado, com o qual pode introduzir-se em uma relação pessoal e do qual pode se obter benefícios. A partir deste entendimento destaca-se que as religiões são compostas por um princípio, conjunto de crenças e mitos sobre a origem do cosmos, o significado da vida, da morte, da aflição e do além; ritos e cerimônias, que concentram e reinterpretam símbolos religiosos; um sistema com valores morais e comportamentais, com regras, impedimentos e códigos de conduta; e por fim, uma sociedade de devotos com distintos tipos de líderes e clérigos mais ou menos convencidos das crenças que professam e dos princípios dessa religião (WILGES, 1995).

Já para Abbagnano (2000), a religião relaciona-se a confiança na salvação garantida por uma linguagem religiosa transcendendo a inteligibilidade do ser humano de forma misteriosa e incompreensível. Já Hellern, Notaker e Gaarder (2000) e Wilber (2006) salientam que esta está presente no convívio social e no dia a dia das pessoas e que pode ser expressada ou provada em maiores ou menores intensidades. Estes asseguram que apossar-se do conhecimento que a religião oferece torna-se benéfico

e imprescindível uma vez que uma sociedade multicultural encontra na mesma a possibilidade de desenvolvimento individual e social.

Já Bueno (2007) abarca a religião como um contíguo de princípios e ações que permeiam e produzem as relações entre o ser humano e o transcendente, pois além de nos estimular no que concerne o decorrer da vida, oferece também um sentido intenso ao que vivemos. Hefner (2007), por sua vez, acrescenta que esta é composta por mitos, rituais e comportamentos morais que decifram a cultura, determina as aceções de um grupo e atua frente os costumes diários a fim de indicar o que pode e o que não pode ser realizado. Deste modo, movimenta-se entre o que é púbere e o que já é relativo aos conhecimentos herdados do transcorrido anteriormente (passado), sendo instigados a se contrapesarem como um fator de conservação cultural.

A partir das afirmações elencadas anteriormente sobre as várias concepções de religião e sua relação com a sociedade e com o ser humano na construção das percepções de mundo e das relações a partir destas, pergunta-se: o que se compreende pelo transcurso saúde e doença e qual sua relação com a religião? Assim sendo, sabe-se que a religião e o processo saúde-doença possui uma relação histórica frente a sociedade e às suas transformações. Neste sentido, se faz imprescindível, demonstrarmos o que se entende por saúde e doença e também relacionar estes conceitos com a religião e suas representações.

### 2.3 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS A SAÚDE E A DOENÇA AO LONGO DA HISTÓRIA

Assim como a religião, sabe-se que os conceitos de saúde e doença também são complexos e que não devem ser limitados. Sabe-se ainda que a compreensão dos significados de saúde e doença lidam com questões socioeconômicas, políticas e culturais em virtude de suas diferentes representações, ou seja, do *Ethos* de cada pessoa, envolvendo, a partir desta visão, valores individuais, percepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007). Vale enfatizar que quanto mais se ampliam as cosmovisões sobre saúde e doença, mais se deparam com as inconstâncias das

verdades científicas evidenciadas através dos vários significados da terminologia saúde e doença no decorrer da história da humanidade (TOSTA, 2004).

A partir deste ponto de vista, percebe-se através da história, que a saúde e doença determinaram inúmeras práticas humanas desenvolvidas pelas civilizações durante o transcurso da humanidade, historicamente, ocorridos sob forte influência de princípios e dogmas religiosos com expressivas marcas contundentes em seu percurso (GEOVANINI et al., 2002). Para compreender melhor o que é saúde e o que é doença e sua relação com a religião próprias de cada período histórico, é válido ressaltar alguns conceitos relacionados a estes termos.

Tosta (2004), enfatiza que existem inúmeras definições e significados relacionados aos termos saúde e doença os quais foram transformados ao longo da história da humanidade. Scliar (2007) reforça ainda que estes termos sempre fizeram parte da realidade e das preocupações cotidianas estando vinculados aos processos de produção e reprodução das sociedades. Este autor ainda enfatiza que desde a interpretação mágica – religiosa do processo saúde-doença, até a perspectiva individualizada do capitalismo concorrencial, a diversidade de práticas pertinentes a saúde e doença relacionavam-se de forma estreita com as questões socioeconômicas a partir dos significados atribuídos a cada termo e o conhecimento disponível em cada período da história.

A partir das colocações anteriores e das várias faces existentes em relação aos conceitos de religião, saúde e doença, nos perguntamos neste momento sobre o que se compreende por saúde?

### 2.3.1 Saúde

É necessário enfatizar que na antiguidade a saúde era vista como recompensa pelo seu bom comportamento, enquanto doença era o seu oposto. Nesta perspectiva, para Hipócrates (460-377 a.C.), conhecido como o pai da Medicina Ocidental, a saúde era uma homeostase, ou seja, o equilíbrio dinâmico entre o corpo humano e o ambiente. Em outras palavras, o estudo de Rebollo (2006) e Scliar (2007) ainda reforçam que no *Corppus Hipocrático* a saúde abarca uma condição comum, uma

*diathesis* da *physis*, cuja composição era estabelecida pela boa ordem ou o completo equilíbrio da combinação (*krasis*) da *dynameis* das naturezas.

Barata (1990), relata que para a medicina chinesa a saúde era compreendida a partir de um princípio de equivalências entre cinco elementos que integram os organismos vivos (madeira, metal, terra, água e fogo) de forma que o equilíbrio energético desses são compreendidos como saúde nos princípios *Yang* e *Yin*. Já em sequência às culturas hindus e chinesas, a Grécia definia saúde como um estado de harmonia perfeita entre terra, ar, água e fogo (elementos constituintes do corpo humano).

Para Ayres (2007) a saúde está associada a forma em que o ser humano busca constantemente suas realizações diárias, permitindo ser ativo, realizando e conquistando seus objetivos, sendo e estando presente no tempo e no espaço (tornando-se perceptível).

Neste prisma, ao perguntar aos pacientes entrevistados o que eles compreendem por saúde e como definem uma pessoa saudável, encontrou-se de forma considerável a seguinte ideia central: a saúde relaciona-se com o estar bem ou estar mal, estar feliz ou estar triste. Estes ainda acrescentam que a saúde se refere a capacidade de realizar as suas atividades diárias, incluindo o trabalho, sem comprometimento e ser independente. Também destacaram a relação de que para ter saúde é necessário crer em Deus.

Ainda em relação ao questionamento, observou-se as palavras-chaves que prevaleceram no discurso dos entrevistados e dentre estas se destacaram “independente”, “trabalho/trabalhar”, “feliz”, “depende”, “fé”, conforme afirma a entrevistada a seguir: “[...] Para mim saúde é ser independente e a pessoa saudável seria aquela independente, que consegue trabalhar e realizar todas as tarefas sem dificuldade [...]” (E.M.P.S., 46 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer). Já outra paciente complementa destacando que “[...] A saúde é a felicidade. Feliz, pessoa saudável é uma pessoa feliz, pois ela pode fazer tudo [...]” (E.B.S.O., 50 anos, sexo feminino, evangélico, acometida por DRC).

Nesta mesma perspectiva, o paciente J.A.S., 53 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC, acrescenta que:

Uma pessoa saudável é uma pessoa sem doença crônica que vai e vem sem depender de quase ninguém, igual eu era antes até o cinquenta anos, pois até lá eu era uma pessoa saudável, agora eu sou um homi complicado porque tenho diabetes, tenho hipertensão, não tenho visão e ainda tenho o rim crônico” (J.A.S., 53 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC).

Por fim, no que se refere aos aspectos relacionados à fé e a religião, um dos entrevistados afirma: “[...] Uma pessoa saudável é aquela com muita saúde, muita fé em Deus, é aquela que tá com tudo [...]” (J.C.N., 69 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC).

A partir das afirmações anteriores, Ayres (2007) ressalta que o ser humano traz também como característica de saúde a compressão de sua totalidade e existência tanto de forma individual e coletiva, e a busca contínua pela reconstrução do sentido de suas vivências também destacada por Geertz (1989), conseqüentemente, a procura no entendimento de suas relações para consigo e com os demais. Por fim, o ser humano procura reconhecer-se e fazer-se relevante dentro de seu universo cultural. Dando continuidade, Segre e Ferraz (1997, p. 542) complementam através de uma abordagem anti-positivista e mais humanizada que saúde é um “estado de razoável harmonia entre a pessoa e a sua própria realidade”.

Em 07 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou através da carta de princípios um novo conceito de saúde onde prevê que esta é um adequado bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doenças, incluindo então as dimensões não-materiais e espirituais (OMS, 1986; PANZINI et al., 2007). A partir desta concepção, emerge também o discurso de alguns entrevistados que ao responderem sobre a compreensão de saúde e pessoa saudável, destacaram alguns destes aspectos.

Em relação a dimensão espiritual, um entrevistado destacou que: “[...] Uma pessoa saudável é uma pessoa muito boa, que faz caridade e é sempre abençoado por Deus. Então saúde é estar bem. É não ter doença [...]” (S.B.M., 63 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC). Outra acrescentou: “[...] A saúde pode ser dividida em mental e física e uma pessoa saudável pode ser colocada em dois termos neh... pela saúde mental e pela saúde física também [...]” (M.M.S., 45 anos, sexo feminino, espírita, acometida por DRC).

Por fim, para o paciente D.R.S.N., 23 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC, saúde e pessoa saudável se refere a:

“[...] aquela que está à procura direto de melhorias. É uma pessoa que busca a Deus, que tem ânimo alto... uma pessoa que não se entrega independente da enfermidade que está passando. Uma pessoa que não tem nenhuma enfermidade também. Pra mim uma pessoa saudável é essa... aquela que tem um ânimo, que é alegre e saudável constantemente” (D.R.S.N., 23 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC).

Neste mesmo sentido, J.V.P., 32 anos, sexo feminino, espírita, acometida por DRC, acrescenta: “[...] Pra mim é uma pessoa de bem com a vida e com o pensamento positivo, pois assim mantem as doenças afastadas [...]”.

Ainda como base no conceito da OMS quanto a saúde, Abed (1993) e Scliar (2007) salientam que muitas críticas têm permeado esta definição, pois a saúde sob esta óptica surge como ideal, absoluta, inatingível, indivisível e excessivamente genérica, ou seja, um conceito limitado no âmbito de sua interpretação e pouco provável para ser usado como objeto dos serviços de saúde. Outra crítica muito relevante refere-se às questões de caráter político e literário, onde segundo estes autores iria permitir o abuso do poder por parte do Estado a partir da intervenção na vida cotidiana das pessoas sob o pretexto de promover saúde. Neste embate, surge o conceito proposto por Christopher Borse, em 1977, onde o mesmo concebe saúde como a simples ausência de doença, mas esta concepção não obteve relevância diante da sociedade.

Neste contexto, Batistella (2007) relata que na visão de Foucault em 1982, com a evolução do Estado, a saúde é valorada, vista de forma comercial e como fonte de poder e riquezas capazes de estreitar e fortalecer as relações entre diversos países.

A fim de criar uma política de saúde pública sem critérios relativamente sociais e juízos de valor, a Constituição Federal de 1988, artigo 196, não discute o conceito pontual de saúde estabelecido pela OMS, mas define que esta é de direito de todos e dever do Estado garantida através de políticas que possam atender todos de forma universal e igualitária diminuindo os riscos de adoecimento da população, promovendo saúde, proteção e recuperação. Assim, colabora no desenvolvimento da dignidade dos cidadãos (SCLIAR, 2007).

Portanto, como nos propusemos compreender o que se entende por saúde, para continuidade dos diálogos, nos apropriamos do conceito estabelecido pela Organização Mundial de Saúde em 1948, que conforme destacado anteriormente, refere-se ao bem-estar corporal, psicológico e social e não somente a mera

inexistência de uma enfermidade, incluindo assim as questões não-materiais e espirituais. Assim, com base nesse entendimento, é aberto a possibilidade de um diálogo que permite envolver não apenas os aspectos físicos/biológicos, mas também a questão não-material e espiritual que neste contexto caracteriza-se pela religião.

Logo, faz-se necessário compreender o que se apreende por doença e por fim, relacionar os conceitos já destacados com a religião.

### 2.3.2 Doença

Scliar (2007), no que tange o tema doença relata que esta sempre fez parte da história e do desenvolvimento da humanidade. Segundo o mesmo, estudos de paleoepidemiologia feito em múmias, demonstraram a ocorrência de agravos e doenças como esquistossomose, varíola e tuberculose há mais de três mil anos, sendo esta informação constatada também através de relatos de casos de epidemias no velho testamento.

Gutierrez e Oberdiek (2001), Araújo (2006) e Krippner (2007) relatam que inicialmente, no transcurso da história de vida do homem, os primeiros grupos ou tribos consideradas nômades, em busca de alimentos e de segurança, utilizavam da visão mágica, religiosa e sobrenatural para justificar o que lhes acontecia. Neste contexto, quando algum agravo não pudesse ser compreendido como resultado de suas atividades cotidianas (quedas, cortes, entre outros), ou lhes faltavam os insumos necessários para sua sobrevivência como comidas (frutos, caça, pesca), conseqüentemente, estes adoeciam ou morriam e a partir destes ocorridos, atribuíam aos deuses (espíritos), a causa de tal acometimento onde a morte ou o adoecimento ocorriam em virtude de comportamentos ou atitudes dos homens que desagradavam o seu sagrado, sendo então, castigados. “Alguns grupos religiosos viam na doença uma espécie de castigo divino, tal como acontecera com a peste” (SCLIAR, 1996, p. 282).

Já para os Assírios, Hebreus, Egípcios, Caldeus, Gregos entre outros povos, a etiologia das doenças era tida a partir de uma concepção ontológica, e tinha como causas origens externas e conseqüentemente a desarmonia do organismo humano, ou seja, advinham de elementos empíricos, naturais e de espíritos sobrenaturais onde

as funções terapêuticas eram obtidas a partir de plantas e recursos de costumes religiosos. É importante ressaltar que não se levava em consideração a participação de disfunções específicas do próprio corpo para se ter doença (BARATA, 1990; GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Já os Hindus e Chineses levando em consideração os princípios *Yang* e *Yin* como equilíbrios para se ter saúde, compreendiam a doença como o seu inverso, ou seja, o desequilíbrio entre os elementos que compõem o organismo humano (madeira, metal, terra, água e fogo) (BARATA, 1990).

A partir de uma visão mais ambientalista, Hipócrates (460-377 a.C.), o pai da Medicina Ocidental, deixa de lado a magia e a religiosidade como fatores responsáveis pelo desencadeamento de doenças e dá relevância a relação do corpo humano com o ambiente, a sazonalidade, a ocupação (trabalho), a posição socioeconômica, dentre outros como fatores preponderantes e causais de enfermidades e partir daí parte para uma abordagem médica e racionalista (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001; SCLiar, 2007).

Nesta mesma linha de raciocínio, Scliar (1996, p. 18) complementa a visão de Hipócrates salientando que “a doença nasce em silêncio. Seja pela ação de germes, ou substâncias nocivas, ou processos endógenos, sutis alterações processam-se nas células: é a enfermidade em marcha. Quietamente, imperceptivelmente, implacavelmente”.

Nesta mesma perspectiva, Rebollo (2006) e Scliar (2007) ainda salientam em outras palavras a partir da teoria hipocrática, que a doença é um desajuste dos humores (fluídos básicos do corpo – bile amarela, bile negra, fleuma e sangue) (*dyscrasia*), ocasionado pela falta ou pela demasia de algum ou alguns deles, ou quando não se misturam um com o outro.

É válido ressaltar que as observações empíricas contribuíram significativamente para a era hipocrática, fornecendo elementos importantes para a concepção de um novo conceito do que é o adoecer humano. Isto é evidenciado no período neolítico onde em busca de sobrevivência, grupos até então nômades, iniciam o processo do cultivo da terra, produção de alimentos e domesticação de animais, fixando-se assim em lugares específicos dando início aos primeiros conjuntos de aldeias. Logo, os grupos deixam a denominação de nômades e passam a ser chamados de agricultores e pastores (BATISTELLA, 2007).



A relação entre o ser humano e os animais durante o processo de domesticação foi marcada pelo surgimento de novas doenças, onde, originalmente os animais tinham presentes em seu corpo vários micro-organismos os quais contaminaram seus pastores que posteriormente, disseminaram entre as populações humanas evidenciando a ideia de Hipócrates (homem e sua relação com o ambiente como fator para o surgimento de doenças) (PALMEIRA et al., 2004).

Ressalta-se que o cristianismo marcante, influente e presente na Idade Média (500-1500 d.C.) a qual foi marcada pelo sofrimento em virtude de inúmeras pestes e epidemias (peste bubônica, lepra – hanseníase, entre outros), fez com que o conceito hipocrático de causalidade não avançasse, permanecendo então a má disciplina de uma pessoa (pecador) como a causa das doenças e a cura associada à fé (rituais religiosos), ou seja, uma dependência essencial entre a doença e o pecado. Neste período, em contradição ao cristianismo evidente da época, a medicina de Hipócrates era então considerada blasfêmica, pois ia contra o evangelho e a especulação científica era desnecessária (SCLIAR, 2002; 2007).

Neste embate, o prosseguimento da teoria hipocrática só teve continuidade entre árabes e judeus, onde foi acrescida de estudos farmacológicos e cirúrgicos. Mas já no final do Medievo, fica evidente na Europa, após se vê rodeada de epidemias, o retorno ao pensamento hipocrático quanto à concepção de doença, formas de infecção e estratégias de políticas em saúde para promoção de saúde e prevenção de doenças (BARATA, 1990; SCLIAR, 2007).

Segundo Rosen (1994), somente no final da Idade Média é que aos poucos foram surgindo normas para cuidados específicos diante de algumas enfermidades e que as interpretações mágico-religiosas do cristianismo sobre doença foram se dissipando não em sua totalidade, porém parcialmente. Ainda é válido ressaltar que para os extremamente conservadores do cristianismo, qualquer explicação quanto a doença que estivesse além da fé, enfrentaria os tribunais da inquisição.

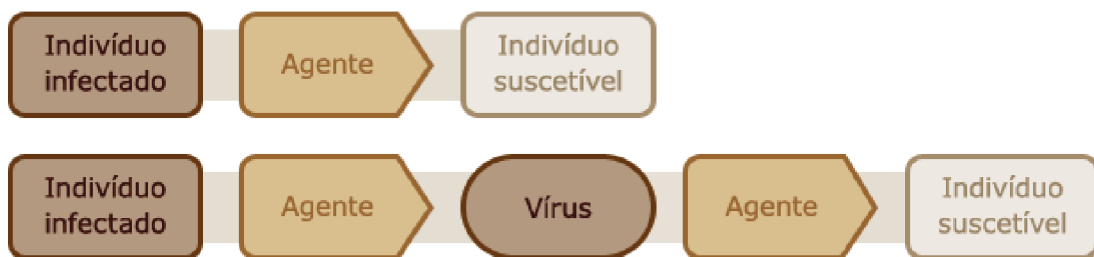
Em 1989, Bernie Siegel, em seu livro *Amor, Medicina e Milagres*, reconhece que os profissionais da medicina também tinham a enfermidade como algo que acometia as pessoas, quando na verdade deveriam compreender que as pessoas é que contraem a doença uma vez que expostos por diversos motivos se tornam vulneráveis às suas causas. Bernie Siegel (1989) ainda reforçava que esta visão errônea de doença e de suas verdadeiras etiologias (causas), atrapalhavam a aquisição de uma compreensão mais válida e próxima da realidade do que é doença,

necessitando também modificar a concepção de algumas religiões e pelas ciências da saúde (alguns profissionais).

Somente em 1530, quando inicia-se o processo para a era do Renascimento e a transição para a Modernidade, é que o poeta e médico chamado Girolamo Fracastoro, de forma ousada, publica o livro *De Contagione*, deixando evidente através de suas pesquisas e escritas, que o contágio da sífilis se dava a partir do ato sexual, propondo agentes específicos imperceptíveis como causadores da doença. Passa-se então, a afirmação e a necessidade de um novo tipo de conhecimento, o saber científico, onde todo discurso deveria submeter-se à prova prática (BATISTELLA, 2007).

A partir desta fase, a doença deixa de ter necessariamente uma explicação e uma compreensão mágico-religiosa, tornando-se fruto de investigação de diversos campos da medicina. Surge então duas formas específicas de compreender a doença a partir de sua etiologia. A primeira forma é chamada de modelo unicausal (Figura 01), pois relaciona a origem da doença com a ação única de um agente específico (LEAVELL; CLARK, 1976).

**Figura 01** – Modelo Unicausal.



**Fonte:** Adaptado de Leavell e Clarck (1976).

Já a segunda forma, chamada de modelo multicausal (Figura 02), marca do século XX, propõe que a doença surge a partir de uma rede de causalidades (múltiplas causas envolvendo mais de um agente e/ou demais fatores correlacionados), em outras palavras, doença deixa de ser um castigo do sagrado ou ter relação transcendente e passar a ser concebida com uma enfermidade física (LEAVELL; CLARK, 1976).

**Figura 02** – Modelo Multicausal: a tríade ecológica.



**Fonte:** Adaptado de Leavell e Clarck (1976).

A partir da visão de Backes et al., (2009), na contemporaneidade os termos saúde e doença passam a ser compreendidos a partir das relações subjetivas sem valorar apenas as dimensões biológicas do ser humano. As concepções sobre saúde e doença ganham então flexibilidade e incorporam outros aspectos sobre como o desenvolvimento social e histórico podem contribuir ou exercer algum poder relevante sobre o processo saúde-doença.

Na perspectiva dos entrevistados, no que se refere a compreensão por doença e por pessoa doente, de forma considerável, parte relevante dos pesquisados destacaram que esta se refere a condição de tristeza, angustia, desmotivação e dependência conforme afirmam os discursos:

“A pessoa doente é tipo assim... uma pessoa que vive angustiada neh?! Que não tem alegria quase, que não tem alegria com ele, pessoa não alimenta que presta neh?! E... que é meu caso neh?! E caso de muita gente que já vi também neh?! E acho que é isso aí também... a pessoa quando ela é uma pessoa sadia ela é saudável, ela é... todo jeito para ele tá bão neh?! E quando é doente, todo jeito que faz a vida não é boa” (V.J.S., 73 anos, sexo masculino, católico, acometido por câncer).

“Uma pessoa doente é aquela pessoa com enfermidade, e... uma pessoa sedentária que fica com preguiça, desmotivada para a vida, sem ação com nada, não quer fazer nada. Isso para mim é uma pessoa doente porque não tá vivendo, tá passando a vida inteira só no sofá, só na televisão. Não aproveita nada, não faz nada de bom. Só ele mesmo de útil pra mente dele,

pro corpo dele, então isso eu considero a pessoa doente, pois não é só a enfermidade que deixa a pessoa doente não” (V.J.B.S., 29 anos, sexo masculino, católico, acometido por câncer).

Nota-se a partir dos conceitos levantados e das falas dos entrevistados que se faz necessário reforçar que os termos saúde e doença não são circunstâncias ou condições imutáveis, mas sim, conceitos essenciais, sujeitos a constantes julgamentos e transformações ao longo do percurso da humanidade. Dessa forma, na medida em que a sociedade se transforma, transformam-se com ela os conceitos que a constituí em virtude da representatividade que os fatores socioeconômicos, políticos e culturais influenciam nos valores individuais, nas visões científicas, nas condutas religiosas e filosóficas de cada um.

Vale ainda ressaltar que a concepção de doença como pecado e a concepção de doença a partir de Hipócrates podem contribuir para a construção das representações sociais sobre saúde e doença. Assim, tal comportamento incidi sobre o modo como as pessoas, na atualidade, vão significar suas experiências patológicas.

Sendo assim, é perceptível evidenciar a partir a visão dos diversos autores, que compreender religião, saúde ou doença como conceitos fechados não é uma tarefa fácil, tornando-se necessário trazer lucidez, sentido e ponderação a cerca destas definições a fim de permitir um discurso compreensivo. Neste sentido, será adotado nesta pesquisa, como conceito de doença, o modelo de Leavell e Clarck (1976), reafirmado por Backes et al., (2009).

Como continuidade e afim de relacionar os conceitos de religião, saúde e doença já evidenciados até o presente momento, vejamos a seguir a relação histórica existente entre estes.

## 2.4 RELIGIÃO, SAÚDE E DOENÇA: uma relação histórica

Historicamente é possível afirmar que desde a antiguidade a religião e o processo saúde-doença estão interligados. Este fato é evidenciado em vários estudos, sendo um deles o de Inocêncio (2007) a qual relatou que o transcurso saúde e doença sempre esteve envolvido com os mais diversos tipos de crenças e rituais ligados as

questões que não são limitadas pelo espaço ou tempo (mundo natural), mas sim, ao sobrenatural. O homem na antiguidade atribuía como fator para o desencadeamento de suas próprias doenças ou das doenças da coletividade o castigo dos Deuses, o qual era em virtude de alguma conduta errônea ou possível insulto ao seu sagrado.

Outras evidências apontadas por Scliar (1987; 1996) como parte da relação da religiosidade com o processo saúde-doença estão diretamente ligadas a vulnerabilidade dos homens e as suas diversas formas de curar as doenças. Scliar (1987; 1996) salienta que desde os tempos remotos e a existência do homem neste período, quando este era diagnosticado com alguma doença até então compreendida e aceita como castigo dos Deuses, as diversas formas de cura também estavam entrelaçadas com o sagrado. Mostra deste feito faz-se relevante quando estes tinham como intervenção no transcurso saúde-doença, o apoio de feiticeiros ou xamãs (sagrados para alguns) os quais utilizavam ervas e o cuidado “cirúrgico rudimentar” conhecido também como trepanação.

A relação entre religião e saúde-doença também é observada nas literaturas bíblicas onde algumas destas demonstram como parte das práticas terapêuticas populares, o cuidado com a higiene, a alimentação, dentre outros (INOCÊNCIO, 2007). É válido salientar então que o tema saúde-doença e religião é contemporâneo e relevante em todos os períodos históricos da vida humana, pois sempre esteve entrelaçado ao cotidiano e às formas em que as mais diversas sociedades elaboravam seu imaginário acerca da genealogia das enfermidades, do estado de saúde e da cura.

Nesta perspectiva, Vasconcelos (2010) também expõe que desde o início da história da humanidade o cuidado em saúde cujo alvo é a cura e a prevenção de doenças relaciona-se de forma intrínseca com as práticas religiosas. Porém, a sociedade moderna e o nascimento da medicina racionalista e científica permitiram desvincular de forma temporária o processo de adoecimento e cura da religião. Apenas no final do século XX é que foi retomada a ideia da relação entre religião com os aspectos de saúde ou doença da coletividade, passando então a fazer jus e ser fonte de interesse por parte de especialistas pesquisadores e estudiosos de várias instituições acadêmicas.

Neste contexto, surgem Levin e Schiller (1987), considerados os primeiros pesquisadores que abordaram a relação entre crença/religião e o processo saúde-doença. Estes afirmavam em seus estudos que a religião contribuía de forma significativa na melhora dos indicadores de saúde e bem-estar entre os doentes que

se consideravam religiosos e que sua prática possui afinidade positiva sobre os indicadores de morbimortalidade. Nesta mesma perspectiva, Valla (2006) descreve que a religião é fonte de apoio e integração social uma vez que os adoecidos cronicamente possuem seus hábitos de vida modificados.

Dalgalarrondo (2008) destaca também que estudiosos, cientistas sociais, filósofos e psicólogos sociais compartilham a ideia de que a religião oferece significado (GEERTZ, 1989) e ordem a vida (BERGER, 1985) tornando-se fundamental no cotidiano das pessoas, principalmente em situações de grande conflito. Para este autor, as doenças são questões importantes a serem observadas e também consideradas como um dos principais motivos pelos quais as pessoas recorrem a religião como condição de 'pronto socorro' para acolhimento.

Desse modo, Saad, Masiero e Battistella (2001) e Alves et al., (2010) em consonância com Geertz (1989) e Berger (1985), enfatizam que o doente busca na religião o conforto para sua dor e seu sofrimento através de energias e iniciativas positivas e que os fortalecem, permitindo-os enfrentar as barreiras no decurso saúde-doença, estimulando-o a aceitar sua condição, seu tratamento, e conseqüentemente, prolongar seus anos e sua qualidade de vida.

Dull e Skokan (1995) e Siegel, Anderman e Schrimshaw (2001) ressaltam que a religião fortalece o desenvolvimento cognitivo e aumenta a condição física e psíquica para o enfrentamento do período patológico, controle da autoestima e favorece ainda a emissão de significados aos eventos estressores (doença). Sendo assim, permite entender que as adversidades são parte de um desígnio mediante a crença de que nada advém do acaso e de que fatos cotidianos de vida são determinados por forças transcendentais que nos permitem o desenvolvimento individual. Partindo desse pressuposto, a religião é benéfica pois desvincula a dependência do enfermo em relação aos profissionais de saúde que oferecem amparo com o objetivo de estimular e promover a autonomia do doente.

Outrora, a religião é um fator terapêutico relevante, pois estimula a disposição do doente e de seus familiares para o tratamento. Neste sentido, ações voltadas às crenças podem ser agregadas às terapias medicamentosas e de assistência frequentemente aplicadas como forma de integrar o tratamento e assistir o doente de forma holística. Aponta-se então a necessidade identificar como a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doenças crônico-evolutivas, neste caso e em

especial, os adoecidos de CA e DRC, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando.

Em contraposição, Guimarães e Avezum (2007) acrescentam que a religião como terapia estabelece um emblemático desafio para as ciências da saúde, pois ponderando barreiras éticas e metodológicas, torna-se difícil mensurar e quantificar a força das experiências religiosas e suas implicações pelos métodos científicos clássicos.

Por fim, embora no Brasil exista uma produção significativa sobre as doenças crônico-evolutivas, sobre religião, saúde e doença em diversos contextos, ainda há a necessidade de que apreciem a interface entre esta categoria patológica e sua relação com a experiência religiosa individual de cada doente.

Desta forma, a partir das percepções ilustradas anteriormente sobre saúde, doença, em especial as doenças crônico-evolutivas, e religião como possibilidade de cuidado holístico sem a dicotomia entre corpo e mente, as obras supracitadas, e conseqüentemente seus autores, contribuem de forma significativa para a compreensão desta pesquisa visto que servem de embasamento e aporte teórico para discussões. Assim, as várias visões sobre a gênese da religião, seus significados e sua relação com o processo saúde-doença continua sendo campo fecundo e instigador de novas investigações.

Para efeitos deste estudo e fios condutores desta pesquisa, é assumida a concepção de religião adotada por dois autores clássicos, Clifford Geertz, religião como uma rede de sentidos e significados, e Peter Berger, religião como provedora de nomia e ordem uma vez que afirma que esta tem sido um dos mais competentes escudos em desfavor da anomia ao longo dos tempos. Já a concepção da OMS será adotada no que se refere ao conceito de saúde e a de Leavell e Clarck (1976), reafirmado por Backes et al., (2009) no que tange o conceito de doença.

Por fim, dada a historicidade quanto a origem das relações entre religião, saúde e doença, sua constância transmutada na atualidade e a magnitude epidemiológica relativa as doenças crônico-evolutivas, neste caso, a doença renal crônica e o câncer, considera-se relevante identificar como a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes acometidos por estas, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando. Logo, vale ainda ressaltar a relevância desta investigação uma vez que se pode compreender que a religião a partir do sentido conferido, pode situar o evento (doença) em uma cosmogonia para o enfermo.

Para tanto, o item a seguir tem como objetivo apresentar de forma breve o que são as doenças crônico-evolutivas, em especial, a doença renal crônica e o câncer, a fim de permitir compreendê-las e tomar ciência dos impactos que estas remetem ao ser humano diagnosticado e a sociedade uma vez que estes são conduzidos a um estado de desordem e anomia.

## 2.5 DOENÇAS CRÔNICO-EVOLUTIVAS

A partir da segunda revolução da saúde até os dias atuais, foram elencados dois conceitos principais sobre saúde: promoção de saúde, que compreende através da carta de Ottawa, em 1986, a técnica de habilitar (*enabling*) as pessoas a fim de ampliarem o domínio sobre sua saúde e conseqüentemente, melhorá-la; e estilo de vida, que corresponde de acordo com a Organização Mundial da Saúde (1986) a um conjunto de estruturas mediadoras que conjecturam nas atividades, nos costumes e nos valores sociais. Já a doença na contemporaneidade, conforme já destacado anteriormente a partir da visão de Backes et al., (2009), é compreendida com base nas relações subjetivas sem valorar apenas as dimensões biológicas do ser humano.

Dando continuidade, nos últimos anos, medidas sanitárias específicas como o controle e a eliminação de epidemias, saneamento básico, evolução de terapias medicamentosas, entre outros, resultaram na diminuição da morbimortalidade decorrente de doenças infecciosas e parasitárias contribuindo para mudanças no perfil da população. Concomitante as transformações no estilo de vida, em especial os progressivos aumentos da industrialização, da urbanização e do envelhecimento populacional, houve então a elevação do número de doenças crônico-evolutivas, ou seja, doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e causam deterioração progressiva da saúde (OLIVEIRA; ALVES, BEZERRA, 2009).

Lopez (2005) e Wilson e Satterfield (2007) destacam que a medida em que a sociedade se transforma e o desenvolvimento científico e tecnológico condicionam a vida da população, eleva-se a expectativa de vida e como consequência deste processo nota-se o risco aumentado para o desenvolvimento das doenças crônico-evolutivas, responsáveis pelas primeiras posições no que se refere às estatísticas de mortalidade mundial.



A Fundação Oswaldo Cruz (2016, *site*), destaca que as doenças crônicas de caráter evolutivo são aquelas que possuem evolução lenta e de longa duração. Estas, por sua vez, podem ser consideradas silenciosas ou assintomáticas por um período, comprometendo cada vez mais a qualidade de vida do ser humano, ou sintomática (com sinais e sintomas claros). Vale destacar que ambas as condições representam riscos ao paciente, pois podem comprometer as funções orgânicas e psíquicas dos mesmos uma vez que são várias as limitações ocasionadas.

Por conseguinte, estima-se para 2020 uma taxa de mortalidade mundial relativa às doenças crônico-evolutivas em torno de 73% uma vez que o aumento da longevidade populacional aumentará a probabilidade de aparecimento destas que geralmente se despontam em idades mais avançadas (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004; MATHERS; LONCAR, 2006).

Aquino et al., (2012) salientam ainda que no ano de 2008 houveram 57 milhões de mortes em todo o mundo e que 36 milhões (63,0%) destas corresponderam às doenças crônico-evolutivas com ênfase nas doenças do aparelho circulatório (Exemplo: doença renal crônica, cardiopatias, entre outras), o diabetes mellitus, as neoplasias (cânceres) e as doenças respiratórias crônicas. Nesta perspectiva, no Brasil, como em outros países, tais enfermidades compõem um grave problema de saúde pública em virtude de sua ampla magnitude, ou seja, representam 72,0% das causas de morte, sendo 31,3% destas relativas às doenças do aparelho circulatório (DAC), 16,3% às neoplasias, 5,2% ao diabetes e por fim, 5,8% as doenças respiratórias crônicas.

Ferlay et al., (2013) também ressaltam que as doenças crônico-evolutivas são responsáveis por um número elevado de morbimortalidade da população em todo o mundo. Estes demonstraram em sua pesquisa que em 2008 vários óbitos ocorreram em virtude desta classe patológica, com ênfase às doenças cardiovasculares ou circulatórias representando 48% do total e o câncer com 21%. Vale salientar que esse problema compromete especialmente os países em desenvolvimento e que as mudanças demográficas e epidemiológicas relativas ao perfil populacional global sugerem um impacto cada vez maior das doenças crônico-evolutivas, em especial, os cânceres nos próximos anos.

Evidencia-se então que as doenças crônico-evolutivas se tornam cada vez mais presente nos serviços de saúde e comuns em nossa sociedade e que o acometido por este agravo requer atenção especial, pois sua condição crônica é permanente

podendo causar perdas, disfunções e alteração na vida cotidiana. Tal condição de permanência remete ao enfermo estresse em virtude da possibilidade de mudança em sua imagem corporal, da necessidade de ajustamento social e psicológico, além da probabilidade de mudança em sua expectativa de vida (FREITAS; MENDES, 2007).

Diante dos argumentos teóricos anteriores, o item subsequente traz informações relacionadas a doença renal crônica e ao câncer, ambos escolhidos para esta pesquisa uma vez que são consideradas doenças crônico-evolutivas de forte impacto social.

### 2.5.1 Doença Renal Crônica

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada como um dos distúrbios circulatórios, pois sobrevém de forma progressiva e irreversível onde os rins deixam de retirar do organismo humano produtos de degradação metabólica, perdendo a capacidade de realizar suas funções reguladoras. Nesta há a interrupção nas funções endócrinas e metabólicas, bem como alterações hidroeletrólíticas e ácido básicas (SMELTEZE; BARE, 2002; CABRAL; DINIZ, ARRUDA, 2005).

Boudy (2004) acrescenta que a diminuição da função dos rins ocorre em virtude do início súbito da doença, destruição dos néfrons e lesão renal irreversível, já Kovelis et al., (2008) descreve a mesma como uma síndrome com diversos efeitos nos sistemas cardiovascular, nervoso, respiratório, músculo esquelético, imunológico e endócrino. Sendo assim, responsável por comprometer de forma significativa o funcionamento de vários sistemas do corpo humano, acarretando, portanto, não apenas a condição física, mas também aspectos psíquicos, sociais e espirituais uma vez que tais condições envolvem ajustamentos no que se refere ao convívio social e familiar, pois desencadeia, em alguns casos, dependência da seguridade social e também a perda da autonomia.

Sabe-se que os primeiros indícios da DRC são inespecíficos, o que dificulta um diagnóstico imediato. Como quase todos os sistemas do organismo são comprometidos, os pacientes podem apresentar diversos sinais e sintomas nas etapas iniciais da doença, mas as manifestações clínicas e laboratoriais também

podem ser insidiosas e assintomáticas, sendo então o diagnóstico médico baseado em sinais genéricos (RIELLA, 2003).

No mundo milhares de mortes anuais são causadas por doenças renais e do trato urinário. De acordo com as informações da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), existem hoje aproximadamente 112.004 mil pacientes em diálise no Brasil, representando um aumento de 20 mil pacientes em tratamento (92.091 em 2010). Nos últimos quatro anos esse número cresceu cerca de 5%, demarcando uma proporção de 552 casos por milhão de habitantes a cada ano. Vale ressaltar que 83,9% das terapêuticas são subsidiadas pelo Sistema Único de Saúde, e 16,1% por seguro de saúde privado (CHERCHIGLIA et al., 2010; SESSO et al., 2014; SESSO et al., 2016).

Os dados estatísticos de acordo com Sesso et al., (2014), relatam que a maioria dos pacientes em diálise no Brasil são do sexo masculino (58%). Porém, em relação aos dados da presente pesquisa, estes revelaram que dos 26 (vinte e seis) entrevistados, 20 (vinte) possuem diagnóstico de DRC e que destes, 11 (onze) são mulheres e apenas 09 (nove) são homens que se encontram em diálise.

Já Cherschiglia et al., (2010) e Oliveira Junior, Formiga e Alexandre (2014), reforçam que a idade média de pacientes em tratamento hemodialítico é de 60 a 70 anos, fenômeno que pode estar relacionado ao envelhecimento da população. Coitinho (2015) relata ainda que a taxa de filtração glomerular diminui cerca de 0,08 ml por ano a partir dos 40 anos, e com isto, o sistema renal torna-se vulnerável pois o paciente perde a capacidade de manter a homeostase renal diante do estresse. Já no idoso há a diminuição significativa da filtração renal devido ao aumento da resistência intra-renal e perda da capacidade de autorregulação que acomete suas funções (RIELLA, 2000).

Em consonância com Coitinho (2015), os dados desta pesquisa demonstraram que a idade média dos pacientes acometidos pela doença renal crônica que aceitaram participar da mesma compreende 53,3 anos. Vale ressaltar que existem ainda alguns potenciais fatores de riscos para o desenvolvimento das doenças renais crônicas, os quais para Bastos et al., (2004) estão intimamente ligados as condições intra-renais e complicações advindas de outras doenças sistêmicas como por exemplo do diabetes mellitus, da hipertensão arterial sistêmica e do lúpus eritematoso sistêmico. É importante destacar que o controle e a manutenção das doenças coadjuvantes serão cruciais para diminuir o desencadeamento DRC e suas consequências.

Nesta perspectiva, segundo Smeltzer e Bare (2005) entre os fatores principais da DRC destacam-se as doenças endócrinas (nefropatia), a doença glomerular crônica, infecções crônicas como pielonefrite e tuberculose, algumas anormalidades congênitas, doenças vasculares como nefrosclerose renal e hipertensão arterial, processos obstrutivos (cálculos), e doenças autoimune como o lúpus eritematoso, exposição a alguns tipos de drogas e o histórico familiar de doença renal crônica.

Ao perder progressivamente sua função regulatória, excretora e endócrina, os rins não conseguem mais manter a normalidade homeostática. Uma lesão do parênquima renal provoca a diminuição de sua funcionalidade por um período igual ou superior a três meses, podendo ser definido dentre outras características, como Doença Renal Crônica (DRC) evidenciada por anormalidades histopatológicas ou marcadores da lesão renal, incluindo alterações sanguíneas como redução da taxa de filtração glomerular (TFG), presença de proteinúria, uremia, hematúria, glomerulonefrites e nefropatias. Logo, a avaliação é realizada por meio de exames laboratoriais analisados pela medida do clearance de creatinina em urina 24 horas e exames de imagens (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Ainda em relação ao diagnóstico, sabe-se que a filtração glomerular é a medida mais eficaz para a mensuração da funcionalidade renal, tanto em indivíduos normais ou pacientes com a doença renal. A filtração glomerular é a velocidade em que os glomérulos filtram o sangue e sua taxa habitual é de cerca de 125 ml/min. Quando se monitora as oscilações da TFG, avalia-se o ritmo e a perda da função renal. A TFG pode variar de acordo com a idade, sexo e massa muscular. A prevalência das implicações da DRC aumenta quando se tem uma filtração glomerular com valores menores que 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, que se configura perda de até 50% da função renal normal (SMELTEZER; BARE, 2005).

À proporção em que a TFG diminui, devido à falha da função glomerular, a taxa do clearance de creatinina abaixa, enquanto que os níveis séricos da ureia e creatinina aumentam. O teste de clearance de creatinina, é frequentemente utilizado para avaliar a TFG, que determina com eficiência se os rins depuram a creatinina a partir do sangue. Este teste mensura com maior confiança a lesão renal, é o critério mais sensível da atividade renal por conta de sua produção constante no organismo, sendo a forma mais utilizada para estimar a FG. Os níveis de creatinina maiores que 1,5 mg/dl indicam 66% ou mais de perda da função renal (BASTOS et al., 2004; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Cheregatti e Amorim (2011) ressaltam que o diagnóstico da DRC tem por finalidade definir e avaliar a etiologia, extensão das complicações e o grau de acometimento da doença. Estes autores destacam ainda que a avaliação renal também é realizada através da análise do histórico do paciente, exame físico geral, exames de imagem de tomografia e ultrassonografia, citilografia renal e biopsia renal.

Por fim, vale enfatizar com base nas informações anteriores em relação a dinâmica da DRC, que os pacientes acometidos por esta, em virtude das modificações advindas da mesma, devem se adaptar a esta e ao seu tratamento. Porém, há também a necessidade de adaptação quanto aos inúmeros problemas fisiológicos, psicossociais e espirituais decorrentes do quadro clínico e da situação vivenciada.

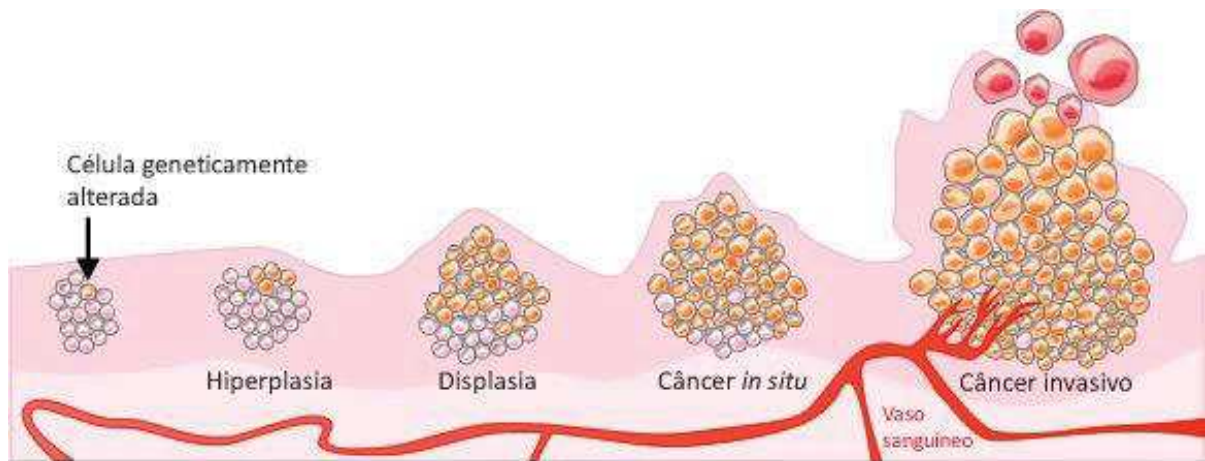
Nesse contexto antagônico, muitos recorrem à fé e à religião como forma de encontrar sustentação, apoio, amparo, socorro e conforto para a fase e o sofrimento experimentado. Assim, a religião é considerada uma ciência a se destacar frente aos cuidados à saúde, pois a passo que é entendida como forma de conferir sentido e significado à vida (GEERTZ, 1989), de ter esperança e estar em harmonia em meio a momentos graves ou de caos (BERGER, 1985), esta deve ser valorada e respeitada (DAVISON; JHANGRI, 2010).

### 2.5.2 Câncer

Afim de que se possa compreender o motivo de ser considerado diagnóstico com forte impacto na vida do acometido, a seguir, concentram-se informações que explicitam de forma breve o câncer e suas principais características a fim de elucidar e tornar justificável tal condição.

Sabe-se que existem duas formas distintas de desenvolvimento celular sendo eles o controlado e o não controlado. Nesta perspectiva é que surgem os termos hiperplasia, metaplasia e displasia, considerados exemplos de crescimento controlado. Já a terminologia neoplasia refere-se ao desenvolvimento/crescimento não controlado denominado na prática médica de “tumores” (Figura 03) (BRASIL, 2013).

**Figura 03** – Tipos de crescimento celular.



**Fonte:** INCA (2012). Disponível em: <<http://enfermagem-cienciaearte.blogspot.com.br/2012/>>.

As células com crescimento controlado constituem tecidos apropriados à composição e constituição corporal uma vez que se multiplicam através de um método contínuo e natural. Sendo assim, as células consideradas normais crescem, se dividem e perecem de forma sistemática, mas vale ressaltar que nem todas as células normais são semelhantes. Os neurônios como um bom exemplo de célula não se dividem, já as células do tecido epitelial, dividem-se de maneira acelerada, metódica e contínua. Dessa forma, o desenvolvimento celular não implica de forma direta e específica na presença ou não de malignidade, podendo meramente responder às necessidades corporais (INCA, 2012).

O crescimento e desenvolvimento das células neoplásicas, ou seja, das células cancerígenas é desigual em relação ao das células consideradas normais. Vale ressaltar que as células neoplásicas não morrem permanecendo em um intenso crescimento e desenvolvimento incontrolável dando origem a novas células com as mesmas características anormais. Qualquer ser vivo pode manifestar ao longo de sua existência alguma anormalidade relacionada ao crescimento e desenvolvimento de alguma ou algumas de suas células, acarretando então problemas funcionais em virtude de sua formação desordenada, invasiva e descontrolada. O câncer, como uma destas alterações, é caracterizado como uma dessas desordens. Este é caracterizado pela perda do controle no crescimento e desenvolvimento da célula e pela disposição para invadir outras estruturas vizinhas ou distantes (INCA, 2012).

Entre as doenças crônico-evolutivas de grande impacto o câncer também se destaca. Esta é uma das enfermidades que mais causam temor social por ter se tornado um estigma de mortalidade, dor e sofrimento. A palavra câncer é de origem latina (*cancer*) e significa “caranguejo”. Sugere-se que seu emprego faça analogia ao modo de crescimento infiltrante, semelhante às pernas do crustáceo introduzidas na areia ou lama a fim de fixar-se e dificultar sua remoção. Cientificamente, o termo câncer é definido como neoplasia, especificamente aos tumores malignos, tipo caracterizado pelo desenvolvimento desordenado de células modificadas. Existem quase 200 (duzentos) tipos de câncer ou tumores que correspondem a cada tipo de células do corpo humano, os quais se distinguem pela aptidão de invadir tecidos e órgãos, adjacentes ou distantes (BRASIL, 2013).

O câncer é uma doença de ampla extensão continental e de aspectos fortes no que se refere às suas diferentes manifestações por região uma vez que compromete populações com características, comportamentos, crenças e atitudes diversificadas. Assim, a prevenção e o controle desta enfermidade no Brasil tornam-se um dos maiores desafios enfrentados pela saúde pública. Outro dado relevante é que a descrição da incidência dos mais diversos tipos desta enfermidade tem sido uma das principais táticas para a formulação de normas dentro das políticas públicas a fim de planejar e promover as ações de prevenção e de controle (INCA, 2017).

Estatisticamente, um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde, demonstrou que o câncer é a terceira causa de mortalidade mundial, expressando com 12% dos casos de óbitos totais o que representa em números cerca de 6,0 milhões de pessoas por ano. Já no Brasil, esta doença é a segunda causa de mortes, estimando-se em 2002, a incidência de 337.535 casos e 122.600 óbitos (BRASIL, 2013).

Sugere-se que a maioria dos casos de câncer, cerca de 80%, tenham sua origem relacionada ao meio ambiente (geral, ocupacional, social, cultural e de consumo) onde é possível ser encontrado um número relevante de fatores de riscos. Assim sendo, as transformações provocadas nesse meio, os hábitos e estilos de vida adotados pelas pessoas podem influenciar ou determinar os distintos tipos de câncer. No entanto, no Brasil, uma representação espaço-geográfica das taxas de incidência para ambos os sexos (100.000 de cada) consideradas para 2002 de acordo com a região, mostra que é complexo situar uma ligação ambiental que justifique as elevadas incidências de neoplasia.

Estimou-se para os anos de 2010 e 2011 uma ocorrência de 489.270 casos incidentes de câncer, sendo que destes, 236.240 no sexo masculino e 253.030 no sexo feminino. Nesta perspectiva, entre os mais incidentes estão os cânceres de próstata e pulmão no sexo masculino e de mama e colo do útero no sexo feminino (BRASIL, 2009). Ainda de acordo com o Brasil, porém, 2014, as estimativas incidentes por 100 mil habitantes para os anos de 2014 e 2015 foi de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não-melanoma, tipo mais incidente para ambos os sexos (182 mil casos novos), seguido de próstata (69 mil), mama feminina (75 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil).

Ferlay et al., (2013) ressalta que foi estimado mundialmente em 2012 a ocorrência de 14,1 milhões de casos novos de câncer e de 8,2 milhões de óbitos desta mesma doença. A partir destes dados foi possível observar a maior incidência patológica no sexo masculino sendo esta representada por 53% dos casos e também a maior taxa de mortalidade sendo epidemiologicamente demonstrada com 57%. Evidenciou-se que a maior ocorrência de morbimortalidade foi observada na América do Norte, na Europa Ocidental, no Japão, na Coreia do Sul, na Austrália e na Nova Zelândia, ou seja, em países desenvolvidos. Já em relação aos indicadores intermediários, ou seja, as taxas médias, estas foram identificadas na América do Sul e Central, no Leste Europeu e em uma parte significativa do Sudeste Asiático. Por fim, as menores ocorrências foram na África e no Sul e Oeste da Ásia.

Vale salientar que nos países desenvolvidos os tipos de cânceres mais incidentes estão associados ao processo de urbanização e ao desenvolvimento. Dentre estes estão em destaque o câncer de pulmão, próstata, mama, em especial em mulheres, cólon e reto. Já nos países em desenvolvimento a ocorrência elevada associa-se às infecções, ou seja, ao câncer de colo do útero, estômago, esôfago e fígado. Quanto ao panorama mundial, ressalta-se ainda que os tipos mais incidentes foram o de pulmão com 1,8 milhão de casos, o de mama representando 1,7 milhão, intestino com 1,4 e próstata com 1,1 milhão. Quanto ao gênero masculino, o câncer mais frequente é o de pulmão com 16,7% dos casos, o de próstata com 15,0%, intestino com 10,0%, estômago representado por 8,5% e fígado com 7,5%. Já no sexo feminino, a maior frequência é do câncer de mama com 25,2%, intestino com 9,2%, pulmão com 8,7%, colo do útero com 7,9% e estômago com 4,8% (FERLAY et al., 2013).



De acordo com o Instituto Oncoguia (2017), os cálculos realizados para o ano de 2016 no Brasil também foram válidos para 2017. Estes apontaram a incidência de 596.070 casos novos de câncer sendo estes distribuídos por gênero totalizando 49% (205.960) dos casos no sexo feminino e 51% (214.350) no sexo masculino. A partir deste estudo, identificou-se ainda os tipos de cânceres com maior ocorrência em mulheres e dentre eles se destacaram o de pele não melanoma, o câncer de mama, o de colorretal e colo do útero, e de pulmão. Já nos homens, os cânceres mais incidentes foram o de pele não melanoma (comum também nas mulheres), o de próstata, de pulmão, o câncer de colorretal e de estômago.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2017), aferiu para o Brasil no ano de 2018 uma média de 600 mil casos novos de câncer coincidindo com as estimativas dos anos anteriores (2016 e 2017). Esta estimativa foi realizada pela Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV), um departamento do INCA vinculado ao Ministério da Saúde e responsável por estas pesquisas. Estes dados contrastam com a imagem nítida do atual cenário patológico do país e ainda se torna uma ferramenta singular para o seu controle, uma vez que possibilita o planejamento de políticas públicas e da gestão dos recursos financeiros, humanos e físicos, além de alertar a população para a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Vale ainda enfatizar que o número de casos novos de câncer no mundo aumentou cerca de 20% nos últimos dez anos e que esta ocorrência se dá em especial nos países em desenvolvimento, ou seja, países com rendas médias e baixas (INCA, 2017). Ainda nesta óptica, o Instituto Oncoguia (2017) com base na Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que em 2030 haverá cerca de 27 milhões de casos novos da doença em questão, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas vivas com câncer. Esta mesma pesquisa ainda ressalta que os números mais elevados da doença ou de mortes continuarão a incidir nos países de baixa e média rendas.

#### *2.5.2.1 Desenvolvimento e classificação carcinogênica*

O desenvolvimento (formação) do câncer ou também chamado de processo de carcinogênese, dá-se de forma lenta e gradual, podendo então levar inúmeros anos para que uma célula modificada (cancerosa) origine um tumor perceptível (BRASIL,

2013). Todo esse processo de transformação passa por três estádios até que se determine um tumor. O primeiro estágio é chamado de iniciação. Neste as células sofrem o efeito de um agente carcinogênico (agente oncogênico) que provoca alterações em alguns de seus genes, as células encontram-se geneticamente modificadas, contudo ainda não é plausível se diagnosticar um tumor de forma clínica.

No segundo estágio, chamado de promoção, as células geneticamente modificadas consentem a consequência dos agentes cancerígenos considerados como oncopromotores. A célula iniciada é alterada e se transforma em célula maligna, de maneira branda e gradativa. Para que ocorra essa modificação, é imprescindível o contato com o agente cancerígeno promotor de forma longa e ininterrupta. A suspensão do contato muitas vezes interrompe o processo nesse estágio. Por fim, tem-se o terceiro e último estágio chamado de progressão. Este caracteriza-se pela multiplicação desenfreada, sendo um processo que não pode ser revertido. O câncer já está alojado, evoluindo até o aparecimento das primeiras sintomatologias clínicas da doença (INCA, 2012).

Ressalta-se que o câncer é classificado de acordo com o tipo de célula normal que o originou e não de acordo com os tecidos para os quais se espalhou. Isso é o que pode se chamar de classificação primária. Sabe-se então que os cânceres se desenvolvem em múltiplas etapas ao longo dos anos e dessa forma, alguns podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores de riscos. Portanto, se o potencial de malignidade for detectado antes da malignidade instalada, numa fase inicial da doença, o tratamento pode ser muito mais eficaz e com grandes chances de cura (BRASIL, 2013).

Nessa lógica, à medida em que há a infiltração da célula modificada, há também o comprometimento do órgão ou tecido. É diante destas circunstâncias que a debilidade causada pelo câncer implica em uma condição de dependência que, por sua vez, necessita de cuidados específicos, médicos ou religiosos, formal ou voluntário. Desta forma, a relação do câncer com a dor, com o sofrimento, a deterioração do ser e a sensação de finitude remete à importância do cuidado não limitado à doença e às suas manifestações físicas apenas. Portanto, sugere-se que a religião possa compreender uma forma de sustentação e apoio ao ser com câncer frente aos conflitos e dificuldades, enfim, às necessidades de cuidado.

Bodenheimer, Wagner e Grumbach (2002) relatam que os cuidados destinados aos acometidos por doenças crônico-evolutivas perfazem três esferas

interdependentes: a comunidade (políticas e recursos); o sistema de saúde; e a organização fornecedora (clínica, práticas sanitárias, sistema domiciliar integrado). Neste contexto, como parte desta assistência, em especial, aos pacientes acometidos por doença renal crônica ou câncer, ambos focos deste estudo, emerge a interface religião, saúde e doença, onde a religião é considerada como terapia integrativa e consequentemente, parte do sistema domiciliar integrado, ou seja, é um recurso de apoio ao cuidado prestado ao doente crônico.

Diante destas colocações e cientes da relevância social dos impactos fisiopatológicos da doença renal crônica e do câncer uma vez que comprometem de forma significativa o doente e o meio ao qual está inserido, tornar-se importante discorrer sobre esta temática no capítulo seguinte desta dissertação.

### **3 DOENÇA RENAL CRÔNICA E CÂNCER:** impactos fisiopatológicos e perfil dos pacientes

#### **3.1 INTRODUÇÃO**

No que se refere ao segundo capítulo, este será composto por informações responsáveis por refletir os impactos gerados pela doença renal crônica e pelo câncer na vida pessoal do enfermo e na sociedade. Em seguida, será caracterizado o campo de estudo a fim de situar o leitor quanto aos aspectos sociodemográficos dos pesquisados.

Associado a esta introdução, é proposta a delimitação do perfil dos pacientes renais crônicos e oncológicos a fim de que se tenha clareza quanto a quem são os sujeitos da pesquisa. A partir dos dados coletados, estes serão classificados quanto aos aspectos socioeconômicos, ao estado de saúde, ao perfil religioso, e por fim, quanto a experiência religiosa e o processo saúde-doença.

A fim de atingirmos os objetivos traçados para este capítulo, traçaremos como foco a relação existente entre os impactos causados pela doença renal crônica e pelo câncer, o perfil dos pesquisados e a religião como aspectos essenciais para verificação e análise.

#### **3.2 IMPACTOS FISIOPATOLÓGICOS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA E DO CÂNCER**

A Doença Renal Crônica é uma enfermidade com morbimortalidade significativa. A rotina diária dos pacientes diagnosticados com esta é permeada por emoções negativas justificadas pelo medo da evolução clínica, pela perda da autonomia, da necessidade de dependência financeira, além dos aspectos relacionados à alteração da própria imagem. É em meio ao contexto de medo e aos impactos causados pela doença que a religião se torna um recurso considerável para enfrentamento dessa condição.

Neste contexto, são vários os impactos fisiológicos, psicossociais e espirituais enfrentados pelos acometidos pela DRC e pelo CA. Vale destacar que a DRC representa um papel de relevância na saúde da população em nível mundial, tanto pelo sofrimento que acarreta em seus acometidos, quanto pelo custo efetivo do tratamento tornando-se motivo de preocupação para equipes de saúde e para órgãos governamentais. O crescimento da população com DRC tem consequências substanciais para as políticas públicas de saúde, especialmente pelos gastos elevados dos pacientes, sendo 85% a 95% dessa terapêutica custeada pelo Sistema Único de Saúde (SESSO; GORDAN, 2007; ALVES et al., 2013).

Em relação a evolução do quadro clínico do paciente e conseqüentemente, dos impactos causados pela DRC, faz-se importante destacar que esta possui estádios que são classificados com base na Taxa de Filtração Glomerular (TFG), em outras palavras, funcionamento dos rins. No primeiro estágio temos a lesão com função renal normal obedecendo às fases iniciais com filtração glomerular preservada, porém os pacientes podem apresentar hipertensão e diabetes e mesmo com a função renal preservada, haverá alto risco de agravamento a longo prazo (ROMÃO JUNIOR, 2004; TIMBY; SMITH, 2005).

No estágio II, a doença renal é funcional ou leve podendo ser chamada de fase de pré-insuficiência renal, ou seja, início dos danos renais e suas funções. Vale destacar que os rins perdem naturalmente a sua função com o avanço da idade, neste sentido, muitos idosos podem ter redução na TFG diminuídas em função do envelhecimento (ROMÃO JUNIOR, 2004; SMELTEZER; BARE, 2005; TIMBY; SMITH, 2005). Já no Estádio III há a insuficiência renal laboratorial ou moderada. O paciente conserva-se clinicamente bem, apresentando somente sinais e sintomas ligados à anemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias, entre outras (RIELLA, 2000; SMELTEZER; BARE, 2005; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

No que se refere ao estágio IV, esta é a fase da manifestação da DRC clínica ou severa. Neste estágio já há o aparecimento evidente dos primeiros sintomas de disfunção renal. O paciente evidencia sinais e sintomas de emagrecimento, anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza, mal-estar, sintomas digestivos, doenças cardíacas e cansaço. Esta é a fase em que o paciente se preparara para entrar com a hemodiálise (ROMÃO JUNIOR, 2004). Por fim, no estágio V está instalada a fase terminal da DRC que se refere à faixa de função renal em que os rins deixam de

controlar o meio interno, tornando-se muito fragilizado e degradado para ser compatível com a vida (ROMÃO JUNIOR, 2004; SMELTEZER; BARE, 2009).

Após determinado o estágio da doença, delimita-se o tratamento médico que inclui amenizar as alterações que favoreçam o problema com vistas a promover a homeostasia corporal por algum tempo. Quando essas condutas não apresentarem eficácia, o paciente então adere de acordo com indicação médica a um dos três tratamentos existentes de terapia renal substitutiva (TRS): hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. De acordo com o grau de acometimento da doença, a hemodiálise é a mais indicada, sendo aderida por mais de 90% dos pacientes em diálise no Brasil segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (RIELLA, 2000; SESSO et al., 2016).

O tratamento para DRC inclui desde as intervenções para diminuir a progressão da doença, até a preparação do paciente para terapia renal substitutiva. O tratamento deverá ser baseado em aspectos diferentes, porém associados, que englobam a doença de base, o estágio e classificação da doença (estádio), a velocidade da perda da filtração glomerular e o reconhecimento das complicações e comorbidades existentes (BASTOS et al., 2004; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

Assim sendo, o objetivo do tratamento é preservar a função renal existente e a homeostasia por maior período de tempo possível. Este é feito com administração de terapia medicamentosa, nutricional e mudança no estilo de vida, que quando deixam de apresentar benefícios para o paciente, não sendo suficiente para manter homeostasia corporal, faz-se necessário o início do processo de diálise a fim de diminuir os níveis de substâncias tóxicas no sangue (SMELTEZER; BARE, 2005).

Lucchetti, Almeida e Granero (2010) enfatizam que as terapias disponíveis para o tratamento da DRC fornecem apenas a substituição parcial da função exercida pelos rins. Estas são responsáveis por aliviar a sintomatologia apresentada pelo paciente e preservar a sua vida, no entanto, nenhum dos métodos é curativo. Além disso, o tratamento vivenciado pelos acometidos por esta doença caracteriza-se por uma experiência negativa, pois é permeado de dor e sofrimento. Assim, embora necessário para manutenção da vida do enfermo, este transforma a sua rotina diária, modifica os seus hábitos alimentares, e também fere a sua integridade física e psicológica (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010).

Tais colocações podem ser reafirmadas a partir das falas de alguns dos entrevistados como: “[...] É muito triste o nosso dia a dia, não consigo fazer nada [...]”

(C.A.S., 62 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC). “[...] Triste, me sinto triste porque a pessoa doente não pode fazer nada neh?! [...]” (E.B.S.O., 50 anos, sexo feminino, evangélico, acometida por DRC).

Quanto aos demais impactos causados pela DRC, vale salientar que os pacientes desenvolvem barreiras físicas em virtude do cansaço e das dores frequentes, e como consequência desta condição, são impedidos de realizarem algumas das atividades básicas ou instrumentais de vida diária (DYNIEWICZ; ZANELLA; KOBUS, 2004). Logo, sua rotina diária é demarcada por expressões emocionais negativas como ansiedade, incerteza, medo, desesperança, depressão, percepção de estar preso ao aparelho de diálise, temor relacionado às barreiras advindas desta condição e de suas ressonâncias no que se refere as alterações quanto ao estilo de vida, e conseqüentemente, possíveis modificações no que tange a sua qualidade e expectativa de vida (SISDELLI, 2007).

Sabe-se que o diagnóstico de um câncer causa um impacto significativo na vida de seus acometidos e que alguns destes, a fim de lidar com tal condição, utilizam as mais diversas estratégias de enfrentamento (empenho cognitivo e comportamental frente as sobrecargas pessoais internas ou externas). Nesta perspectiva, destaca-se a fé e a religião uma vez que estas predominam uma parte relevante da população acometida pela doença, pois traz consigo uma característica patológica estigmatizadora remetendo a ideia de sofrimento e morte e a religião, neste contexto, sobrevém como fonte de apoio e sustentação (FERREIRA; FORNAZARI, 2010).

Neste sentido, por trazer consigo impactos consideráveis, se faz necessário compreender o estadiamento do câncer a fim de apreender quanto a sua evolução e ao comprometimento gerado no enfermo.

O Estadiamento é o método para determinar a extensão do câncer e sua localização no corpo de uma pessoa (INSTITUTO ONCOGUIA, 2017), e pode ser dividido em clínico e/ou patológico. O clínico é estabelecido a partir da anamnese e dos dados levantados com base no exame físico e nos exames complementares pertinentes a cada caso. Já o estadiamento patológico fundamenta-se nos achados cirúrgicos e no exame anatomopatológico do tecido/órgão retirado durante a fase operatória. Ressalta-se que este só é constituído após cirurgia e determina a expansão da doença com maior exatidão. O estadiamento patológico pode ou não se ajustar ao estadiamento clínico e não é aplicável a todos os tumores (INCA, 2017).

É importante ressaltar que é através deste procedimento que os profissionais de saúde determinam o avanço da doença, planejam o tratamento e determinam o prognóstico do paciente. Embora cada caso seja singular, as lesões cancerígenas com o mesmo estadiamento tendem a ter prognósticos análogos e, muitas vezes, são tratadas da mesma forma. Também é a partir desta técnica que os médicos descrevem a extensão da doença, discutem e definem as possibilidades terapêuticas (INSTITUTO ONCOGUIA, 2017).

O objetivo primordial no que se refere à necessidade de classificação dos casos de câncer em estádios fundamenta-se na comprovação de que as taxas de sobrevivência são desiguais quando a doença está limitada ao órgão de origem (estádio 0) ou quando ela se distende a diversos órgãos (estádio I ao IV). Estadiar uma neoplasia maligna equivale a estimar o seu coeficiente de disseminação. Para tal, há normas postas internacionalmente e que permanecem em constante aprimoramento. O estágio de um tumor não reflete exclusivamente a sua taxa de desenvolvimento e a sua expansão, mas também a sua tipologia (classificação de acordo com o tipo de célula comprometida) e sua relação com o doente (INCA, 2017).

Diante deste cenário é necessário destacar que a classificação das neoplasias malignas corresponde a diferentes variáveis como a localização, a dimensão ou o volume do tumor, a colonização direta e linfática, a disseminação à distância, a história clínica histopatológica, produção de substâncias, manifestações, duração da sintomatologia, sexo e faixa etária do paciente, dentre outros (INCA, 2017).

O estágio 0 corresponde ao carcinoma "*in situ*", ou seja, este é o tumor concentrado no seu local de origem e que ainda não se espalhou para os demais órgãos e tecidos, já o estágio I relaciona-se com uma invasão local inicial, ou seja, é um tumor primário e mais curável. O Estádio II refere-se ao tumor primário restrito ou com invasão linfática regional menor, em outras palavras, é o câncer alcançando os tecidos a sua volta. No III estágio, observa-se um tumor local amplo ou uma invasão linfática regional ampla, ou seja, metástase em linfonodos afastados e por fim, o estágio IV compreende a um tumor localmente avançado ou com presença de metástases. Este é o mais evoluído, de difícil cura e encontra-se espalhado por diversos órgãos e sistemas (BRASIL, 2013).

No que se refere ao tratamento do câncer, este pode ser realizado por meio de cirurgia (remoção da lesão), quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea. Em sua maioria faz-se necessário combinar mais de uma das modalidades



terapêuticas para que se obtenha prognósticos positivos. No que se refere a quimioterapia, este é um tipo de terapêutica sistêmica onde são utilizados fármacos designados de forma genérica de “quimioterápicos”. Estes são administrados de forma contínua ou com intervalos regulares, que se modificam de acordo com os esquemas de tratamento individuais de cada paciente e verificados pela equipe médica (BRASIL, 2013).

Em sua grande maioria, os quimioterápicos a serem utilizados possuem uma dose inicial cujo objetivo e efeito é antilástico, ou seja, são fármacos que agem contra as células blásticas ou também chamadas de células jovens. Vale salientar que suas doses devem ser ajustadas de acordo com a superfície corporal de cada paciente. Tal ajuste é obtido por meio do peso e da altura do cliente e é expressado por metro quadrado ( $m^2$ ). Após ser verificada a superfície corporal do paciente, faz-se necessário multiplicar o resultado pela dose básica do fármaco a fim de obter a dose final a ser oferecida. Ressalta-se ainda que alguns quimioterápicos possuem doses únicas e não se modificam de acordo com a superfície corporal de cada paciente. Por fim, vale ainda enfatizar que alguns outros são prescritos a partir do quilograma do peso corporal (BRASIL, 2013).

A aplicabilidade dos agentes quimioterápicos oncológicos possui esquema terapêutico diário, semanal, quinzenal, de 21 em 21 dias, mensal, de 5 em 5 semanas ou de até mesmo de 45 em 45 dias ou 6 em 6 semanas. O ciclo de tratamento corresponde a cada esquema terapêutico completo, ou seja, a quimioterapia (QT) é administrada em ciclos que consistem na aplicação de um ou mais medicamentos em intervalos regulares conforme descrito anteriormente. Quanto aos locais de aplicação ou administração dos fármacos quimioterápicos, em sua grande maioria, estes são administrados via endovenosa, mas ainda podem ser aplicados por via oral (boca), intramuscular (músculos), subcutânea (tecido adiposo), tópica (local) e intratecal (canal raquidiano ou o também chamado de espaço subaracnóideo). Cabe ainda salientar que estes se emaranham ao sangue que por sua vez percorre toda a superfície corporal, destrói as células doentes (tumor) e impede que elas se espalhem para as demais áreas corpóreas (BRASIL, 2013).

Já a radioterapia é um tratamento que consiste na utilização de radiações com o objetivo de destruir o tumor ou evitar o aumento de suas células. Estas radiações não são visualizadas a olho nu e é indolor ao paciente durante a aplicação. Como ressaltado anteriormente, a radioterapia pode ser utilizada de forma associada ou

combinada com a quimioterapia ou outros recursos disponíveis para o tratamento das células tumorais. Saliencia-se ainda que este é um tratamento local ou loco-regional para o câncer, que nele são utilizados aparelhos e procedimentos específicos a fim de irradiar áreas comprometidas do organismo delimitadas de forma prévia e cuidadosa (INCA, 2017).

No que se refere ao transplante de medula óssea, este procedimento consiste em uma das formas de tratamento para algumas doenças malignas que comprometem as células do sangue como por exemplo, a leucemia. Este método tem por objetivo substituir a medula óssea já adoecida ou deficiente, por células naturais/normais e que compõem a medula óssea sadia. Por conseguinte, este processo permite reconstruir uma nova medula, ou seja, uma medula saudável (INCA, 2017).

Vale ainda ressaltar sobre um grupo específico de fármacos que são utilizados para apoio ao tratamento dos pacientes com câncer ainda que não desempenhem influência direta sobre as diversas formas neoplásicas. O uso destes quimioterápicos é ambulatorial, ou seja, no estabelecimento de saúde. Seu objetivo maior é a profilaxia ou o controle dos prováveis efeitos adversos ou colaterais do tratamento indicado, e não para o controle do câncer ou dos sintomas ou sinais que apresentem. Dentre este grupo de fármacos estão os antieméticos como bromoprida, antihistamínicos, corticoides, analgésicos, anti-inflamatórios, diuréticos, antibióticos e antifúngicos de fim profilático (BRASIL, 2013).

Por fim, vale destacar que os impactos alistados ao diagnóstico do câncer relacionam-se diretamente com os vários estádios do mesmo, pois os sentimentos negativos e de desesperança tonam-se aparentes e ainda mais acentuados a medida em que o prognóstico do paciente se torna desfavorável e a sintomatologia ainda mais perceptível.

Neste sentido, pode-se evidenciar que ambas as doenças, DRC e CA, remetem ao enfermo uma condição de anomia, sendo necessário ordem em meio ao caos. Assim, a religião pode representar coragem, força, auxílio e alívio no enfrentamento destas uma vez que depositam na mesma a expectativa de um prognóstico melhor. Por fim, vale enfatizar que a significação da religião na vida do doente pode ser distinta, entretanto, podem concordar que esta configura-se como um fator benéfico, pois fornece conforto, suporte e esperança.

A partir das informações elencadas e dos impactos alistados, o item a seguir tem como objetivo caracterizar o local de estudo e demonstrar o perfil dos acometidos pela doença renal crônica e pelo câncer a partir dos aspectos que envolvem a religião e o processo saúde-doença.

### 3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

#### 3.3.1 Breve histórico sobre o município de Uruaçu - Goiás

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016), o início do povoamento do município de Uruaçu, situado no estado de Goiás, deu-se a partir das histórias relacionadas a Fazenda Passa-Três e também por sua localização, responsável por atrair algumas famílias das regiões circunvizinhas. Para Santos (2014) a história deste município se assemelha com a de inúmeras outras cidades do interior do Estado de Goiás originadas a partir do trabalho árduo de famílias que não abandonaram seus sonhos, e por consequência, exploraram e colonizaram solos considerados como deslembados, e promoveram o desenvolvimento destes e da região a qual estavam inseridos.

Vale destacar que a gênese relacionada a cidade de Uruaçu é demarcada por três fases distintas e específicas. A primeira delas é delimitada pela chegada da Família Fernandes de Carvalho, quando o sonho de fundação de uma cidade nem se passara pelo pensamento desses desbravadores. Inicialmente, a partida para Pilar de Goiás foi uma alternativa considerada viável para acomodação de toda a família Fernandes de Carvalho, mas a lembrança de sua velha cidade, São José do Tocantins, conhecida hoje como Niquelândia, fez com que o patriarca desta família retornasse ao antigo lar, mas ao chegar às margens do Rio Maranhão, de forma mais precisa, nas terras onde hoje localiza-se o município de Uruaçu, o ambiente afável, os solos fecundos e a boa amizade estabelecida com o proprietário das terras locais condicionaram a aquisição de parte da fazenda que deu origem à cidade de Uruaçu (SANTOS, 2014).

A partir deste contexto deu-se o início ao compromisso estabelecido pela

Família Fernandes de Carvalho em fundar nestas terras um novo município. Santana do Machombombo foi o nome escolhido para hoje a atual cidade de Uruaçu, situada nas vertentes do alto Tocantins, que neste local, tem o nome de Maranhão. No início, a cidade se limitava ao norte pelos municípios de Paranã e Peixe, ao sul, pelo município de Pirenópolis, a leste, por Niquelândia e a oeste, pelo Rio Araguaia (SOBRINHO, 1997).

Dando continuidade, no que se refere a segunda fase da origem do município de Uruaçu, este período foi demarcado pelo final da década de 70 e início dos anos 80. Santos (2014) destaca que esta fase foi caracterizada pela exploração do ouro nesta região e conseqüentemente, o aumento cada vez mais de seu povoamento o que permitiu consolidar Uruaçu como uma cidade em crescimento e onde a garimpagem impulsionava a economia do município. No entanto, a exploração do minério era realizada de forma arriscada e ainda degradava o meio ambiente e em virtude disso, a fiscalização destes garimpos tornou-se mais rigorosa, o que fez com que alguns garimpeiros se sentissem desestimulados. Logo, os reflexos deste contexto demarcaram o fim de mais uma fase do desenvolvimento de Uruaçu, pois muitos sentiram-se prejudicados por tal.

Por fim, a terceira fase de desenvolvimento do município deu-se a partir do final da década de 90 e início dos anos 2000, sendo esta a responsável por trazer um novo alento para o município. Este período foi delimitado pela construção da Hidrelétrica de Serra da Mesa e da Ferrovia Norte-Sul as quais incitaram mais uma vez a economia da cidade (SANTOS, 2014).

Quanto a sua característica populacional, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir do censo realizado em 2010, demonstrou que o município de Uruaçu apresentava neste período uma população de 36.929 habitantes, sendo sua densidade demográfica equivalente a 17,24 habitantes por quilômetro quadrado. Vale ainda ressaltar que 86% da área total do município encontra-se localizada na região urbana (IBGE, 2016).

Sabe-se ainda que Uruaçu é um dos principais municípios que fazem fronteiras com o reservatório da Usina Hidrelétrica de Serra da Mesa (marco da terceira fase de seu desenvolvimento), e distintamente dos demais, é o único do entorno que é banhado em seu perímetro urbano pelas águas deste. Nesse sentido, nota-se que os gestores municipais têm buscado convênios, sobretudo com os governos estaduais e federais com o intuito de melhorar os investimentos em relação a infraestrutura e

implementação do turismo na cidade. Sabe então que estes investimentos são importantes para consolidar a economia do município e promover ações que possam gerar emprego e renda para a população, que desde 2010, segundo do IBGE (2016), vem aumentando.

Frente a este contexto, após situar o local da pesquisa, faz-se necessário identificar o perfil dos participantes desta a partir da proposta do estudo. Para tal, seguem abaixo parte dos dados coletados que caracterizam a população pesquisada a partir de suas enfermidades, das características socioeconômicas, do perfil religioso e também da experiência religioso diante do processo saúde-doença vivenciado.

### 3.3.2 Perfil dos pacientes renais crônicos e oncológicos

O questionário aplicado aos pacientes selecionados para pesquisa (Apêndice A) foi composto por 30 (trinta) questões as quais permitiram delimitar as características dos sujeitos a partir de informações acerca dos dados pessoais, socioeconômicos, história da doença, ou seja, estado de saúde, informações que caracterizam ou não a existência de uma religião na vida destes (perfil religioso), e consequentemente dados que se referem a experiência religiosa e o processo saúde-doença vivenciado.

Participaram da pesquisa um universo de 26 (vinte e seis) pacientes acometidos por doenças crônico-evolutivas (doença renal crônica e câncer). Estes foram divididos quanto ao diagnóstico patológico permitindo evidenciar que 20 (vinte) destes são doentes renais crônicos e 06 (seis) pacientes oncológicos. Para a análise do perfil dos pacientes entrevistados é interessante observar a relação entre os resultados atinentes às questões objetivas e contrapor com as falas elencadas diante dos questionamentos subjetivos.

Além dos dados levantados pela presente pesquisa, serão apresentados resultados de outros estudos sobre a relação entre religião, saúde e doença ao longo da análise a fim de enriquecer as discussões posteriores ao levantamento e a tabulação dos mesmos. Estes ajudarão a contrapor os dados levantados e ao mesmo tempo, permitirão enriquecer este diálogo abrindo outras possibilidades de análises e discussões.

### 3.3.2.1 Caracterização Socioeconômica

A caracterização socioeconômica trata-se de um aspecto relevante a ser elencado na pesquisa visto que delimita o perfil social dos pacientes a serem analisados, permitindo posteriormente confrontar e relacionar estes dados com os demais resultados à luz da análise. Para tanto, a tabela 01 (Apêndice C), demonstra a divisão da amostra pesquisada por sexo, idade, cor declarada, estado civil e renda mensal individual.

Com base na tabela 01 (Apêndice C) e nos dados explicitados através da mesma, foi possível observar que do universo de 26 (vinte e seis) pesquisados, 15 (quinze) eram do sexo feminino e 11 (onze) do sexo masculino, representando um percentual de 57,69% de mulheres e 42,31% de homens. Logo, tornou-se relevante detalhar que das quinze mulheres, 11 (onze) eram pacientes renais crônicas e 04 (quatro) pacientes oncológicas. Já em relação aos homens, 09 (nove) eram pacientes renais crônicos e apenas 02 (dois) eram pacientes oncológicos. Observou-se assim que o número de homens foi menor do que o de mulheres.

Tendo por base o pensamento da autora Lemos (2005), sabe-se que entre alguns elementos que constituem as relações sociais, os gêneros se destacam, pois são determinados por características específicas, perceptíveis e que se associam as formas de distinguir as relações de poder. Nesta perspectiva, cada gênero possui características, comportamentos e atitudes que definem suas práticas, e neste caso, ao verificarmos a diferença entre o número de participantes em relação a gênero, percebe-se a minoria masculina.

É válido ressaltar que a saúde do homem tem sido objeto primordial de algumas discussões nos últimos anos em virtude das doenças que tem acometido este gênero e também pelo seu elevado índice de morbimortalidade, principalmente em idades mais jovens quando comparados as mulheres (FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005; BRASIL, 2009; NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2009).

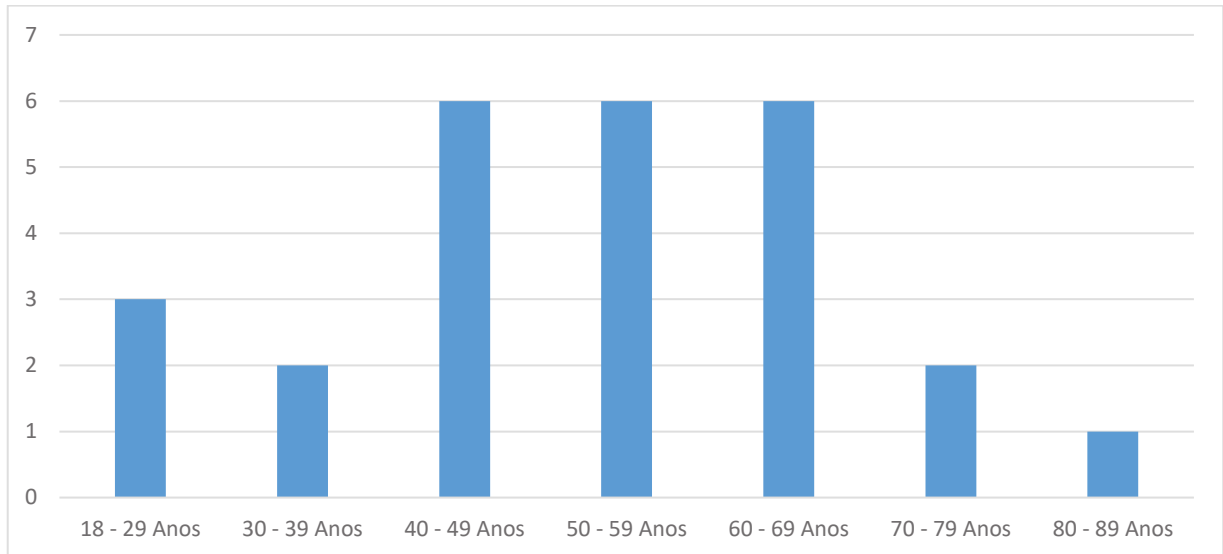
Segundo Brasil (2009) (mesmo que em menor número se observarmos as informações desta pesquisa), dados epidemiológicos evidenciam que a população masculina adoece mais do que a população feminina e que também é a mais vulnerável em relação às doenças que podem ser prevenidas. Sua expectativa de vida é de 7,6 anos abaixo se comparadas a expectativa de vida média da população

feminina. Outra informação também importante é que apesar de possuir um perfil de morbimortalidade relevante, nota-se que a presença deste gênero nos serviços de saúde é bem menor se também comparados a presença das mulheres. Seguidamente, sabe-se que as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos podem melhorar a relevância destes dados ao promoverem transformações comportamentais. No entanto, no contexto desta pesquisa, vale destacar que essas ações e os tratamentos para as doenças de longa duração possuem menor adesão por parte dos homens.

A partir dos dados coletados na pesquisa, é notório que ainda está emaranhado no imaginário masculino, mesmo que de forma discreta, um papel ideal de masculinidade onde estes atrelam este comportamento a necessidade de invulnerabilidade e também a força física. Neste sentido, a doença não está presente em seu universo de vivências uma vez que se liga a condição de vulnerabilidade e fraqueza. Assim, justifica-se a menor participação deste gênero na presente pesquisa, pois relutam quanto a necessidade de apoio e suporte mesmo que em meio a situações traumáticas, e que assumir a condição patológica irá ferir a sua condição masculina.

Por fim, no que ainda tange aos aspectos participativos em relação a gênero, tal situação também pode ser justificada pelo comportamento social que condiciona um modelo hegemônico e dominante de masculinidade e dificulta o acesso desta clientela aos serviços de saúde e a promoção de seu autocuidado. Logo, a representação social do que é doença e o seu imaginário pode ser considerado como algo distante uma vez que parte destas se manifestam em idades tardias sendo então negligenciadas nas fases que antecedem este período.

No que se refere a faixa etária, foi possível observar que 03 (três) pacientes possuíam de 18 a 29 anos, 02 (dois) de 30 a 39 anos, 06 (seis) de 40 a 49 anos, outros 06 (seis) de 50 a 59 anos, e mais 06 (seis) de 60 a 69 anos, 02 (dois) de 70 a 79 anos, e por fim, apenas 01 (um) pesquisado possui a idade entre 80 a 89 anos. Vale ressaltar conforme gráfico 01, que a faixa etária em que mais houveram pacientes que colaboraram com a pesquisa e que conseqüentemente estão diagnosticados com DRC ou CA, foi a de 40 a 69 anos, compreendendo as três décadas acima citadas.

**Gráfico 01:** Faixa Etária dos pacientes renais crônicos e oncológicos pesquisados.

**Fonte:** Própria Autora (2019).

Conforme evidenciado no gráfico 01, em termos sociológicos, no que tange a questão de saúde, a incidência elevada na faixa etária entre os 40 e 69 anos relaciona-se com a perda progressiva das funções orgânicas com o avançar da idade, ou seja, com o envelhecer. Assim, a pessoa torna-se mais susceptível a adquirir ou a manifestar de forma mais aparente sinais e sintomas específicos das mais diversas doenças. Dando continuidade, no que tange a DRC, Coitinho (2015) reforça que a partir dos 40 anos de idade há um declínio na função renal o que faz com que o paciente se torne vulnerável, pois vai perdendo de forma gradual a capacidade de manter a homeostase. Já em relação ao CA, o Instituto Oncoguia (2017) relata que tal condição se justifica pelo fato do envelhecimento das células, da diminuição da capacidade desta em se recuperar e também dos maus hábitos diários de vida.

No que se refere a cor declarada, 06 (seis) pacientes referiram ser de cor branca, 16 (dezesesseis) de cor parda e 04 (quatro) de cor negra. Já em relação ao estado civil do universo de 26 (vinte e seis) pesquisados, 05 (cinco) informaram serem solteiros, 09 (nove) casados, 08 (oito) separados, divorciados ou desquitados. Ainda em relação a caracterização deste item da pesquisa, 03 (três) relataram viuvez e apenas 01 (um) está em união estável. No que tange os aspectos relacionados a raça/cor e estado civil, não foram evidenciadas implicações diretas destes aspectos em relação a condição clínica dos pacientes pesquisados, ou seja, em qualquer uma



das categorias patológicas selecionadas (DRC e CA) uma vez que a incidência destas não se relacionam com estas características.

Ainda em relação a tabela 01, no que tange a renda mensal individual, ponto relevante da pesquisa visto que as enfermidades pesquisadas, doença renal crônica e câncer, em sua maioria, causam dependência mudando o estilo de vida e rotina diária dos pacientes, com base nos resultados, foi observado que 11,54% destes não possuem renda mensal individual, 23,08% possuem renda de até dois mil oitocentos e onze reais, 3,85% de dois mil oitocentos e onze até quatro mil seiscentos e oitenta e cinco reais, e por fim, 61,54% vivem do benefício social governamental, ou seja, aposentadorias que variam de novecentos e cinquenta e quatro até dois mil oitocentos e onze reais.

Considerado ponto relevante da pesquisa, a renda mensal individual relaciona-se diretamente com as condições clínicas vivenciadas pelos pacientes acometidos pela doença renal crônica e pelo câncer. Como já ressaltado em outros momentos, ambas enfermidades modificam o estilo de vida do paciente, diminui a expectativa desta e ainda altera as projeções para o futuro. É neste entrave que a dependência ocasionada por estas doenças e conseqüentemente as limitações em virtude das barreiras encontradas, remetem a condição da perda de autonomia em relação a própria vida e a sua própria subsistência.

Nessa lógica, emerge o benefício social governamental, ou seja, a seguridade social que lhes garantem aposentadorias a fim de que possam subsidiar as necessidades humanas básicas. Sendo assim, os dados expressos acima destacam que 61,54% dos pacientes pesquisados cujo diagnóstico é de DRC ou CA, vivem do benefício social governamental, indo de encontro com o posicionamento de Ramos et al., (2008) onde estes demonstram que a experiência vivenciada pelos acometidos por estas doenças ocasionam transformações na vida social e familiar que suscitam conseqüentemente, a dependência da Previdência Social em virtude da perda da autonomia.

Portanto, a partir da caracterização socioeconômica levantada dos 26 (vinte e seis) participantes da pesquisa, foi possível concluir que as mulheres participaram em maior quantidade e tal fato pode ser justificado pelo papel masculino delimitado no imaginário social, dentre outros aspectos. Que a faixa etária em que as doenças se encontram mais presentes correspondem às quartas, quinta e sexta décadas de vida uma vez que as células vão perdendo a sua capacidade de replicação e regeneração.

Que pardos e casados também estão em maior número na pesquisa, e que por fim e não menos importante, que a maior parte dos entrevistados, ou seja, 16 (dezesesseis) destes possuem algum tipo de benefício social governamental (aposentadoria) justificado pela perda da autonomia em virtude das comorbidades advindas com a doença.

### 3.3.2.2 Caracterização do Estado de Saúde

A fim de caracterizar os pacientes pesquisados a partir de sua doença, tempo de diagnóstico, tempo e tipos de tratamentos em realização ou já realizados, níveis de dependência ou independência para a realização das atividades básicas ou instrumentais de vida diária e sua expressão atual em relação a doença, ou seja, o seu sentimento diante da realidade atual, foi elaborado a tabela 02 (Apêndice D), a fim de relacionar de forma clara as informações acima elencadas.

Com base na tabela 02 (Apêndice D), foi possível observar a partir de um universo de 26 (vinte e seis) participantes que contribuíram com a pesquisa, que a população em maior expressão foram os acometidos pela condição renal crônica representando um total de 76,92% em relação a amostra final. Neste sentido, o percentual equivalente aos participantes da pesquisa cujo diagnóstico é de câncer, foi de apenas 23,08%.

Tal condição pode ser justificada a partir do posicionamento de Ferreira e Fornazari (2010), onde estes autores destacam que os pacientes acometidos pelo câncer sofrem com a estigmatização patológica social, pois a doença remete ao juízo de dor, tristeza, sofrimento e morte. Deste modo, há em alguns casos, a discricção quanto a exposição do diagnóstico a fim de preservar a autonomia do paciente quanto a esta decisão.

Por outro lado, este fato também pode se justificar em relação a sintomatologia apresentada pela doença e pelo tempo no que se refere a delimitação real do diagnóstico, pois conforme destaca a Fundação Oswaldo Cruz (2016, *site*) a doença crônico-evolutiva possui evolução lenta e de longa duração. Neste caso, o câncer como uma desta, pode permanecer assintomático durante um período considerável, manifestando-se, em alguns casos, apenas em idades mais avançadas.

No que se refere ao tempo de diagnóstico da doença, foi possível evidenciar que 03 (três) dos pesquisados receberam o diagnóstico a menos de 1 (um) ano, 17 (dezesete) a mais de 1 (um) ano e a menos de 5 (cinco) anos, 05 (quinze) a mais de 5 (cinco) anos e a menos de 10 (dez), e apenas 01 (um) a mais de 10 (dez) anos e a menos de 15 (quinze).

Nesta perspectiva, sabe-se que após a confirmação do diagnóstico, como conduta do profissional de saúde, este após a avaliação crítica de cada caso, deve decidir em comum acordo com o paciente qual a terapêutica a ser adotada a fim de melhorar as condições físicas e emocionais do mesmo, prolongar seus dias de vida e conseqüentemente, sua qualidade. Assim sendo, dos 20 (vinte) pacientes renais crônicos pesquisados, 19 (dezenove) fazem hemodiálise e 01 (um) faz hemodiálise e diálise peritoneal. Esse dado remete consonância com a pesquisa de Riella (2000) e Sesso et al., (2016) onde estes reforçam que a hemodiálise é a mais indicada, sendo aderida por mais de 90% dos pacientes tratamento dialítico no Brasil.

Já em relação aos pacientes oncológicos, dos 06 (seis) entrevistados, 05 (cinco) fazem quimioterapia, nenhum está em tratamento radioterápico, 02 (dois) já fizeram algum tipo de cirurgia para remover o tumor localizado, e 01 (um) fez um procedimento chamado radiocirurgia a laser.

Ainda em relação aos dados explicitados na tabela 02, em relação ao tempo de tratamento, sabe-se que este, em sua maioria, coincide com o tempo de diagnóstico. Dos 26 (vinte e seis) pacientes pesquisados, 19,23% destes fazem tratamento há a menos de 1 (um) ano, 53,85% a mais de 1 (um) ano e menos de 5 (cinco) anos, 23,08% a mais de 5 (cinco) anos a menos de 10 (dez), e 3,85% a mais de 10 (dez) e a menos de 15 (quinze) anos, prevalecendo em um maior tempo de tratamento aqueles com maior tempo de diagnóstico.

Como ressaltado no decorrer do discurso sobre as doenças crônico-evolutivas a partir de Freitas e Mendes (2007), estas remetem ao paciente condições permanentes que em sua maioria podem acarretar perda de algumas funções e também ocasionar a alteração na rotina cotidiana. Como consequência, a permanência do enfermo neste contexto pode lhes influenciar no desenvolvimento de estresse uma vez que há a possibilidade de mudança em sua imagem física, há ainda a necessidade de adaptação social e psicológica, além da probabilidade de mudança em sua expectativa de vida.

Diante destas colocações, foi também indagado aos pesquisados sobre sua condição em relação à realização de suas atividades diárias. Para que pudéssemos ter clareza quanto ao quadro atual da doença e seu nível de comprometimento no que se refere à realização de suas atividades diárias, foram disponibilizadas três opções de respostas: independente, pois a rotina do dia a dia não foi alterada, pouco dependente, pois não consegue realizar algumas das atividades diárias e dependente, ou seja, precisa de ajuda para a realização de todas as atividades de rotina cotidiana.

Passando para a exposição das respostas frente ao universo de pesquisados, apenas 11,54% destes relataram ser independente, 69,23% pouco dependente e 19,23% totalmente dependente. É válido salientar que existem algumas diferenças entre o paciente renal crônico e o paciente com câncer e uma destas se refere à forma com que as doenças se evoluem e vão comprometendo a qualidade de vida destes.

Neste contexto, realizando a exposição separada por doença, destaca-se que 5% dos pacientes com DRC e 33,33% dos pacientes com câncer consideram-se independente, 70% dos pacientes com DRC e 66,67% dos com câncer consideram-se pouco dependente e por fim, 25% dos pacientes com DRC consideram-se dependente. É destacado que no item dependência, nenhum paciente com câncer declarou estar vivenciando tal condição.

Portanto, quanto aos níveis de independência ou dependência, observa-se que parte significativa dos pacientes renais crônicos e oncológicos se consideram parcialmente dependente o que nos permite retomarmos o diálogo com Ramos et al., (2008), uma vez que destacam a mudança no estilo de vida destes em virtude dos impactos fisiológicos, psicossociais e espirituais advindos com as enfermidades e conseqüentemente, a perda da autonomia permitindo-os ressoar tais posicionamentos.

Por fim, em relação à expressão atual do sentimento no que tange à doença e todos os itens levantados anteriormente, 01 (um) participante destacou o sentimento de negação diante do contexto vivenciado, ou seja, não acredita que tal situação esteja acontecendo consigo, 02 (dois) declararam raiva, questionam porque eles e destacam que não é justo, 02 (dois) expressaram sentimento de negociação, ou seja, querem apenas viver mais, construir vida e família, serem alguém, 01 (um) relatou quadro de depressão apresentando sinais de tristeza, e 20 (vinte) dos pesquisados, ou seja, a grande maioria, destacaram o sentimento de aceitação diante da doença e acreditam que tudo acabará bem.

Percebe-se com base nos sentimentos elencados a presença de aspectos negativos relacionados ao medo do prognóstico futuro, porém, é neste cenário que a religião é acentuada, visto que a grande maioria evidencia aceitar a sua condição clínica e acreditar que tudo acabará bem conforme relato a seguir:

A religião vem dos profetas e de Cristo Jesus, pois ele mesmo falou: quem crê ne mim e dá valor ne mim mesmo que ainda esteja morto, viverá. E eu acredito nele, nisso aí. A palavra que Cristo falou não volta atrás, então crê nele e dá valor, siga os mandamentos dele, daí você viverá (J.R.S., 77 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC).

### *3.3.2.3 Perfil Religioso*

Em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou os dados do censo sobre a religião ou a não religião afirmada pelos brasileiros. A partir desta divulgação foi evidenciado que o Brasil ainda continua sendo o país mais católico de todo o mundo, porém vale ressaltar que houve uma diminuição no número de fiéis que professam essa crença na década que antecede a data da pesquisa. Em números, estima-se que a redução tenha sido de 1,7 milhão de pessoas, o que representa em percentuais o recuo de 12,2% (IBGE, 2016).

Tal panorama religioso, ou seja, a redução do número de católicos e o aumento do número de evangélicos, já era algo previsto, pois era perceptível antes mesmo do levantamento realizado pelo instituto, o aumento no número de fiéis católicos cada vez mais lento. Assim, conservada essa inclinação, é esperado que no máximo em trinta anos o número de pessoas católicas e evangélicas sejam semelhantes. Assim, mesmo que de forma discreta, os dados demonstram uma diminuição relevante do domínio do catolicismo no Brasil (IBGE, 2016).

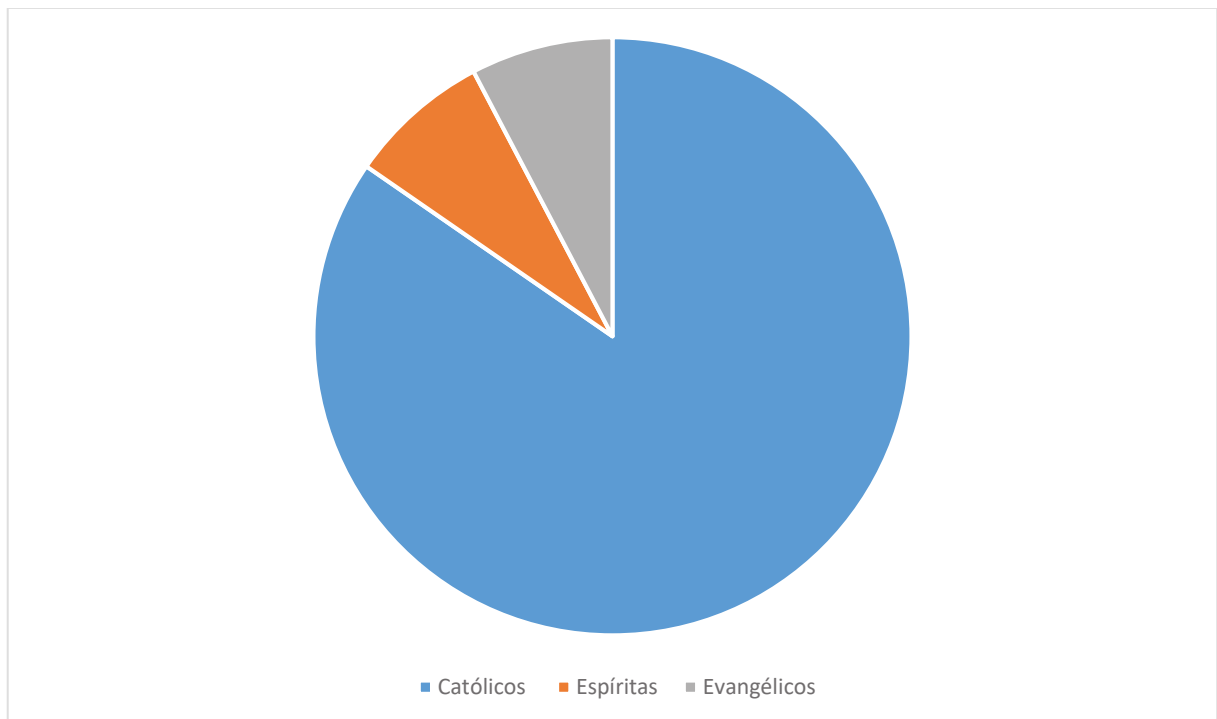
Por fim, o IBGE (2016) confirma em seus dados que em 1970 existia 91,8% de brasileiros católicos, mas que em 2010 esse percentual passou para 64,6%. Por outro lado, o número de pessoas consideradas evangélicas tem se elevado consideravelmente saltando de 5,2% para 22,2% nos últimos quarenta anos.

Sabe-se que o perfil religioso da população brasileira é comumente obtido a partir dos dados levantados no censo demográfico do IBGE, no entanto, para efeitos

da delimitação do perfil religioso dos participantes desta pesquisa, a partir do questionário aplicado e da entrevista realizada, foi possível responder algumas questões conforme destacadas na tabela 03 (Apêndice E). Assim, tornou-se plausível evidenciar que todos os pesquisados relataram acreditar em Deus e que este também cuida dos mesmos.

Os 26 (vinte e seis) participantes declararam que possuem religião. De forma detalhada, 22 (vinte e dois) destes enfatizaram serem católicos e os 04 (quatro) demais, serem de religiões não - católicas, ou seja, 02 (dois) afirmam serem espíritas e os outros 02 (dois) ressaltaram serem evangélicos conforme distribuição percentual dos pesquisados por grupos religiosos evidenciado abaixo.

**Gráfico 02:** Distribuição percentual dos pacientes renais crônicos e oncológicos por grupos religiosos.



**Fonte:** Própria Autora (2019).

Em consonância com os dados acima explicitados pelo censo do IBGE (2016), observou em números absolutos que a prevalência de católicos na presente pesquisa foi considerável, sendo esta representada por um percentual de 84,62% entre os

pesquisados. Já os espíritas e evangélicos representaram cada um destes grupos religiosos, 7,69%.

Outrora, é válido salientar que mesmo afirmando possuir religião, estes foram questionados quanto à sua prática ou não. Para tal, do universo total da pesquisa, 21 (vinte e um) participantes destacaram que além de possuírem religião, são praticantes desta. Já os outros 05 (cinco), mesmo elencando possuir religião, enfatizaram que não a pratica. Ainda neste contexto, foi questionado na oportunidade se consideravam importante terem religião e de forma unânime, todos os pesquisados responderam que sim.

Observou-se com base no perfil religioso que por muitas vezes é comumente vivenciado e evidenciado nas rotinas cotidianas a existência de um número relevante de pessoas que afirmam terem religião, mas que não professam a mesma mesmo acreditando que esta possui importância em sua vida.

Logo, os autores Souza Júnior et al., (2015) destacam em sua pesquisa e em convergência com as informações acima evidenciadas, que parte dos pacientes enxergam a religião como sendo essencial e necessária em suas vidas, mas que é imprescindível pontuar o posicionamento daqueles que ponderam apenas a fé em Deus também como tal. Neste sentido, a fé e/ou a religião são consideradas elementos munidos de significados e relevantes na evolução patológica uma vez que fornecem conforto, auxílio, coragem e esperança no que se refere a projeção quanto a possibilidade de melhoria na qualidade de vida dos doentes.

#### *3.3.2.4 A Experiência religiosa e o processo saúde-doença dos pacientes renais crônicos e oncológicos*

Partindo da perspectiva da experiência religiosa descrita por Eliade (1992), em relação à experiência religiosa frente as problemáticas relativas às doenças acometidas nos pacientes pesquisados, foram aplicadas aos mesmos algumas perguntas com o intuito de estabelecer uma relação entre religião e o contexto patológico vivenciado. Diante deste contexto, a fim de clarificar as respostas dos pesquisados, encontra-se no Apêndice F, a tabela 04 que elucida o posicionamento destes frente aos questionamentos estabelecidos.

Vale destacar, que após a aplicação do questionário, os participantes foram entrevistados utilizando um gravador. Foram aplicadas as mesmas questões previstas no questionário, onde direcionamos a fim de obtermos maiores detalhes e outras informações relevantes não contempladas nas respostas fechadas dos mesmos, ou seja, a fala na íntegra do entrevistado como complemento importante para análise e discussão dos dados finais obtidos.

Constituindo um contexto entre religião e doença na perspectiva desta pesquisa, foi questionado aos participantes se a religião foi importante frente ao diagnóstico de sua doença. Diante do questionamento levantado, 96,15% dos pesquisados destacaram que sim, representando um total de 25 (vinte e cinco) pessoas, e apenas 3,85%, ou seja, 01 (um) participante, ressaltou que esta não teve nenhuma relevância frente a descoberta da doença.

Isto posto, as afirmações que evidenciam a religião como elemento importante frente ao diagnóstico das doenças estão explícitas nas falas de alguns entrevistados conforme listado a seguir:

“Olha... sobre essa questão eu tenho para mim o seguinte: eu quando eu tive... quando eu fui diagnosticado com câncer testicular em 2014, intão eu não frequentava igreja, eu só dizia que era católico, mas num era, nem batizado eu tava, eu tinha vinte e seis anos em 2014, e assim, eu adoeci e daí, eu achei foi uma forma não de ficar pensando o tempo inteiro na doença entendeu?!, mas foi pra eu procurar mim encontrar, pra ver por qual motivo que agente vem na terra propriamente assim falando, porque agente na hora da doença, agente... ainda mais uma doença séria dessa neh... agente só pensa que vai morrer, que nada vai dar certo, mas aí encontrei na religião um conforto entendeu?!” (V.J.B.S., 29 anos, sexo masculino, católico, acometido por câncer).

“A religião eu creio assim que é algo que agente temos que acreditar em algo maior que é Deus. A partir de um momento que agente temos um seguimento espiritual assim que é Deus, é Jesus Cristo, é uma religião. Então dentro da nossa vida se temos religião temos mais sonhos de superar a nossas fraquezas, nossas enfermidade... que é a doença. Em termo da minha doença, ele me dá força espiritual, disponibilidade pra não me ver tão doente no nosso dia a dia. As vezes eu até brinco com as pessoas quando eu vou no hospital, no Araújo Jorge, que eu vejo pessoas mais difíceis que eu, eu já agradeço a Deus por eu ainda estar com a minha força é... caminhando espontaneamente... eu não me sinto doente... eu me sinto bem, eu vejo que não estou naquela situação... então eu acho que é aí onde cabe a religião que é Deus. Eu tenho que tá com saúde espiritual para desfrutar do físico, o momento, porque se você não está espiritualmente saudável, por mais que você não esteja doente no físico, você vai estar doente” (S.A.S., 43 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer).



A paciente L.A.S.M., 56 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC ainda acrescenta: “[...] A religião ajuda muito, muito mesmo [...]”. Já o paciente T.C.R., 59 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC complementa que “[...] A religião é muito importante neh [...]”. Por fim, para a paciente C.M.O., 60 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC “[...] A religião é muito importante para fortalecer. Na hora da doença, se não tiver religião, a pessoa não segue em frente [...]”.

Destaca-se neste contexto o potencial da religião como legitimadora da realidade e Berger (1985) corrobora ressaltando que esta é responsável por legitimar nossas relações situando-nos numa relação entre o que é sagrado, cósmico e profano.

Por outro lado, é importante destacar também o posicionamento do único participante que ressaltou que a religião não teve nenhuma importância frente ao diagnóstico de sua doença:

“uai a fé cura tudo neh?! Não é assim que muita gente diz? Só que no meu caso ela não ajudou em nada. Eu descobri a doença e daí? Eu conheço muitos amigos que tem religião, que tem fé, mas que a religião não ajudou em nada. Só sofreram. Meu caso neh?!” (W.P.P., 37 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC).

Seguidamente, quando questionados sobre o que a religião lhes ofereceu frente a descoberta da doença, 13 (treze) dos pacientes pesquisados responderam que esta lhes deu força, 06 (seis) destacaram que ofereceu sustentação, 07 (sete) enfatizaram que encontraram na religião conforto, 06 (seis) motivação, 05 (cinco) uma forma ou meio de significado para a vida, 03 (três) ressaltaram que esta ofereceu sentido, 10 (dez) possibilidade de cura, e apenas 01 (um) respondeu que a religião não ofereceu nada. Vale salientar que alguns dos pacientes destacaram mais de uma alternativa frente ao questionamento.

Diante destes posicionamentos, algumas das palavras-chaves que mais se sobressaíram no que se refere aos significados da religião frente a descoberta da doença foram: “conforto”, “superação”, “força”, “coragem”, “enfrentamento”, “fortaleza” e “sustentação”. Assim, no que se refere a religião como provedora de força, tais colocações ficaram explícitas nas seguintes falas: “[...] A religião é que nos dá força e

coragem para enfrentar os problemas como eu estou enfrentando [...]” (I.B.S., 83 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer). Neste mesmo contexto a paciente E.M.P.S., 46 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer, acrescentou: “[...] No primeiro momento ao descobrir, demorei para buscar a religião, passei um tempo por negação para depois aceitar o que estava acontecendo, e que se Deus me escolheu era porque sabia que eu era forte para superar com a ajuda dele [...]”.

Os depoimentos acima elencados vão de encontro com o posicionamento de Berger (1985, p. 112) “A força da religião é tão grande historicamente, que ela pode tanto ser responsável pela sustentação, quanto pela desestabilização do mundo. Neste aspecto, a religião pode ser não só alienante como também, desalienante”. Em outras palavras, Berger (1985) enfatiza desconhecer força mais poderosa do que a da religião no que se refere a luta em desfavor da anomia e para este, tal condição tem-se justificado em virtude também de sua força alienadora.

Ainda em relação ao que a religião lhes ofereceu ao descobrir a doença, uma das participantes expressou de forma detalhada:

“Olha quando uma pessoa descobri uma doença e ela procura recursos na ciência, é porque é o que temos na terra pra poder agente se curar, fazer um tratamento, mas agente também tem Deus entendeu?! Deus é como uma força divina, porque assim, além da gente ter a ciência ali, a cura e tal, agente procura um médico quando agente tá doente, quando agente tem um ser divino pra gente crer, Deus é que faz a cura... agente tem a fé, agente enfrenta até melhor para passar por esta situação. Agente tem uma fé e não é a religião enfim que faz a cura, é Deus que faz a cura e quando agente passa por um processo do que seja, é mais fácil da gente superar a doença quando agente tem Deus, porque quando agente tem Deus é totalmente ao contrário, agente não fica insegura... tipo... nossa a pessoa descobre que você tem um câncer ali de momento e a pessoa não tem fé em Deus, ela fica questionando porque isso aconteceu, logo eu, porque?... ela fica assim, mas quando agente tem Deus na vida da gente, agente se fala: eu tenho Deus, Deus tá comigo, eu vou superar, o senhor está comigo. Então, independentemente se você passar por qualquer doença ou qualquer situação da vida, quando você tem Deus, um ser divino do seu lado, é mais fácil para você enfrentar a situação que seja doença ou outra situação” (A.T.A.S., 24 anos, sexo feminino, evangélica, acometida por câncer).

Diante do relato observou-se que a participante se refere a fé e não a sua religião como fonte provedora de significados para vida, ou seja, para esta não é a religião que cura ou que te oferece subsídios para enfrentar as adversidades, mas

sim, a sua fé. A fala desta última entrevistada vai de encontro com o pensamento de Berger (1985) onde os rituais, as orações e as crenças estão ligadas de forma inerente a cada religioso, e, em vista disso, destacam como responsável por suas conquistas ou por sua cura a religião, ou melhor pronunciando, a sua fé.

Ainda quanto a religião e força, a paciente J.V.P., 32 anos, sexo feminino, espírita, acometida por DRC destaca que “[...] A religião ajuda muito quando uma pessoa está doente, pois ela... não é que ela cura, mas ao menos dá força de espírito pra seguir adiante [...]”.

A partir das colocações anteriores foi possível observar ainda que os participantes da pesquisa percebem a religião como provedora de disposições que estabelecem padrões de moralidade, padrões sociais e também estéticos admitidos por ela enquanto realidade. Por este ângulo, a religião torna-se essencial na vida destes uma vez que para Geertz (1989, p.67) “a religião ajusta as ações humanas a uma ordem cósmica imaginada e projeta imagens da ordem cósmica no plano da experiência humana”.

Já na perspectiva de religião como fortaleza, a paciente E.P.R., 68 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC, ressalta: “[...] A religião fortalece muito. Dependendo de tua fé, te fortalece muito, pois já aconteceu comigo, onde muitas pessoas pensavam que eu não sarava e eu sarei em muitas coisas [...]”. Destaca-se também a seguinte afirmação: “[...] A religião traz muito fortalecimento para as pessoas, principalmente quando você está praticando [...]” (J.P.S., 51 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC).

Por fim, quanto a religião como sustentação, a paciente M.M.S., 45 anos, sexo feminino, espírita, acometida por DRC, afirma: “[...] A religião ajuda muito a pessoa e o ser humano a ter base e sustentação, porque é através da religião tendo o centro que é Deus, todo mundo que é religioso ou procura a religião devida a doença, ela fica mais forte para enfrentar a doença [...]”. Ao verificar o posicionamento desta entrevistada, percebe-se que a religião descreve uma ordem social e também modela o ambiente e que esta possui ainda um papel significativo no que se refere a coesão social. Por fim, nota-se ainda que a religião alimenta e produz sentido para a existência humana (GEERTZ, 1989).

Portanto, a partir das afirmações elencadas observou-se que vários são os significados atribuídos a religião ou a fé no que se relaciona a fase vivenciada pelos pesquisados. Vale destacar ainda que alguns relacionam religião e fé como sendo os

mesmos elementos, já outros, colocam ambas como distintas, sendo necessária uma cautela ao verificar estes detalhes durante as análises, pois existem aqueles que se referem a religião como instituição e fidelização e aqueles que se referem a fé sem vínculo a credo religioso específico.

Dando continuidade, dos 26 (vinte e seis) participantes, 23 (vinte e três) destes destacaram que ao descobrir a doença tornaram-se mais religiosos e os 03 (três) restantes enfatizaram a permanência na mesma forma de religiosidade. Com base na evolução clínica de cada doença e cada caso, os pacientes também foram questionados em qual momento mais se aproximavam do seu Deus. Diante desta colocação, apenas 01 (um) proferiu que se aproxima de Deus quando sua doença está controlada, 05 (cinco) enfatizaram aproximar-se quando seu quadro clínico está piorando, 01 (um) destacou que não se aproxima de Deus, e por fim, 19 (dezenove) dos entrevistados salientaram que estão sempre próximos de Deus independente da evolução positiva ou negativa da doença.

Por se tratar de doenças crônico-evolutivas, os participantes da pesquisa também responderam o quanto a sua religião influencia na compreensão e na maneira de lidar com as situações difíceis em relação a sua enfermidade. Frente a este questionamento, 80,77% destes salientaram que a religião possui muita influência, 11,54% que esta influência de forma moderada, 7,69% pouco e ninguém destacou que a religião não influencia em nada. Tais posicionamentos ficam evidentes em algumas falas como seguem:

“A religião influencia muito para uma vida saudável, porque quando a pessoa está na religião, ela é uma pessoa bem acolhida e ela acredita na fé de Jesus que pode curar, que traz ânimo, porque a própria bíblia diz que no mundo agente vai ter aflições, mas tenha bom ânimo porque Jesus fala que agente vai ser mais que vencedor. Então a religião influencia muito pra que agente acredite que vai ter dias melhores” (D.R.S.N., 23 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC).

Os depoimentos acima vão de encontro com o pensamento de Berger (1985) quando este expõe que a religião exerce uma estratégia de ação humana na construção do mundo. Em outras palavras, este autor afirmar que esta representa a manifestação exteriorizada do homem em relação aos seus próprios sentidos de realidade, permitindo idealizar um universo inteiro repleto de significados humanos.

Neste sentido ainda foi acrescentado: “[...] A religião manda muito, transforma toda a questão da doença. A fé influencia em si, porque com Deus agente pode tudo e sem Deus agente não pode nada [...]” (N.R.S., 41 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC). Dando sequência, os 26 (vinte e seis) entrevistados responderam em até que ponto a sua crença melhora a sua qualidade de vida. A partir desta indagação, 16 (dezesesseis) responderam que a sua crença melhora completamente a sua qualidade de vida, 07 (sete) que melhora muito e 03 (três) destacaram que esta melhora mais ou menos.

A partir das doenças e todas as suas consequências, ainda foi levantado se esta ajudou os participantes no processo de aceitação frente a descoberta do diagnóstico. Dos pesquisados, 80,77% salientaram que sua crença possibilitou e ajudou no processo de aceitação, 15,38% destes destacaram que sua crença ajudou de forma intermediária e 3,85% dos participantes enfatizaram que a religião não colaborou de nenhuma forma neste período. De forma detalhada, quanto a relação entre religião e o processo de aceitação do quadro patológico, os dados anteriores ficam expressos de forma qualitativa nas seguintes colocações:

“Eu ia a igreja, mas só da boca pra fora. A fé mesmo em si mesmo, não tava constante. Eu acreditava, mas a minha falta de fé era mais permanente. Hoje Deus permitiu que eu seja paciente crônica renal para me aproximar dele. Demorei aceitar a doença e essa situação, mas essa é a verdade. Estou vivendo isso hoje. Graças a Deus que Deus me deu essa oportunidade para me redimir” (N.R.S., 41 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC).

Já a paciente E.M.P.S., 46 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer, além de manifestar a religião como provedora de força, conforme já elencado anteriormente, no que se refere a aceitação, ela ainda destaca em sua fala que “[...] demorei para buscar a religião, passei um tempo por negação para depois aceitar o que estava acontecendo e que se Deus me escolheu era porque sabia que eu era forte para superar [...]”.

Dando continuidade, 22 (vinte e dois) dos participantes responderam que a sua crença ajuda a enfrentar os problemas relacionados a sua doença e apenas 04 (quatro) salientaram que mais ou menos conforme é evidenciado na fala da paciente I.B.S., 83 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer:

Meu caso quando eu descobri, eu sofri muito, eu senti um pouco de revolta num momento, mas logo passou, e Deus tá me dando muita força e muita coragem. Eu tô enfrentando tudo com muita fé, esperança e sei que se Deus quiser, eu vou ser curada.

Por fim, quando interrogados se acreditam que a sua doença evolui de acordo com a vontade do seu 'Deus', 57,69% destes, ou seja, 15 (quinze) dos entrevistados responderam que sim, 7,69% representando 02 (dois) dos pesquisados, destacaram que mais ou menos, e 34,62%, ou seja, 09 (nove) participantes, salientaram que não acreditam que a sua doença evolui de acordo com a vontade do seu 'Deus'. Nota-se assim, a afirmação da paciente I.B.S., 83 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer descrita no parágrafo anterior, em especial ao seguinte trecho: “[...] e sei que se Deus quiser, eu vou ser curada [...]”. Esta por sua vez remete a relação existente entre o acreditar em um Deus e também atribuir a ele a condição de um bom prognóstico em relação ao seu quadro clínico.

Conforme observado nos resultados quanto a esta variável, parte significativa dos entrevistados acreditam que sua condição patológica evolui positiva ou negativamente de acordo com a vontade de seu Deus. Nota-se a relação entre a crença e a fé no processo de adoecimento e ao mesmo tempo é justificada a conduta destes que ao descobrirem a doença tornam-se mais religiosos, pois creem que a sua religião ou a sua fé fornecerá elementos para que enfrentem as adversidades e superem a condição de anomia vivenciada.

Percebe-se então que parte significativa dos entrevistados possuem a religião como fonte importante e como elemento facilitador para o enfrentamento no que se refere a descoberta da doença oferecendo-lhes em sua maioria força e possibilidade de cura. Que a doença é uma forma de aproximar-se do seu 'Deus' e conseqüentemente, tornar-se mais religioso mesmo em alguns casos, mantendo-se sempre perto e praticante de sua crença.

Ademais, nota-se que a religião é responsável por trazer ordem e estruturar a sociedade influenciando de forma direta na percepção da identidade humana, de suas condutas e atitudes, crenças e de seus valores éticos e morais (GEERTZ, 1989). Tal como é relevantemente acrescentado pela autora Lemos (2017), que esta ainda

desempenha a função de proteção humana contra o terror da anomia, da desordem, do caos, que na perspectiva desta pesquisa refere-se a doença renal crônica, ao câncer e ao sofrimento advindo desta condição.

Por fim, faz-se importante destacar que parte significativa da pesquisa declarou que a religião influencia de forma positiva em seu processo patológico possibilitando qualidade de vida mesmo acometidos pela enfermidade. Logo, conforme explicitado anteriormente, a religião ainda colabora no processo de aceitação da doença, ajuda a enfrentar os problemas advindos da mesma e evolui de acordo com a vontade do seu 'Deus'.

## **4 OS SIGNIFICADOS DA RELIGIÃO DIANTE DA EXPERIÊNCIA PATOLÓGICA DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS E ONCOLÓGICOS:** vivências a partir de argumentos biográficos

### 4.1 INTRODUÇÃO

O terceiro capítulo permite com base nos dados coletados e tabulados e na análise realizada, identificar a partir dos argumentos biográficos, se a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando.

Neste sentido, o presente capítulo será contemplado com a exposição sobre as representações sociais da doença, a experiência patológica vivenciada, a experiência religiosa em Mircea Eliade, e por fim, a religião e os significados a partir dos argumentos biográficos dos pacientes renais crônicos e oncológicos os quais demonstram qual o significado é conferido a religião diante deste contexto – experiência patológica e religiosa.

### 4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA E A EXPERIÊNCIA PATOLÓGICA VIVENCIADA

#### 4.2.1 Representações Sociais da Doença

De acordo com Minayo (1998), o processo saúde-doença evidencia uma relação que ultrapassa a condição individual e social do ser humano e permite contrastar com as desordens deste enquanto ser total. Assim, este processo reflete um fenômeno clínico e sociológico vivenciado socialmente e culturalmente e envolve não só os desajustes patológicos corporais, como também as suas reproduções no imaginário de cada ser humano. Para a autora, qualquer cuidado no que se refere as



ações voltadas as questões de saúde e doença como diagnóstico, tratamento e prevenção deveriam levar em consideração os aspectos relacionados aos valores, aos costumes e as crenças destes. Portanto, o processo saúde-doença relaciona-se diretamente com a dinâmica social uma vez que possui caráter singular e inclui várias dimensões.

Ademais, as representações sociais (RS) estabelecidas por Serge Moscovici (1978), na década de 60, não se assemelham às representações coletivas recomendadas por Durkheim. A teoria de Moscovici decorre do fato de que as representações não são formulações isentas aos indivíduos, mas um fenômeno com dependência bilateral, ou seja, as pessoas devem interpretar os fatos cotidianos a fim de percebê-los como reflexo de sua realidade e de sua vivência pessoal, familiarizar-se com seu universo e intervir de forma ativa no mesmo.

As maneiras coletivas de agir ou de pensar têm uma realidade exterior aos indivíduos que, em cada momento do tempo, a elas se conformam. São coisas que têm a sua existência própria. O indivíduo encontra-as já completamente e não pode impedir que existam ou fazer que existam de um modo diferente (DURKHEIM, 2011 p. 26).

Nesta perspectiva, Moscovici (1978) com base em seu livro “A representação social da psicanálise” de 1961, considerado uma obra clássica, averigua sobre o que se trata o saber científico e técnico uma vez que para este psicólogo social, o conhecimento científico foge de suas fronteiras. Sendo assim, estabeleceu-se que o conhecimento possui dois universos, ou seja, o institucional que se refere ao mundo acadêmico, e o do senso comum que orienta o conhecimento prático e que é apreendido dentro do grupo social vivido. Neste sentido, o comportamento do homem dentro da sociedade refere-se ao seu conhecimento do senso comum, um conjunto de ideias, explicações e coerências que são resultados da interação social chamadas então de representações sociais (RS).

Vale destacar que Moscovici (1978) trabalhava a partir de uma perspectiva coletiva, mas sem tirar a ênfase do indivíduo, pois para este estudioso o indivíduo é um elemento próprio que pensa e existe. Assim, as representações sociais são formadas por informações que organizam o conhecimento, pelo campo cognitivo responsável por gerar imagens com o estoque de conhecimentos obtidos acerca do

objeto informado naquele momento, e pela atitude, ou seja, o posicionamento frente ao objeto. Assim, inicia-se o processo de criação da representação social que terá o objeto a partir do pensamento social compartilhado pelo grupo.

Em outras palavras, as Representações Sociais dizem respeito aos processos referentes ao convívio social e a produção de uma conduta que determina as relações com o meio em que se vive, gerando mudanças constantes. Logo, são consideradas entidades que circundam, se interligam e se relacionam incansavelmente a partir da comunicação estabelecida diante das relações sociais. Desse modo, as RS é o conhecimento prático do senso comum que coopera para uma realidade popular de um grupo social específico conforme já destacado anteriormente (MOSCOVICI, 1978).

Nesta óptica, a autora Jodelet (2001, p. 05) acrescenta que os fenômenos sociais “regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais”. Assim, são constituídos a partir de concepções que remetem sentidos frente as visões e as interpretações de cada ser humano. Convergindo com este posicionamento, Lane (2006, p. 32-34) elucida que “é através das representações sociais que descrevemos, explicamos e acreditamos na nossa realidade e que o fazemos de acordo com o nosso grupo social [...], ou seja, a representação é o sentido pessoal que atribuímos aos significados elaborados socialmente [...]”.

No que se refere a perspectiva do processo saúde-doença, Minayo (1998) observa que as RS de saúde e doença demarcadas pelo capitalismo são evidenciadas a partir do convívio social das diferentes de classes e da distribuição e aquisição de bens de forma desigual, portanto, o conceito de saúde e doença se conectam a esse tipo de contrassenso. Desse modo, essas distinções inferem-se diante das classes operárias, que por sua vez vivem subordinadas à visão da burguesia e às ressignificam de forma específica a partir de suas condições de vida e dos seus interesses exclusivos.

Frente a esta ilustração, pode-se destacar como exemplo o médico, que para a burguesia ou classe dominante é o principal elemento diante do exercício prático e do saber. Vale ressaltar ainda que as concepções relativas aos termos saúde e doença não são retratados da mesma forma para todas as pessoas. Assim, observa-se que estes expressam-se a partir dos eventos vivenciados em seu cotidiano, ou seja, das circunstâncias e ocasiões que influenciam no comportamento dessa coletividade, sejam elas de origem econômica, histórica, social, política, dentre outras.

Pode-se afirmar então que tais conceitos dependem dos valores morais e individuais de cada um, de suas percepções científicas, suas crenças ou religiões, e também de suas concepções filosóficas. Por fim, compreende-se que os conceitos de saúde e doença são variáveis, ou seja, o que pode ser considerado para um, pode não ser considerado pelo outro pois dependerá de suas RS (SCLIAR, 2007).

Empregada na área da saúde, a teoria das RS ilustra os significados conferidos à saúde e à doença na vida das pessoas a partir das relações socioculturais e históricas vivenciadas e articuladas. As RS são estabelecidas a partir da cosmovisão de cada um e não são modificadas por novos saberes, pois influencia significativamente no cenário em que são desenvolvidas. A partir desta colocação é plausível prever a subjetividade no modo de distinguirem e conceberem o processo saúde-doença (SÁ, 1996; BUSS; CARVALHO, 2009; ALMEIDA; SANTOS, 2011; GOMES; DE OLIVEIRA, SÁ, 2011).

Na perspectiva desta pesquisa, quanto a análise da estrutura da representação social relativa ao termo doença, o núcleo principal encontrado foi “dependência”, “tristeza” e “desmotivação”. Nessa circunstância, é notório que a doença, a partir das RS estabelecidas no imaginário dos pacientes pesquisados, trata-se de um elemento relacionado ao sofrimento e aos aspectos negativos que estão ligados de forma intrínseca com a doença como o mal-estar, a dor, a tristeza e até mesmo a morte. Vale destacar que as representações sociais relacionadas ao termo doença são, em sua maioria, determinadas como negativas. Logo, para conceituá-las, algumas pessoas empregam expressões que remetem a algo ruim uma vez que acometem o ser humano e provocam alterações anormais e conseqüentemente, manifestações clínicas (sinais e sintomas).

Para alguns dos pesquisados, além de ser caracterizada como dependência, a doença também é vista como a ausência de saúde. “[...] O doente é o oposto do saudável. Depende das outras pessoas. Só de não fazer suas coisas necessárias diárias do mesmo jeito de uma pessoa normal já é muito ruim. Dependendo dos outros é difícil demais [...]” (L.S.B., 48 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC). “[...] A doença é exatamente o contrário de saúde... é reflexo de uma má alimentação, da falta de tranquilidade, do sedentarismo... é o contrário da vida saudável [...]” (N.R.S., 41 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC).

Os dados supracitados, fazem consonância com os resultados apresentados no estudo de Trindade, Nascimento e Gianordoli Nascimento em 2011 que ao

pesquisarem a RS da doença para homens, verificaram que esta relaciona-se ao “sofrimento” e a “coisa ruim”. Ainda nesta perspectiva, a pesquisa das autoras Moura e Shimizu (2017) também converge com o posicionamento dos pesquisados neste estudo. Estas, por sua vez, investigaram a RS da saúde e doença para os conselheiros municipais de saúde, e no que se refere ao resultado da RS relativa a doença foi evidenciado que esta vincula-se a ideia de dor e tristeza.

É importante também observar a partir de alguns relatos e conforme descrito acima, que a doença é relevantemente representada por sentimento negativos e desmotivação: “[...] A pessoa doente é aquela que não é alegre, é triste, desmotivado, igual agente. Eu mesmo tiro por mim, uma hora você tá triste, outra tá bem, outra tá ruim. Então agente aqui não é uma pessoa saudável e feliz [...]” (S.M.C., 69 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC). “[...] O doente é inválido porque todo mundo que vive em volta dele fala que não pode fazer isso ou aquilo... entendeu? Então ele é inválido, não presta para nada. Ele deveria adoecer e morrer logo (choro) [...]” (E.P.R., 68 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC). “[...] A pessoa doente é aquela que só tem raiva, rancor e ódio no coração [...]” (J.V.P., 32 anos, sexo feminino, espírita, acometida por DRC).

Para parte dos pesquisados, a definição de doença, encontra-se também relacionada com a experiência do adoecimento físico ou psicológico.

“[...] O doente é aquela pessoa que as vezes não tem a vontade própria nem de viver e caça dentro de si tudo o que é doença para ele. Não consegui superar alguma enfermidade e continuar a vida. Para mim este é o doente de espírito, o psicológico sabe? Pra mim ele é doente [...]” (S.A.S., 43 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer).

A paciente A.M.V., 46 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC, também acrescenta:

Eu, pra mim uma pessoa doente é uma pessoa acamada, incapaz de nada, de fazer nada, essa pra mim é uma pessoa doente, o doente físico... e a doença psicológica também, de cabeça também porque ela é uma pessoa saudável, mas tem problema na cabeça, problema de espírito. Essa pra mim é uma pessoa doente, isso pra mim é doença.

Não menos importante, a paciente M.M.S., 45 anos, sexo feminino, espírita, acometida por DRC ainda ressalta: “[...] A pessoa doente pode ser fisicamente e mentalmente, porque existem doenças da alma e doenças do corpo também [...]”.

Em suma e ciente da ausência de generalização dos resultados, as representações sociais dos pacientes renais crônicos e oncológicos entrevistados demonstram que é necessário progredir no que se refere a concepção do processo saúde-doença, pois trata-se de um fenômeno psicossocial edificado de acordo com a história que, em virtude de sua amplitude e de seu caráter energético, pleiteia ainda um prisma cultural.

Ressalta-se que a RS da doença para os participantes da pesquisa também se relaciona ao uso de medicamentos.

“Uma pessoa doente é uma pessoa que precisa de remédios para sobreviver. É uma pessoa dependente de remédios tipo... para se alimentar porque ele precisa de uma vitamina para complementar a alimentação ou estimular o apetite, pra dormir também. Ela só dorme depois que toma remédio. Ela vive em acompanhamento médico, precisando ser avaliada pelo médico sempre... tipo ela não consegue fazer qualquer tipo de coisa. Pra mim uma pessoa doente é isso, é uma pessoa que não tem uma vida normal, ela não consegue fazer exercício, porque algo impedi ela de fazer” (A.T.A.S., 24 anos, sexo feminino, evangélica, acometida por câncer).

Logo, associa-se também a sensação corporal alterada, a dependência para a realização das atividades de vida diária e por fim, a religião onde para alguns “Deus exerce poder sobre a doença” e a mesma pode ser “desígnio dele” conforme relatos a seguir: “[...] A pessoa doente é uma pessoa triste, preocupada com a doença, com dores, mas sempre pedindo Deus ajuda pela cura, porque ele nos ajuda na doença [...]” (I.B.S., 83 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer). “[...] Deus não quer ninguém doente. Ele nos quer sadio [...]” (J.R.S., 77 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC). “[...] Só Deus que tem me fortalecido e a amizade que as pessoas têm por mim. Eu sei que se estou assim foi porque ele quis. Mas ele nos quer bem e vamos vencer. Tudo tem um motivo [...]”.

A partir das presentes colocações, abordar as RS de doença dos pacientes renais crônicos e oncológicos nos permite a descoberta dos sentidos atribuídos a mesma. Neste contexto, conhecer o que o pesquisado pensa, torna-se relevante visto as várias faces sobre o tema no que se refere ao imaginário dos mesmos. Percebeu-

se então que diante das RS de doença, estas apresentam-se sempre relacionado a algo negativo convergindo de forma satisfatória com vários estudos já citados. Tais colocações justificam-se nas falas onde estes associam a condição de doença ao uso de medicações para alívio da dor, dos sinais e sintomas, a sentimentos de raiva, tristeza, e também a perda da autonomia.

A partir deste entendimento torna-se relevante destacar que:

Os “discursos” dos pacientes acerca da saúde e da doença narram experiências pessoais e privadas que são, no entanto, “socializadas”. Eles esclarecem alguns aspectos das relações entre o indivíduo e seu grupo em contextos biográficos específicos marcados pela doença (HERZLICH, 2004, p. 386).

Vale reforçar que a doença é mais do que uma configuração biológica existente, ou seja, é uma realidade social e cultural edificada onde o adoecido é, sobretudo, parte deste, é um ser social.

É importante salientar também que a percepção de doença implica diretamente no sistema de crenças e religiosidade dos pacientes. Sabe-se que todo ser humano se encontra inserido em uma sociedade ou em um determinado grupo e que este por sua vez, influência de forma direta na construção de si e também na construção e nas transformações do meio em que se vive. Neste sentido, o seu comportamento e a causalidade das circunstâncias vivenciadas exercem forte influencia sobre a concepção de saúde e doença.

Faria e Seidl (2005) destacam que a religião exerce função de alívio, conforto e consolo diante de eventos traumáticos do cotidiano. Estes ainda acrescentam que a religião também confere significado aos problemas, permite a compreensão de si mesmo e condiciona a busca pelo sagrado. Ainda para Faria e Seidl (2005), a religião contribui de forma relevante para a consolidação de um suporte social benéfico. Por outro lado, Levin, Chatters e Taylor (2005) salientam que as relações cotidianas também podem gerar stress quando são permeadas por julgamentos, alienação ou exclusão. Sendo assim, a fim de que sua condição e seus problemas sejam melhorados, o ser humano atribui a resolução destes e a sua condição de melhora a uma entidade religiosa por meio de recursos cognitivos, emocionais e comportamentais (FARIA; SEIDL, 2005).

Portanto, com base na percepção de doença, o ser humano poderá atribuir a sua religião inúmeras funções e tal condição dependerá do seu grau de participação no que se refere ao interesse em relação a resolução do seu problema, neste caso, de sua doença.

#### 4.3 DOENÇA E EXPERIÊNCIA RELIGIOSA: perspectiva dos entrevistados

Mircea Eliade, foi um dos historiadores mais respeitados no que se refere ao estudo das religiões. Este autor defendia a abordagem fenomenológica, ou seja, aquela que visa compreender como enxergamos os fenômenos que acontecem em nossas vidas e ainda é até os dias atuais uma referência imprescindível aos estudiosos da religião. A experiência religiosa para Eliade abarca a compreensão da vivência dos símbolos religiosos e conseqüentemente de suas ressignificações a partir das relações sociais estabelecidas entre as pessoas e os grupos aos quais pertencem (RABELO, 1993).

Tomando como base esta perspectiva, a experiência religiosa descrita por Mircea Eliade em sua obra "*O sagrado e o profano*", vale salientar que este autor faz colocações referentes às diversas formas em que o sagrado se apresenta nas inúmeras realidades. Para este, o sagrado manifesta-se como desigual por ultrapassar a experiência natural do indivíduo, é por sua vez, considerado em sua totalidade pela religião, mas para que exista deverá existir também o profano uma vez ambos se contrapõem. Logo, Eliade se refere também as hierofanias como meio em que o sagrado se manifesta, podendo este ser de diferentes modos (ELIADE, 1992).

Eliade (1992) descreve ainda que existem dois modos de ser no mundo, o sagrado e o profano, onde ambos são diferentes e necessários para a convivência humana. Em suma, ressalta como questão relevante a experiência religiosa, enfatizando que vivemos em um mundo sacralizado (sagrado) e dessacralizado (profano), ou seja, um mundo em que tudo dependerá da experiência religiosa vivenciada entre o carismático e o seu sagrado. O autor também faz referências ao homem religioso onde para este, o espaço não é homogêneo havendo então dois espaços que os cabem, o sagrado (forte) e o profano (fraco ou amorfos). Sendo assim,

a não-homogeneidade compreende em si uma ideia de gênese do mundo onde a aparição do sagrado se funda.

A partir desta lógica e da luz da antropologia interpretativa de Geertz (1989), buscou-se com a presente pesquisa identificar se a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando. Desse modo, faz-se necessário ressaltar sobre as concepções de experiência religiosa e a experiência religiosa vivenciada pelos pesquisados.

Considerando a perspectiva de Eliade (1992), de que toda hierofania (experiência religiosa) é responsável por fundar um centro, uma origem onde o homem considerado religioso acrescenta-se em meio a ele. Logo, no que se refere ao homem não religioso, este considera o espaço homogêneo, ou seja, neutro, convivendo constantemente em um mundo totalmente profano, mas mesmo que este queira vivenciar a sua existência como profana em sua totalidade, não será possível abandonar completamente o comportamento religioso, pois por mais que experienciem situações dessacralizadas, sempre conservarão em si traços e condutas religiosas (ELIADE, 1992).

Dando continuidade, sabe-se que a experiência religiosa, nos dias atuais, pode ser considerada dinâmica e transitória uma vez que em vários contextos culturais, a fidelização, a conversão ou a pertença a um grupo ou instituição religiosa pode retratar a busca por novas experiências, curiosidades, necessidades individuais específicas e até mesmo o modismo. Assim, Pierrucci (2004, p.14) ressalta que “Os vínculos tornam-se quase que exclusivamente experimentais”. Esta perspectiva é retratada por Hervieu-Léger (2005, p.28) como religiosidade “à la carte”, ou seja, aquela cujas características relacionam-se com a fluidez e a mobilidade, reflexos das mudanças sofridas pela sociedade.

Outros estudiosos como Steil (2004) destacam também sobre a autonomia individual no que se refere ao livre arbítrio quanto as escolhas e a conversão a uma religião específica. Ressaltam que estes transitam por diversas religiões e associam diferentes aspectos destas até então considerados incompatíveis e compõem o que denominam de “bricolage” (HERVIEU-LÉGER, 2005, p.48).

Já Montero e Almeida (2001) salientam que a busca pela conversão pode justificar a adesão a uma nova religião, mas que nem sempre explica o trânsito entre as religiões visivelmente diferentes entre si. Estes autores, enfatizam ainda sobre a



relação entre o trânsito religioso e a lógica de mercado, ou seja, os consumidores (fieis) inconstantes diante das circunstâncias advindas de suas relações cotidianas, procuram por acolhimento diante de suas necessidades particulares e imediatas.

Oro (2004) ressalta também que os dias atuais são marcados pela centralidade na pessoa, pelo desejo de autonomia e liberdade destes em relação às instituições e pela existência de um comércio de bens simbólicos religiosos que permitem consumir aquilo que ponderarem apropriado às suas necessidades específicas. Steil (2001) acrescenta ainda que este comércio se encontra ainda mais diversificado, principalmente em relação a diversidade cultural manifestada na sociedade atual, o que segundo este autor reforça ainda mais as alternativas e as bricolagens no que se refere as religiões.

Vale destacar que o interesse em compreender o termo experiência religiosa surge de uma inquietação remota em pesquisar sobre a função expressada ou exercida pela religião dentro de uma cultura ou sociedade. Este interesse remete-se ao teórico holandês Gerardus Van der Leeuw (1970), que sugere entender a experiência religiosa a partir de suas manifestações, ou seja, dos acontecimentos vivenciados cotidianamente pelas pessoas. Este autor usa como aporte teórico o filósofo Benjamin Constant e assim, trabalha a partir da definição de que o sentimento religioso implica no que tange “o impacto do universo sobre nós”, em outras palavras, na ciência de um universo infinito e do fim da vida humana (MENDONÇA, 2004, p.72).

Ao contrastar a experiência religiosa com a condição de adoecimento, ressalta-se que tal ciência se torna ainda mais decisiva uma vez que esta fase é marcada de forma acentuada por sentimentos negativos como medo, fragilidade, dentre outros. Gerardus Van der Leeuw (1970) destaca a partir desta ótica que a fenomenologia consente em compreender a relação existente entre o ser humano e o poder do transcendente a partir da experiência religiosa. Assim, ao vivenciar o sagrado, a pessoa (doente) busca a garantia de vida e sentido.

Ainda nesta perspectiva, Csordas (2008) destaca a fenomenologia da corporeidade. Este indica refletir sobre a experiência com o sagrado tendo como base o corpo como sujeito da cultura e não como objeto desta. É retirada a ênfase do êxito ou não confirmativo das metodologias terapêuticas e é dada ao significado constituído pelas pessoas a partir da experiência religiosa, conseqüentemente, das mudanças experimentadas pelo corpo ou pela pessoa durante a terapia e das relações edificadas durante o período de transformação.

Partindo da fenomenologia, Rabelo (2007) procura compreender de que maneira a religião ou as religiões enfrentam as questões voltadas ao sofrimento de seus seguidores. Para esta autora, o corpo é como lugar de experiências e um meio pelo qual as pessoas se colocam no universo e neste sentido, enfatiza a condição corporificada da experiência religiosa e suas diferentes maneiras de aliciação física, logo, salienta de modo especial as metodologias terapêuticas diante dos mais distintos contextos religiosos. Por fim, numa perspectiva menos atual, mas ainda com base nesta mesma autora, enfatizou que a relação existente entre os elementos simbólicos religiosos e a vida em sociedade é constituída a partir de fatos sólidos nos quais as pessoas buscam acomodar, afrontar e a ressignificar tais elementos à luz de suas necessidades específicas (RABELO, 1993).

Minayo (1994) ressalta que a busca pela terapia é experimentada por pessoas que se encontram em “situações-limites” e que a partir de sua condição, buscam eleger e avaliar quais as opções de tratamentos ou terapias são eficazes. Este comportamento permite construir um percurso terapêutico não-linear (terapias religiosas e não religiosas) e bem como a experiência religiosa, esta busca também um caminho repleto de partidas e chegadas onde o doente, na maioria das vezes, procura associar as duas formas de terapias ou até mesmo caminha de forma contínua entre diversas.

No que se refere a religião ou a fé dos entrevistados como uma das terapias não-lineares, alguns destes afirmam: “[...] Você tem um pensamento positivo e você se apega na fé em Deus, você consegue a cura, você consegue se curar, porque essa doença, ela gosta de pessoas fracas e sem fé...[...].” (A.T.A.S., 24 anos, sexo feminino, evangélica, acometida por câncer). “[...] eu mesma, a religião me ajudou dando força e também Deus fez uma obra muito grande na minha vida me curando de uma enfermidade. Não me curou dessa ainda, mas eu acredito [...]” (E.B.S.O., 50 anos, sexo feminino, evangélico, acometida por DRC).

Já em relação ao percurso terapêutico relacionado ao cuidado e assistência a saúde, alguns dos entrevistados também destacaram: “[...] Para o tratamento, a pessoa tem que viver em acompanhamento médico, precisando ser avaliada pelo médico sempre porque, tipo... ela não consegue fazer qualquer tipo de coisa [...]” (A.T.A.S., 24 anos, sexo feminino, evangélica, acometida por câncer). Dando continuidade, em relação as terapias não-lineares, as idas e vindas por estas e a

associação destas formas de terapias, a pesquisada A.T.A.S., 24 anos, sexo feminino, evangélica, acometida por câncer, também descreve de forma mais detalhada:

Teve um domingo, na terceira quimioterapia, que eu estava tão fraca que eu comecei a me debater em cima da cama da minha vó e eu até pensei que eu iria morrer. Me despedi de todo mundo, mas pensei em Deus e pedi: senhor tenha misericórdia de mim e apareceu um colega de minha mãe e tomei uns remédios que foi soro na veia porque eu estava sem comer e beber a cinco dias porque eu tomei aquela quimioterapia amarela e ela é muito forte. Ela muda o gosto do paladar da gente. Então eu passei por esse procedimento, mas assim, eu já servia a Deus, mas quando eu entrei no tratamento, aumentei ainda mais a minha fé e por tudo que eu vi naquele hospital... pessoas com situações piores que a minha. Nossa... eu nunca pensei assim que iria morrer sabe... sempre via pessoas piores do que eu... pessoas que tinham tirado partes do corpo... pessoas sem visão... e eu era só um útero e um ovário, então pensei comigo... o senhor é comigo. Assim, tive uma experiência religiosa, divina mesma. Isso é uma coisa assim, não adianta eu tentar explicar uma coisa que é mistério. Mistério de Deus é mistério de Deus. Vai ter pessoas que creem e outras que não. Então não sei justificar e explicar, eu só sei que o que eu passei foi permissão de Deus para que eu reajustasse algumas coisas na minha vida. Agradeço a Deus por ter tido essa doença e ele esteve sempre comigo. Foi difícil?! Foi, mas foi pra eu superar e se fosse para eu passar de novo para ser o que sou hoje, ter uma visão diferente igual tenho hoje, eu passaria, passaria por tudo de novo. Não mudaria nada (A.T.A.S., 24 anos, sexo feminino, evangélica, acometida por câncer).

Observou-se então que as situações-limites e estressoras vivenciadas fazem com que recorram às inúmeras possibilidades terapêuticas. Alguns destes recorrem a religião ou a sua fé como fonte fornecedora de força e sustentação diante do sofrimento causado pela doença. Por outro lado, recorrem também ao tratamento racional e assistencial a saúde, pois acreditam que somente a fé não sanará as suas aflições, e por fim, alguns fazem a associação destas terapias uma vez que consideram ambos relevantes.

Dando continuidade, no que se refere aos aspectos religiosos, Geertz (1989) reforça que a fé manifestada é responsável por justificar os acontecimentos diários, em especial, neste caso, o aparecimento das doenças. É ainda a partir do pensamento deste autor que se pode afirmar também que apenas no domínio do sobrenatural se alcança a evasão de tais problemas enfrentados.

Por fim, Prandi e Pierrucci (1996) destacam que a cura é, na realidade, um passo a menos em direção a adesão religiosa como asseguram alguns dos estudiosos, e que na verdade refere-se a um processo ininterrupto de busca. Neste

sentido, o doente não precisa necessariamente estar fidelizado a uma religião, mas acreditar em um sagrado. Tais colocações corroboram com achados de algumas das falas dos pesquisados conforme descrito “[...] Para mim a religião é uma coisa e a doença é outra. Uma religião não cura ninguém, mas se a pessoa tiver fé, agente fica bem. A fé é que manda, é quem cura e não a religião [...]” (S.M.C., 69 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC).

Nota-se no decorrer dos achados que alguns participantes atribuem funções a sua religião, outrora, atribuem função ao seu sagrado, a sua fé. Assim, emerge o posicionamento de Mendonça (2004) que destaca que a experiência de adoecimento é demarcada por sofrimento, busca por alívio e pela necessidade de apoio espiritual, mesmo para aqueles que não possuem adesão, fidelização ou são convertidos a uma crença religiosa específica. Sendo assim, é plausível ter uma “experiência mística” sem encontrar-se fundamentalmente associado a uma denominação religiosa (MENDONÇA, 2004, p.88).

Ainda em consonância com Mendonça (2004) no que tange a experiência mística com o divino como aspecto mais relevante do que a fidelidade às instituições religiosas, Steil (2001) reafirma que a experiência religiosa reflete a recuperação dos sentidos. Para este autor, o contrassenso entre o que é sentimento e o que é racionalidade transcorre a experiência atual no Ocidente, e neste contexto doa espaço a uma relação onde sentimento e racionalidade se associam, ou seja, caminham juntos. Logo, este autor ainda reforça que não se refere a opção de escolha entre a doutrina religiosa e a experiência religiosa, mas sim, o desejo pela busca de genuinidade sentimental nas vivências espirituais agrupadas nas vivências cotidianas pessoais.

A partir do posicionamento de Steil (2001), vale destacar ainda que mesmo em meio a uma sociedade marcada pela perda da influência religiosa frente as várias esferas da vida social (sociedade secularizada), sendo esta orientada por parâmetros científicos e racionais, não nos restam incertezas de que o credo religioso, ou seja, a religião, ainda é considerada um lugar indiscutivelmente favorecido para a experiência com o sagrado. Nota-se então que a busca por cenários religiosos em situações traumáticas evidencia que a fé contribui para a sensação de coerência e controle da vida, o que se relaciona de forma positiva com as condições de saúde das pessoas.

Em outras palavras e com base na perspectiva de Eliade (1992), o comportamento retratado acima reflete a vontade e a necessidade humana em

transformar a desordem em ordem, o caos em cosmos, ou seja, de acordo com a perspectiva desta pesquisa, a doença em saúde. Dessa forma, toda hierofania (experiência religiosa) é responsável por fundar um centro, uma origem onde o homem considerado religioso acrescenta-se em meio a ele. No que se refere ao homem não religioso, este considera o espaço homogêneo, ou seja, neutro, convivendo constantemente em um mundo totalmente profano, mas mesmo que este queira vivenciar a sua existência como profana em sua totalidade, não será possível abandonar completamente o comportamento religioso, pois por mais que experienciem situações dessacralizadas, sempre conservarão em si traços e condutas religiosas (ELIADE, 1992).

Ainda em relação as experiências religiosas sobre a perspectiva de Eliade (1992), a igreja trata-se de um grande exemplo para os dois modos se viver no mundo (sagrado e profano). Os rituais e seus sinais são formas de manifestação da sacralidade que indicam a separação entre o sagrado e o profano deixando evidenciado que no interior da instituição religiosa o mundo profano é transcendido, ou seja, a igreja significa uma ponte ou porta para a comunicação com o transcendente. Logo, o lugar sagrado é onde ocorrem as hierofanias (experiência religiosa), é o lugar de passagem entre céu e terra, porém, vale salientar que nem sempre há a necessidade de um espaço ou instituição religiosa para que se mostre sua sacralidade, mas apenas a presença de um sinal.

Com base nesse entendimento compreende-se que o homem religioso possui um desejo constante de viver no sagrado e compreende o caos como local onde o sagrado ainda não se manifestou, já o cosmos, onde já ocorreu sua manifestação, sendo os rituais um ato evidente e responsável por diferenciá-los. Sendo assim, os mitos, as crenças e as doutrinas surgem a partir desta estrutura e para aquele que crê, toda região, cidade e seu templo são considerados o centro mundo onde pretendem viver a partir de uma cosmogonia. Assim, seu território representa o seu mundo e o que está fora dele o caos, pois Deus se faz presente no cosmos e seus inimigos no caos, neste sentido, é evidenciado pelo autor, como exemplo de caos, as várias doenças e epidemias advindas de fora, ou seja, do espaço profano, de onde habitam os demônios ou os inimigos de Deus (ELIADE, 1992).

Em suma, Wach (1990, p. 31) ressalta que a experiência religiosa se relaciona ao mesmo tempo com a “experiência do sagrado”, pois envolve “atitudes definidas e

diferentes formas de expressão” as quais permitem criar diferentes possibilidades de manifestações religiosas nomeadas como religiosidades.

Retomando aos dados da pesquisa e permitindo uma analogia em relação aos aspectos estabelecidos do caos e do cosmos, do sagrado e do profano, percebe-se que a doença, em virtude de sua carga negativa já expressada a partir dos sentimentos experimentados pelos pacientes e demonstrados em falas anteriores, e também com base em autores que nos servem de aporte teórico, remete ao caos, a desordem ao profano ou dessacralizado. Por outro lado, a saúde pode ser percebida como o cosmos, o sagrado e a ordem uma vez que prove condições positivas e que não limitam as relações cotidianas de ser e estar no mundo das pessoas retomando a sua cosmogonia.

No que tange a cosmogonia, as instituições religiosas de acordo com o Eliade (1992), representam um modelo terrestre de reprodução de um modelo transcendente onde este resantifica o mundo e os homens que o frequentam. Ao longo da história da humanidade o homem vivenciou determinados espaços (sagrado e profano), onde o espaço sacralizado e o seu culto provado a partir de um sistema simbólico permite diferenciar o homem religioso do homem não religioso. Sendo assim, a experiência religiosa torna possível a gênese do nosso mundo onde o cosmos é considerado sagrado, e o caos, o profano. Em outras palavras, tudo o que for do espaço sagrado é considerado obra de Deus e o que for do profano obra do caos.

Por fim, observa-se que as experiências religiosas individuais perpassam as situações de aflição vivenciadas pelos pacientes pesquisados, pois pode-se afirmar que a doença se relaciona com a desordem e com o caos vivenciados por estes. Logo, em busca de uma cosmogonia, mesmo que sem referir-se de forma específica a uma denominação religiosa e como praticante assíduo destas, veem a religião ou a sua fé como fontes provedoras de sentido, significado, força e coerência em relação a vida social diante da fase vivenciada.

## 4.4 A RELIGIÃO E OS SEUS SIGNIFICADOS A PARTIR DA VIVÊNCIA DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS E ONCOLÓGICOS

### 4.4.1 Funções e significados atribuídos a religião

Ao longo da história da humanidade foram vários os significados atribuídos a religião e na perspectiva desta pesquisa, é válido destacar que tanto as suas funções quanto os seus significados dependem também, de forma intrínseca, com o significado conferido a saúde e a doença.

Bourdieu (1998) destaca que uma das funções da religião é ser um elemento estruturado e estruturante servindo de modelo as demais instituições. Já Geertz (1989) ressaltou que a religião é a responsável por sintetizar o *ethos* de uma pessoa. Além desta condição, este mesmo autor ainda acrescenta que esta também possui a função de motivação frente as aflições, de dar o tom, o caráter e a qualidade de vida a partir das relações cotidianas. Por fim, para este, a religião dispõe também da condição de promover o estilo e a qualidade (moralidade e estética) de vida, além da cosmovisão destes. Em outras palavras a religião tem como função para Geertz (1989, p. 67):

[...] estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas.

Para Eliade (2001), a religião é ainda a sacralização da identidade de uma pessoa, pois é responsável por estabelecer o seu espaço de reflexão e de agir no cosmos. Este autor destaca ainda que esta cumpre tal função uma vez que “o sagrado revela a realidade absoluta e, ao mesmo tempo, torna possível a orientação – portanto, funda o mundo, no sentido de que fixa limites e, assim, estabelece a ordem cósmica” (ELIADE, 2001, p. 33).

Já Wach (1990), salienta que a partir de seus conteúdos e formas (doutrina), de suas práticas ritualistas e cultuais (culto) e da comunhão, da religião coletiva ou individual (elementos sociológicos), a religião permite pertencer e integrar-se a um grupo social, ou seja, a uma sociedade específica e nesta perspectiva, consente também compreender os conflitos contemporâneos vivenciados por esta. Assim, Wach (1990), numa linguagem mais ilustrativa, faz uma análise das várias relações existentes entre a religião e as transformações sociais vivenciadas a fim de compreender o sentido cultural e primordial das religiões e suas funções neste âmbito, de distinguir as inúmeras maneiras de manifestação da experiência religiosa e também as suas várias características.

Ressalta-se também que a religião cumpre a função social de legitimação uma vez que a partir da cosmificação sagrada, as estruturas responsáveis pela ordem são compreendidas com base no processo de socialização de modo que as construções da atividade humana, intrinsecamente precárias e contraditórias, recebem, assim a aparência de definitiva segurança e permanência. Em outras palavras, os *nomoi* edificado de forma humana recebem um *status* cósmico (BERGER, 2003). A legitimação refere-se ao saber social que explica e justifica a ordem social (nomia), ou seja, são as respostas frente as indagações no que tange os dispositivos institucionais. Por fim, no que se refere a religião, Berger (2003) destaca que esta nos auxilia frente a compreensão das situações-limites entre as quais a morte é a mais fatigante.

A religião serve, assim, para manter a realidade daquele mundo socialmente construído na qual os homens existem nas suas vidas cotidianas. Seu poder tem, contudo, legitimamente outra importante dimensão - a integração em um *nomos* compreensivo, precisamente daquelas situações marginais em que a realidade da vida cotidiana é posta em dúvida (BERGER, 2003, p. 55).

Percebe-se então que várias são as funções e conseqüentemente, os significados atribuídos a religião. Vale ainda destacar conforme descrições anteriores, que a religião se relaciona diretamente com o *ethos* de um povo e que a medida em que a sociedade se transforma, transforma-se também as suas percepções quanto ao simbolismo religioso, quanto a sua função e os seus significados. Outrora, por mais



secularizada e relativizada, percebe-se ainda a sua forte influência sobre as relações cotidianas e sobretudo, neste caso, a sua relação com o processo saúde-doença.

A partir da proposta da pesquisa, seguem nos itens posteriores a descrição dos dados coletados a partir das entrevistas os quais justificam os significados atribuídos a religião no contexto da pesquisa, ou seja, diante da experiência de adoecimento do paciente renal crônico e do paciente oncológico.

#### 4.4.2 Significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente renal crônico

Como já destacado em alguns momentos anteriores, a doença renal crônica possui suas taxas de morbimortalidade elevadas. Esta dá-se pela perda da função renal, que por sua vez, condiciona o paciente a limitações físicas, sociais e emocionais, interferindo de forma significativa na autonomia e na qualidade de vida destes. Em a “Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção”, o autor e médico Ricardo Sesso (S/D) ressalta que o número de casos novos da doença (incidência) e prevalência destes em estádios mais avançados têm aumentado de forma considerável em todo o mundo.

Lucchetti, Almeida e Granero (2010) destacam que a terapêutica indicada para o tratamento da doença renal crônica possui como objetivo a substituição parcial da função renal, e conseqüentemente, o alívio da sintomatologia apresentada pelos pacientes a fim de preservar sua vida, porém, nenhum tratamento é curativo. Vale salientar ainda que a experiência de adoecimento e de tratamento do paciente renal crônico é difícil e doloroso, pois mesmo com o intuito de melhorar sua condição clínica e manter sua vida, este modifica a sua rotina diária, os seus hábitos cotidianos, a sua integridade física e emocional, dentre inúmeros outros aspectos.

Neste sentido, as limitações físicas crescentes incitadas pela fadiga, pelo cansaço e pelas dores ininterruptas impedem a realização de algumas atividades básicas e instrumentais de vida diária (DYNIEWICZ; ZANELLA; KOBUS, 2004). Ramos et al., (2008) acrescentam ainda que a experiência de adoecimento e de tratamento do paciente renal crônico envolvem ainda mudanças no que tange o convívio social e familiar, pois desencadeia a perda da autonomia e a dependência da

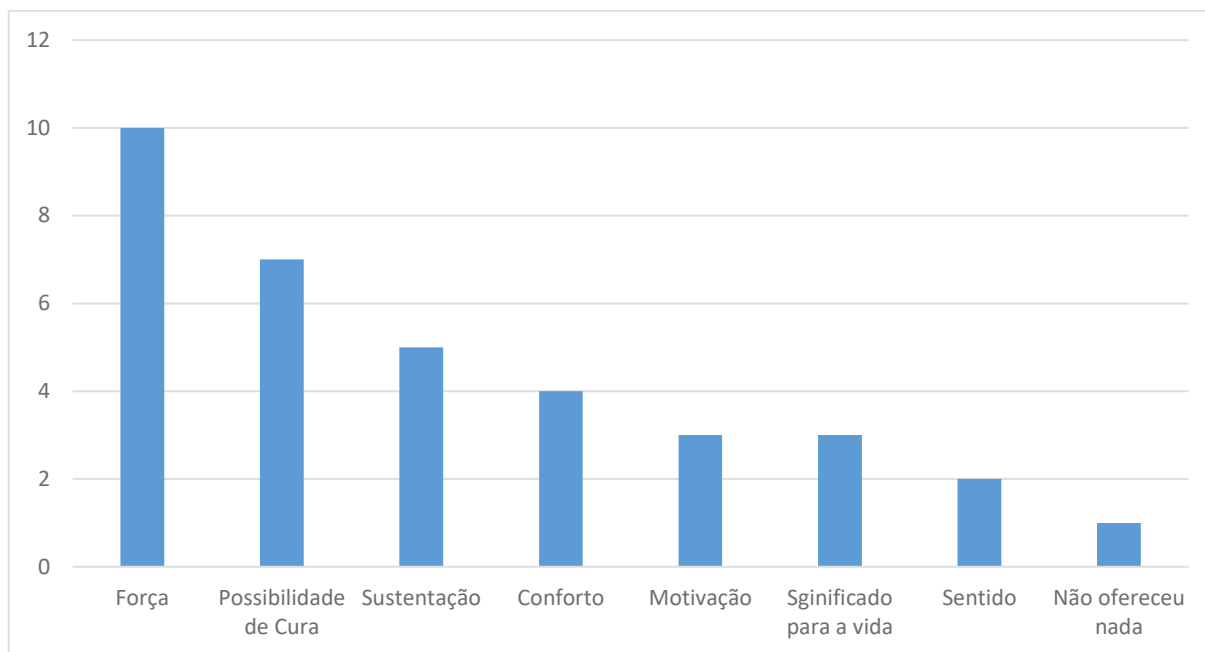
seguridade social. Assim, Sisdelli (2007) ressalta que é evidente a existência de sentimentos negativos como aflição, incerteza, medo, dentre outros, o que condiciona a alteração na qualidade de vida destes pacientes.

É diante deste contexto revestido por sentimentos negativos, da condição de adaptação à doença renal crônica, a seu tratamento, as alterações fisiológicas, psicossociais e espirituais que emerge à fé e à religião, pois muitos destes se apegam a estas uma vez que acreditam encontrar apoio e conforto diante do sofrimento vivenciado. Assim, torna-se válido destacar que a religião e a fé são experiências que tem sido enfatizadas na assistência e no cuidado à saúde, tendo em vista que estão sendo associadas como meio de conferir sentido à vida, de trazer expectativas de dias melhores e de condicionar a paz diante dos contextos traumáticos, neste caso, a doença renal crônica (DAVISON; JHANGRI, 2010).

Percebe-se assim, que a religião e a fé dos pacientes tem sido associadas as condições de maior bem-estar, na melhoria da qualidade de vida destes, dentre outros. Outrora, é evidente ainda que o dia a dia dos pacientes renais crônicos é revestido por sentimentos negativos, medo da evolução clínica da doença, receio frente as limitações e incapacidades em virtude das funções orgânicas alteradas e conseqüentemente, perda da autonomia e a possibilidade de dependência econômica, além da percepção alterada quanto a sua autoimagem.

Como já apontado em alguns momentos anteriores, é a partir deste cenário que emerge a religião e a fé como recursos significativos no que tange o enfrentamento dessas dificuldades. Diante destas colocações e da relação existente entre religião, saúde e doença demonstradas ao longo do percurso teórico transcorrido até aqui, torna-se então importante verificar quais são os significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento dos pacientes renais crônicos pesquisados. Para tal, segue o gráfico 03 a fim de ilustrar os dados colhidos.

**Gráfico 03:** Significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente renal crônico.



**Fonte:** Própria Autora (2019).

Com base no gráfico acima é possível observar que dos 20 (vinte) pacientes renais crônicos entrevistados, 10 (dez) destacaram a força como principal significado atribuído a religião em meio a fase vivenciada conforme afirma a paciente a seguir: “[...] A religião é coisa muito boa neh e a doença pra mim é uma coisa muito triste, igual eu, eu sou triste, pois sou doente e não posso fazer nada. Agora a religião é muito boa, ela dá força pra gente que é doente [...]” (E.B.S.O., 50 anos, sexo feminino, evangélico, acometida por DRC).

Ainda em relação aos significados mais destacados, 07 (sete) enfatizaram que a religião fornece possibilidade de cura: “[...] eu mesmo tinha uma dor de cabeça a doze anos e através da igreja e da carismática eu fui curada. Dei testemunho na igreja. Então sem religião não tem como, ela cura, basta ter fé e acreditar [...]” (C.M.O., 60 anos, sexo feminino, católica, acometida por DRC). Logo, a religião como sustentação foi elencada por 05 (cinco) dos pacientes entrevistados e também foi destacada em algumas das falas como por exemplo: “[...] A religião ajuda muito a pessoa e o ser humano a ter base e sustentação, porque é através da religião tendo o centro que é Deus... [...]” (M.M.S., 45 anos, sexo feminino, espírita, acometida por DRC).

Neste caso, percebeu-se que a religião atua como um sistema simbólico fornecendo elementos (significados) suficientes para o enfrentamento das adversidades diárias. Assim, para Geertz (1989, p. 104-105), a religião é:

(...) um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas e duradouras motivações nas pessoas, por meio de conceitos de ordem de existência geral, e vestindo estas concepções com tal aura de fatalidade que as motivações parecem singularmente realistas.

Sendo assim, em relação aos participantes desta investigação, a experiência de adoecimento do paciente renal crônico é permeada pela presença da crença religiosa, que neste caso, é um dos meios responsáveis por fornecer suporte frente as aflições cominadas por tal experiência.

O conforto, a motivação, o significado para vida e o sentido também foram significados atribuídos a religião durante a pesquisa, porém, também é válido destacar a ausência do significado desta para um paciente e também o apontamento de mais de um significado por parte de alguns entrevistados. Assim, verificando os resultados obtidos e correlacionando-os com outras pesquisas observa-se aproximações quanto aos significados atribuídos a religião diante da fase vivenciada pelo paciente renal crônico conforme demonstrada na pesquisa intitulada “Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes”, de Souza Júnior et al., (2015, p. 620), onde este discorre que: “Para os pacientes, acreditar que podem contar com forças espirituais traz sentimentos de conforto”.

Ainda em consonância com os dados desta pesquisa, o estudo de Madeiro et al., (2010) também demonstra que pacientes renais crônicos religiosos possuem qualidade de vida elevada, maior expectativa de sobrevida, satisfação, melhor adesão as terapias e melhor enfrentamento das adversidades advindas da doença como sinais e sintomas quando relacionados aos não religiosos. Vale salientar também, com base no estudo de Souza Júnior et al., (2015), que 90% dos pacientes renais crônicos entrevistados conferem a religião a possibilidade e esperança de cura, pois uma vez que confiam nesta, creem que Deus está acima de sua doença e dos problemas advindos com a mesma.

À luz desta investigação e a partir do pensamento de Berger (2003), faz-se válido destacar que a pessoa que se distancia do seu mundo social ou separa-se dele, torna-se anômico, pois perde o seu direcionamento quanto as experiências diárias, a sua realidade e a sua identidade. Em outras palavras, ressalta-se que a sociedade é construída e apoiada por um nomos, ou seja, uma ordem que se perdida em virtude de alguma condição (Exemplo: doença), entra em um estado de anomia, desordem. Berger (2003) ainda reforça que mesmo vivendo em nomia faz-se necessário a consciência quanto à probabilidade permanente de cair em anomia.

Neste contexto, pode-se observar a partir de uma das falas deste estudo esse “cair em anomia”:

Eu era uma pessoa saudável, sem doença crônica. Que vai e vem sem depender de quase ninguém. Igual eu era antes até os cinquenta anos, pois até lá eu era uma pessoa saudável, eu tava bem. Agora eu sou um homi complicado porque tenho diabetes, tenho hipertensão, não tenho visão e ainda tenho o rim crônico (J.A.S., 53 anos, sexo masculino, católico, acometido por DRC).

Para o entrevistado, a sua rotina nômica foi desestabilizada e perdida após o diagnóstico de sua doença, ou seja, a sua nomia (tranquilidade, ordem) ruiu. Neste sentido, buscamos nos fundamentar a partir da afirmação de Rover (2004, p. 123) quando este autor destaca que: “A doença, o sofrimento, a dor vêm interromper o curso normal da vida; é algo sem sentido. Por isso em uma sociedade que teme a doença como a maior desgraça possível, tudo aquilo que pode servir de cura é bem visto, alimenta esperanças”. Assim sendo, emerge a religião na perspectiva de oferecer significados e ordem diante do caos.

#### 4.4.3 Significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente oncológico

Sabe-se que na sociedade ocidental há um simbolismo marcante de que o câncer se trata de uma enfermidade sem cura, que causa sofrimento e associa-se

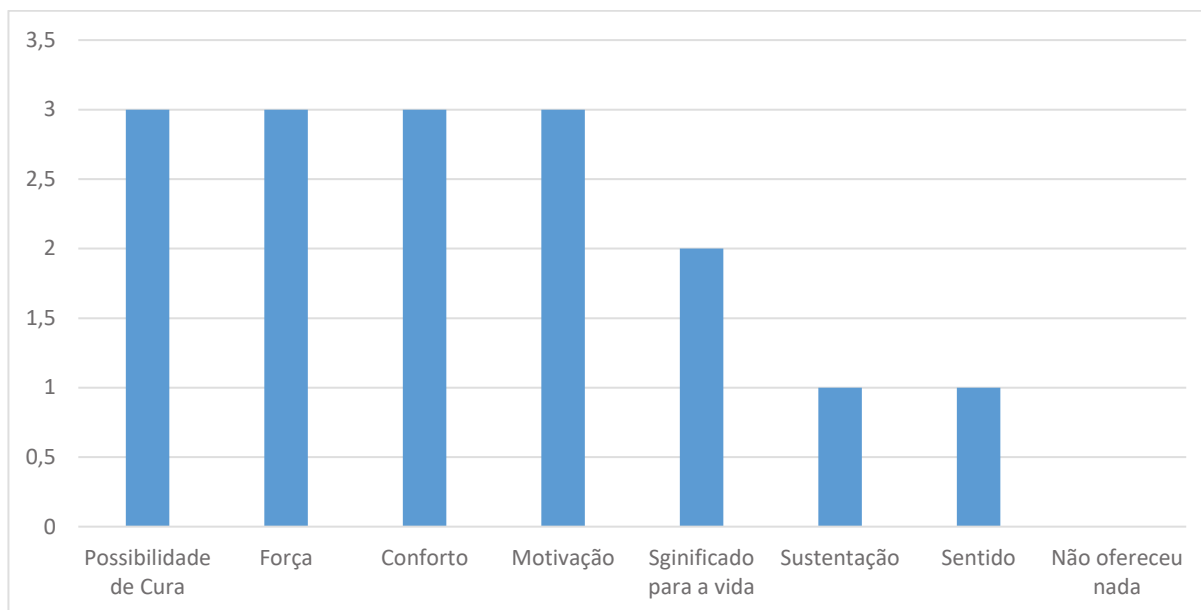
diretamente a morte. Embora os avanços tecnológicos existentes tenham permitido melhorias no diagnóstico e avanço nos tratamentos condicionando a possibilidade de sobrevivência do doente, tais características simbólicas permanecem impregnadas no imaginário coletivo uma vez que esta enfermidade pode limitar a condição física e psicológica do acometido (ZAGO, 1999).

Helman (2001) destaca que esse comportamento cultural e conseqüentemente, essa rede de significados atribuídos em relação aos eventos cotidianos, são transmitidos historicamente e permite que o ser humano desenvolva conhecimentos e atividades sociais. Assim, a cultura como meio de construção social delimita a forma como a qual enxergamos, vivenciamos o mundo e expressamos nossas emoções as quais influenciam o nosso comportamento em relação ao processo saúde-doença.

Nesta perspectiva, ainda de acordo com o posicionamento de Helman (2001), a experiência de adoecimento do paciente com câncer é uma condição desafiadora e condicionam estes a busca por elementos que possam auxiliá-los no enfrentamento desses desafios. Assim, surge a religião como estratégia a ser valorizada frente a doença e seu tratamento uma vez que possui uma rede de significados também emaranhados no imaginário coletivo.

Tendo ciência da condição clínica vivenciada pelos pacientes com câncer e das relações sociais comprometidas ou não em virtude da doença, a presente pesquisa ocupa-se também em delimitar os significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente oncológico conforme demonstrado no gráfico 04.

**Gráfico 04:** Significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente oncológico.



**Fonte:** Própria Autora (2019).

Comparada a participação dos doentes renais crônicos a participação dos pacientes com câncer em relação as entrevistas relacionadas a esta pesquisa, observa-se que o número desta última categoria patológica foi menor, sendo esta expressada por apenas 06 (seis) entrevistados da totalidade de 26 (vinte e seis) participantes. Tal condição pode ser justificada pelo preconceito estabelecido na sociedade contemporânea uma vez que a doença causa um medo social por ter se tornado um estigma de mortalidade, dor e sofrimento (BRASIL, 2013).

Partindo desta compreensão, a pouca participação dos pacientes com câncer também é justificada a partir do posicionamento de Ferreira e Fornazari (2010). Estes acrescentam que os pacientes oncológicos sofrem com a estigmatização patológica social, pois a doença remete ao juízo de dor, aflição, angústia e morte. Sendo assim, parte dos acometidos pela doença zelam pela discrição quanto a exposição do seu diagnóstico a fim de que sua integridade moral seja preservada.

Diante deste contexto emerge Berger (2003), onde este destaca que quando a pessoa se encontra em um estado de nomia, há a presença de sentimento voltados a tranquilidade coerente ao universo erguido. É nesta condição que a pessoa dialoga com os demais e consigo mesmo, para tanto o mundo estará plausível. Já em contrapartida, quando se encontram em anomia, ou seja, diante do caos e da

desordem, há a perda do diálogo estabelecido anteriormente. De forma ilustrativa, em relação a doença, quando acometidos por esta, o ser humano sente-se como se o mundo desmoronasse sobre si, logo, permanece assombrado, entorpecido e vê-se sem saída. Vale destacar então que a doença se associa a anomia e, que para livrar-se dela, o doente recorre a algo externo a ele, neste caso como exemplo, a religião.

Retomando então a ideia central dos significados atribuídos a religião a partir da experiência de adoecimento do paciente oncológico, observou-se uma constância em relação a quatro papéis exercidos por esta: possibilidade de cura, força, conforto e motivação. Ambos significados foram os que mais se sobressaíram, sendo apontados por três dos participantes. Vale destacar também que 02 (dois) pacientes apontaram que a religião fornece significado para a vida, 01 (um) que a mesma fornece sustentação e 01 (um) sentido. Diferentemente da análise dos dados em relação aos pacientes renais crônicos, nenhum pesquisado com diagnóstico de câncer apontou que a religião não oferece nada.

Neste sentido, a religião como provedora de significados para os pacientes oncológicos pode ser evidenciada nas seguintes falas da paciente I.B.S., 83 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer: “[...] Deus ajuda pela cura! [...]”. Esta mesma paciente ainda acrescenta: “[...] Eu tô enfrentando com muita fé, esperança e sei que se Deus quiser, eu vou ser curada [...]”. Observa-se então a religião como possibilidade de cura, como alento uma vez que diminui a angústia frente ao medo da evolução clínica da doença.

Dando continuidade, observa-se que estes depoimentos podem ser entendidos à luz do pensamento de Geertz (1989), que por sua vez, atribui a religião um papel relevante diante da sociedade:

[...] a importância da religião está na capacidade de servir, tanto para um indivíduo como para um grupo, de um lado, como fonte de concepções gerais, e do outro, das disposições ‘mentais’ enraizadas, mas nem por isso, menos distinta. A partir dessas funções culturais é que fluíram as funções sociais e psicológicas (GEERTZ, 1989, p.90).

Por outro lado, nota-se também falas que acentuam a religião como fonte de força, conforto e motivação frente ao período patológico vivenciado. “[...] Deus tá me



dando muita força e muita coragem [...]” (I.B.S., 83 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer).

Fui para Goiânia, ali no Araújo Jorge, passei por um médico oncologista, ele viu meus exames, passei por duas cirurgias. Primeiramente tive que tirar o meu ovário esquerdo e o tumor, foi onde foi feita a biopsia e descobri que era um câncer maligno. Ali quando descobri eu achei que, eu achei assim, é... o senhor vai estar comigo. Eu não pensei que eu iria morrer e tal... pensei o senhor vai estar comigo e meu sentimento na hora foi de vencer de superar e o senhor me deu forças em todos os processos (A.T.A.S., 24 anos, sexo feminino, evangélica, acometida por câncer).

O paciente V.J.B.S., 29 anos, sexo masculino, católico, acometido por câncer também acrescenta que: “[...] ... agente só pensa que vai morrer, que nada vai dar certo, mas aí encontrei na religião um conforto... [...]”. Logo, a paciente E.M.P.S., 46 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer destaca ainda que:

A doença me deixou mais próxima de Deus, porque na vida eu pensava em trabalho. O trabalho era tudo, porque não tirava tempo para ir na igreja e hoje vejo como é importante estar próximo de Deus e como isso mudou minha vida me trouxe significado. Hoje tiro muito mais tempo para agradecer pela vida que tenho.

Por fim, a religião também é considerada fonte de sustentação para alguns dos pacientes com câncer e tal fato encontra-se justificado na seguinte colocação:

O meu é um caso que eu levo como testemunho de vida, de superação e sempre que eu vejo uma pessoa passando por uma situação igual ou parecida eu tento contar, porque eu acredito que dá força para a pessoa. Eu tive um câncer a quase dois anos atrás, quase três, passei por uma situação bem difícil, mas graças a Deus, consegui superar porque a minha religião e minha fé me sustentou (A.T.A.S., 24 anos, sexo feminino, evangélica, acometida por câncer).

Conforme observado, há uma rede de significados atribuídos a religião diante da vivência patológica do paciente com câncer. Seguidamente, faz necessário

confrontar dados desta pesquisa com de outros autores e estudiosos a fim de contrapor e ampliar as discussões a luz da proposta.

Aquino e Zago (2007) ao pesquisarem sobre o significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação, concluíram que parte significativa destes acreditam que a religião emerge como possibilidade de uma segunda chance, ou seja, em consonância com os resultados desta pesquisa a religião condiciona a possibilidade de cura e conseqüentemente, aumento na expectativa e qualidade de vida.

Nesta perspectiva, Faria e Seidl (2005) ainda salientam sobre o contexto das práticas em saúde e os aspectos religiosos relacionados a cura e ao tratamento de doenças. Para estes autores, a religião ou a fé dos pacientes tem sido relevantes frente as necessidades de enfrentamento acentuadas diante das condições traumáticas de adversidade. Estes ainda acrescentam a importância da escuta relacionada aos aspectos religiosos dos pacientes bem como do desenvolvimento humano no contexto da assistência psicológica convergindo com Aquino e Zago (2007) de que a religião auxilia no enfrentamento diante das relações sociais demarcadas pelo estigma frente a doença.

Aquino e Zago (2007) ressaltam ainda que a religião organiza a vida cotidiana do doente em meio ao caos determinado pela condição clínica gerada pela doença. Por conseguinte, levando-se em consideração os dados desta pesquisa, observa-se também a consonância no que tange os significados de motivação, sentido e significado para a vida uma vez que a religião se torna estratégia para sobrevivência do paciente oncológico.

Neste contexto, Berger (2003) acrescenta que a religião edifica e sustenta uma sociedade, pois emite significados a mesma, além disso, é ainda a responsável por nutrir o ser humano de uma coragem que o guia em seu cotidiano. Neste caso, a experiência religiosa destacada por Eliade (1992), se entretém às ações sociais humanas e permite transcender a sua realidade visível, a sua disposição, sendo assim, essencial à construção e sustentação de uma sociedade.

Geertz (1989) afirma que embora a religião esteja sendo considerada menos operante, esta ainda exerce função fundamental em relação a vida do ser humano. Pra este autor a religião é responsável por nos preparar em relação as necessidades de enfrentamento dos dilemas diários, neste caso, a doença, pois ao nos elevarmos ao divino, encontramos apoio para as adversidades do mundo. Emerge assim a

experiência religiosa destacada por Eliade (1992), que através dos símbolos e ritos, nos permite a garantia cósmica para o discernimento do mundo, dos nossos sentimentos, e conseqüentemente, de uma vivência diária intensa e com menos sofrimento.

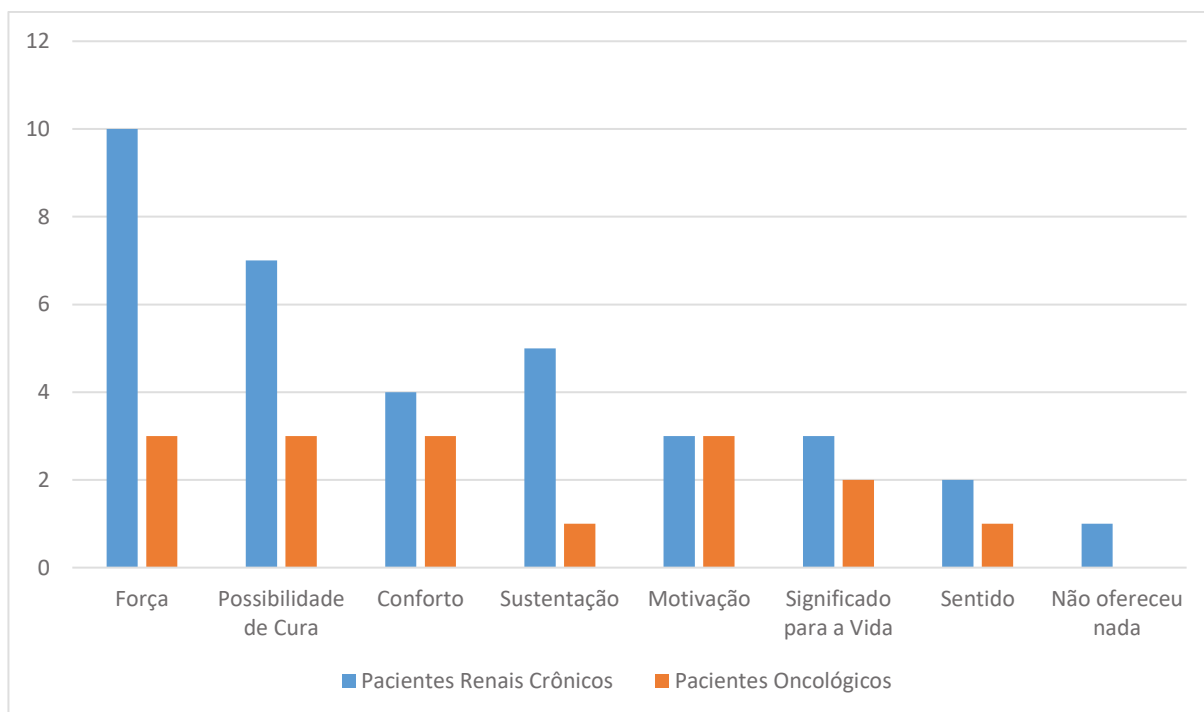
#### 4.4.4 Aproximações e distanciamentos dos significados atribuídos a religião a partir das diferentes doenças

A experiência de adoecimento em relação as doenças de evolução lenta e de longa duração, que por sua vez comprometem a qualidade de vida do ser humano desencadeando disfunções orgânicas e psíquicas, somadas as suas terapias presumem um elo simbólico entre o corpo, a visão de si mesmo e a sociedade. Tal colocação é justificada pelos processos, pelos significados e pelos relacionamentos, pois o mundo social está ligado diretamente à experiência pessoal de cada um, pois é estabelecido a partir dos interesses individuais e também dos interesses específicos de cada grupo social (KLEINMAN, 1980; MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Neste entendimento, ao longo desta investigação tornou-se notável as inúmeras aproximações e alguns distanciamentos no que tange os significados atribuídos a religião a partir da experiência religiosa e de adoecimento dos pacientes com doença renal crônica e câncer. Vale salientar, conforme já destacado anteriormente, que ambas doenças comprometem de forma significativa a qualidade e vida dos enfermos, pois ocasiona a perda da autonomia, a diminuição da capacidade para realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária e também a redução da expectativa e da qualidade de vida.

Neste contexto, a fim de explicitar os significados mais relevantes frente as diferentes doenças considerando a diferença entre o número de pesquisados por categoria patológica, os impactos fitopatológicos de cada uma destas e seus aspectos sociais, segue abaixo um gráfico comparativo.

**Gráfico 05:** Aproximações e distanciamentos dos significados atribuídos a religião a partir da experiência religiosa e de adoecimento das pessoas com doença renal crônica e câncer.



**Fonte:** Própria Autora (2019).

A partir da análise ilustrativa do gráfico acima, notou-se que a religião foi considerada como fonte de força e cura por parte significativa dos pacientes com ambas doenças. No entanto, no que se refere aos doentes renais crônicos, estes ainda apontaram a religião como sustentação, sendo este o terceiro significado mais relevante para tais. Já os pacientes oncológicos, além de considerarem a religião como provedora de força e cura, também destacaram como relevante o seu papel de conforto e motivação.

Ainda com base no gráfico 05, é evidente o papel relativo a religião como possibilidade de cura, em especial, para os pacientes renais crônicos. Assim sendo, a partir dos apontamentos de Rabelo (1993, p.317) evidencia-se que a “doença e cura são realidades construídas intersubjetivamente”, e que o agente e cuidador religioso, o paciente e a sua família negociam os significados atribuídos a religião ou a sua fé fidelizando-se ou não a um credo religioso. Portanto, é relevante considerar o posicionamento de Geertz (1989), uma vez que a religião fornece elementos simbólicos que reproduzem sentidos e significados ao doente a partir das experiências

religiosas contraídas entre a pessoa e o divino. Do mesmo modo, faz-se necessário ponderar a releitura simbólica de cada pessoa uma vez que cada um constrói o seu trajeto de maneira criativa e pessoal.

Por outro lado, vale destacar que alguns distanciamentos no que se refere aos significados atribuídos a religião a partir da experiência religiosa e de adoecimento dos pacientes com doença renal crônica e com câncer também foram observados. Para os pacientes oncológicos entrevistados a religião como sustentação não é tão relevante, sendo então apontada por apenas 16,67% dos entrevistados desta categoria patológica, enquanto se comparada aos pacientes com doença renal crônica, esta esteve em terceiro lugar, representando cerca de 25% dos entrevistados referentes a esta doença.

Outro ponto importante refere-se também a um paciente renal crônico o qual destacou que a religião não ofereceu nenhum significado diante da fase vivenciada, enquanto em relação aos pacientes oncológicos, nenhum manifestou tal posicionamento. Por fim, vale acrescentar que os significados atribuídos a religião fizeram com que parte dos entrevistados se aproximasse mais de suas crenças ou do seu sagrado: “[...] A doença me deixou mais próxima de Deus, porque na vida eu pensava em trabalho [...]” (E.M.P.S., 46 anos, sexo feminino, católica, acometida por câncer). Neste sentido, Lemos (2007, p. 12) destaca que “[...] uns precisam mais que outros da religião, ou de determinados tipos de religião, como fornecedora de sentido.”

Neste contexto, tomando como base o pensamento de Geertz (1989), é importante destacar que a busca pela religião não pode ser compreendida como uma fuga da realidade, mas sim, como uma esperança de dias melhores e como um elemento facilitador de enfrentamento diante do sofrimento vivenciado. Desse modo, essa perspectiva permite compreender o porquê as religiões fornecem significados condicionando a uma eficácia simbólica no que se refere ao bem-estar e ao controle de si mesmo. Geertz (1989) ainda reforça que enquanto elemento cultural, a religião permite ainda desenvolver uma coesão social entre as pessoas, sendo revigorada diariamente diante das lutas pela sobrevivência.

Percorrendo por esta mesma perspectiva, com base no que foi narrado por vários participantes da investigação, Geertz (1989) salienta ainda que a religião é também meio de persistência cultural, pois é enxergada como solução diante das aflições diárias, nesta perspectiva, das doenças e de todas as limitações advindas com as mesmas. Ainda é atribuído a religião o papel fornecedor de soluções

cosmogônicas diante da experiência de adoecimento destes, ou em outras palavras, permitir reencontrar-se, ou até mesmo, encontrar elementos que justifiquem ou forneçam possíveis respostas de resignação e enfrentamento, justificando sua condição patológica para si e para o meio social em que vive.

Por conseguinte, a partir das narrativas dos pesquisados em relação aos significados atribuídos a religião diante da experiência patológica e religiosa, a autora Lemos (2007, p.14) destaca:

As pessoas encontram na religião, elementos que fornecem justificativas para existir, enquanto seres humanos. Conseguem manter a vida em sociedade, porque além dela oferecem a possibilidade de que os indivíduos vivam muito bem e por muitos anos, quando a concretização dessa oferta se torna impossível, a religião abre ainda a possibilidade de que essa promessa se realize em outro tempo, no tempo futuro.

Diante deste contexto, Berger (1985) ressalta que diante das situações de sofrimento, a religião se faz imensamente importante uma vez que a necessidade de significados se equipara a de felicidade. Geertz (1989) mostra ainda que a religião não possui apenas a função de impedir o sofrimento, mas também de fazer com que este seja suavizado, tolerável e suportável. Em outras palavras, Geertz (1989) destaca que a religião amplia o desejo e a possibilidade para uma nova esperança de vida para o paciente motivando-os a suportar a dor e os demais problemas advindos com a doença.

A partir da realidade manifestada pelos entrevistados, percebe-se que a religião possui significados, funções e papéis relevantes para o ser humano. Esta é considerada fonte de energia para o enfrentamento das aflições cotidianas, bem como torna a vida cheia de sentido. A partir desta compreensão, Berger (1985) ainda realça a religião como fornecedora de sentido fazendo referência ao sagrado e a define como um elemento fundamental do campo simbólico e social a partir de suas significações (BERGER, 1985, *apud* LEMOS, 2007, p.19).

Por fim, a nominação refere-se à produção de sentido frente a realidade humana pela sociedade a partir de seu universo. Esta atuaria em objeção à anomia ou ao caos, que neste contexto relaciona-se a doença e aos sentimentos negativos como sofrimento, dor, medo da morte, entre outros, todos advindos da experiência

humana seja ela individual ou coletiva. Portanto, a função determinante da religião seria a de legitimação da sociedade uma vez que alocaria os fatos humanos dentro de um marco delimitado no cosmos. Assim religião seria “um empreendimento humano” a partir do qual se “situa um universo sagrado” com função de “edificar mundos” e emitir significações (BERGER, 1985).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação existente entre religião, processo saúde-doença e qualidade de vida tem sido objeto de interesse social há alguns anos. Neste sentido, enquanto alguns acreditam piamente nos métodos da assistência em saúde tradicionais, outros também confiam nos benefícios relacionados a crença ou a fé como meio de integrar as terapias condicionando o acompanhamento holístico e sem dissociação entre corpo e mente.

Nesta perspectiva, a partir das entrevistas realizadas no que tange o histórico patológico a fim de compreender o estado atual da doença e condições atuais dos pesquisados, notou-se que as doenças crônico-evolutivas, em especial, a doença renal crônica e o câncer, ambas selecionadas para o desenvolvimento desta, possuem elevada morbimortalidade e conseqüentemente, revestem de sentimentos negativos o cotidiano dos pacientes. Logo, em virtude da fase vivenciada, a religião e a fé tornam-se recursos relevantes para o enfrentamento de sua condição e das adversidades advindas em virtude do quadro patológico.

Diante do contexto de sofrimento vivido pelos pacientes oncológicos e renais crônicos e com base nos resultados apontados pela investigação, observou-se que a religião exerce ou representa força, conforto, possibilidade de cura, motivação e esperança de dias melhores. Sendo assim, os significados atribuídos a mesma configuram-na como um elemento simbólico benéfico na vida do doente uma vez que oferece alívio diante das aflições, sustentação e otimismo. Não obstante, percebe-se então que a religião e as experiências religiosas vivenciadas podem desempenhar também uma função relevante na produção dos significados atribuídos ao processo saúde-doença e ainda no comportamento destes no que tange o enfrentamento das situações difíceis, neste caso, as enfermidades.

Notou-se que a experiência religiosa permite que o ser humano tenha ciência dos elementos simbólicos presentes nesta relação e em seu contexto cotidiano. Porém, a pesquisa demonstrou ainda que apesar de considerarem a religião como fator primordial em suas vidas, há ainda os que consideram apenas ter fé em Deus ou em algum ser divino. Entretanto, ambos os grupos patológicos pesquisados concordaram de forma preponderante quanto à importância da religião no que se refere os aspectos relacionados a aceitação da doença, ao enfrentamento desta e



também das condições advindas com as mesmas, e por fim, a sua relevância quanto as expectativas futuras no que se refere a resignação ou cura.

O estudo indicou também a importância da religião frente a evolução clínica das doenças tendo em vista a sua disposição em fornecer aconchego, apoio, coragem e expectativa de vida mais elevada. A esperança por uma segunda oportunidade também demarca de forma significativa o grande valor da religião como parte integrativa das redes de apoio que promovem de maneira articulada formas de enfrentamento das dificuldades advindas com a doença renal crônica e também com o câncer, em especial, aquelas voltadas ao contexto sociocultural como a dependência e o estigma.

Vale, portanto, destacar que um dos papéis essenciais da religião também se relaciona com a capacidade de influenciar e de alterar os significados atribuídos tanto a saúde quanto a doença. Pode-se afirmar ainda com base na pesquisa que quando se modifica a visão de mundo da pessoa doente, este, em sua maioria, também modifica a sua forma de perceber a religião ou vice-versa. Logo, isso não implica na ausência da sintomatologia apresentada pelo mesmo, mas na transformação dos significados atribuídos a doença a partir da experiência religiosa, que conseqüentemente, resultará no estilo e na qualidade de vida alterados positivamente.

Neste mesmo sentido, pode-se reforçar que a religião modifica o significado do que é doença para aquele que padece emitindo sentido à sua vida diante da angústia e do sofrimento. Portanto, verificamos que a religião ou a fé compõem meios de refúgio e espaços de acolhida, de cura e de saúde para os que buscam. Nessa lógica, novos estudos relacionados aos aspectos religiosos e também ao processo saúde-doença tornam-se importantes, principalmente se considerada a perspectiva cultural destes. Sendo assim, apontamos para a necessidade de estudos com essa temática com vistas a apreender novos sentidos e significados no que tange a religião e a sua relação histórica com o processo saúde-doença.

Conclui-se, acerca dos significados da religião para um grupo de pacientes renais crônicos e oncológicos, que as experiências religiosas, as religiões ou a própria fé possuem função relevante frente o enfrentamento dos dilemas cotidianos impactantes, de maneira especial, aqueles pertinentes as doenças. Outrora, estas ainda ressoam como suporte ou meios que tornam a expectativa da cura possível e o retorno ao estado de nomia, ou seja, a organização de sua vida e da sua sobrevivência. Por fim, vale enfatizar que mesmo em meio as mudanças sociais no

campo da religião, a conexão entre esta e o processo saúde-doença ainda é um terreno fecundo de sentidos independente da crença religiosa manifestada. Neste sentido, a aproximação entre os campos racionais e empíricos tornam-se cada vez mais evidentes e pesquisas futuras serão sempre necessárias.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ABED, Luis César. *La salud y la enfermedad: una aproximacion historica, politica, cultural y socio-economica, a su construccion como concepto*. Córdoba: s.n., 1993.

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciências e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 9 n.4, p. 833-840, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro de 2018.

ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza. Representações sociais masculinas de saúde e doença. In: TRINDADE, Zeide Araujo; MENANDRO Maria Cristina Smith; NASCIMENTO, CRR (Organizadores). *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM; 2011. p. 99-128

ALVES, Everton Fernando; TSUNETO, Luiza Tamie; BORELLI, Sueli Donizete; CADIDÉ, Renata Campos; FREITAS, Rosane Almeida de; GRAVENA, Ângela Andréia França; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Características sociodemográficas e aspectos clínicos de pacientes com doença renal policística do adulto submetidos à hemodiálise. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 23, n. 03, p. 156-162, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/dayan/Downloads/fulltext\\_stamped.pdf](file:///C:/Users/dayan/Downloads/fulltext_stamped.pdf). Acesso em: 10 de outubro de 2018.

ALVES, Rômulo Romeu de Nóbrega; ALVES, Humberto da Nóbrega; BARBOZA, Raynner Rilke Duarte; SOUTO, Wedson de Medeiros Silva. Influência da Religiosidade na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.] v. 15 n. 4, pp. 2105-11, 2010. Disponível em: <<https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA232176615&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=14138123&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 19 de setembro de 2018.

ALVES, Rubem. *O que é religião?* São Paulo: Editora Loyola, 1999.

AQUINO, Verônica Vrban; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, [S.l.], v. 15, n. 01, p. 42-47, jan./fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a07.pdf)>. Acesso em: 12 de dezembro de 2018.

AQUINO, Estela M. L.; BARRETO, Sandhi Maria; BENSENOR, Isabela M.; CARVALHO, MS; CHOR, Dóra; DUNCAN, Bruce Bartholow, et al. Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA – Brasil): objectives and design. *Am J. Epidemiol.*, [S.l.], v.175 n.4, pp. 315-324, 2012. Disponível em:

<<https://academic.oup.com/aje/article/175/4/315/116011>>. Acesso em: 23 de agosto de 2018.

ARAÚJO, Lindemberg Medeiros de. *Saúde- doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história*. 2006.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>> Acesso em: 12 Abril 2017.

BACKES, Marli Terezinha Stein; ROSA, Luciana Martins da; FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; BECKER, Sandra Greice; MEIRELLES, Betina Horner Schindwein; SANTOS, Sílvia Maria de Azevedo. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. *Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>> Acesso em: 12 Abril 2017.

BARATA, Rita Barradas. *A historicidade do conceito de causa*. Rio de Janeiro, ENSP/ABRASCO, 1990.

BASTOS, Marcus G.; CARMO, Wander Barros do; ABRITA, Rodrigo Reis; ALMEIDA, Ellen Christine de; MAFRA, Denise; COSTA, Darcília Maria N. da; GONÇALVES, Jacqueline de A.; OLIVEIRA, Lúcia Antônia de; SANTOS, Fabiane Rossi dos; PAULA, Rogério B. de. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, Juiz de Fora, v. 26, n. 4, p. 202-215, dez. 2004. Disponível em: file:///C:/Users/dayan/Downloads/26-04-04%20(1).pdf. Acesso em: 27 de agosto de 2018.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Matroiani. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também previsível e tratável. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 56, n. 02, p. 248-253, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2>>. Acesso em: 17 de setembro de 2018.

BATISTELLA, Carlos. *O território e o processo saúde doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BERGER, Peter Ludwig. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria para uma teoria sociológica da religião*. BENEDETTI Luiz Roberto (org.). Tradução de José Carlos Barcelos. São Paulo: Paulinas, 1985.

BERGER, Peter Ludwig. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. 4ª ed., São Paulo: Paulus, 2003.

BODENHEIMER, Thomas.; WAGNER, Edward.H.; GRUMBACH Kevin. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*. v. 288 n. 14, pp. 1775-1779, 2002. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/195368>>. Acesso em: 21 de setembro de 2018.

BOUNDY, Janice. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Reichmann, 2004.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BUENO, Francisco da Silveira. *Dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Ed. FTD, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antônio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 06, p. 2305-2316, dez. 2009. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000600039&script=sci\\_arttext&lng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000600039&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

CABRAL, Poliana Coelho; DINIZ, Alcides da Silva; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de. Avaliação nutricional de pacientes em hemodiálise. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.18, n. 01, p. 29-40, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n1/23505.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2018.

CHERCHIGLIA, MARIANGELA LEAL; MACHADO, Elaine Leandro; SZUSTER, Daniele Araújo Campo; ANDRADE, Eli Lola Gurgel; ACÚRCIO, Francisco de Assis; CAIAFFA, Waleska Teixeira; SESSO, Ricardo; JUNIOR, Augusto A. Guerra; QUEIROZ, Odilon Vanni de; GOMES, Isabel Cristina. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. *Revista de Saúde Pública*, [S.l.], v. 44, n. 04, p. 639-649, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2010.v44n4/639-649/>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2018.

CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. *Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo: Martinari, 2011.

COITINHO, Daiana; BENETTI, Eliane Raquel Rieth; LIAMARA, Denise Ubessi; BARBOSA, Dulce Aparecida; KIRCHNER, Rosane Maria; GUIDO, Laura de Azevedo; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. Intercorrências em hemodiálise e avaliação da saúde de pacientes renais crônicos. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 33, ed. 03, p. 362-371, 2015. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/8aec433e1dd65270b174f3fc9015040a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035746>>. Acesso: 20 de setembro de 2018.

CSORDAS, Thomas. *Corpo significado cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, Psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008.

DAVISON, Sara N.; JHANGRI, Gian S. Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, [S.l.], v. 40, n. 06, p. 838-43, 2010. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392410004963>>. Acesso: 10 de setembro de 2018.

DULL, Valerie T.; SKOKAN, Laurie A. A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*, [S.l.], v. 51, n. 2, p. 49-64, 1995. Disponível em: <<https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01323.x>> Acesso em: 12 de setembro de 2018.

DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martin Claret, 2011.

DURKHEIM, Émile. *As formas elementares de vida religiosa*. São Paulo: Edições Paulinas, 1989.

DYNIEWICZ, Ana Maria; ZANELLA, Eloísa; KOBUS, Luciana Schleder Gonçalves. Narrativa de uma paciente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [S.l.]. v. 06, n. 02, p. 199-212, 2004. Disponível: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/816/940>>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano*. Traduzido por Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ELIADE, Mircea. *O sagrado e o profano. A essência das religiões*. Tradução de Rogério Fernandes, São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: revisão da Literatura. *Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica*, [S.l.], v. 18, n. 03, p. 381-389, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>>. Acesso: 27 de outubro de 2018.

FERLAY, Jacques; SOERJOMATARAM, Isabelle; DIKSHIT, Rajesh; ESER, Sultan; MATHERS, Collin; REBELO, Marise; PARKIN, Donald Maxwell.; FORMAN, David; BRAY, Freddie. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J. Cance*. [S.l.]. v. 136 n. 1 pp. 359-86, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29210>>. Acesso em: 22 de agosto de 2018.

FERREIRA, Renatha El Rafihi; FORNAZARI, Silvia Aparecida. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 26, n. 02, p. 265-272, abr-jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2018.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciências e Saúde Coletiva*, [S.l.] v. 10, n. 01, p. 105-109, jan-

mar. 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci\\_arttext&lng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci_arttext&lng=es)>. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

FREITAS, Maria Célia de; MENDES, Maria Manuela Rino. Condição crônica: Análise do Conceito no contexto da saúde do adulto. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 15 n. 4, pp. 590-597, jul-ago 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16130>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Doenças Crônico Degenerativas*. Texto produzido em 2016. Disponível em: <<https://www.bahia.fiocruz.br/doencas-cronico-degenerativas/>>. Acesso em: 13 de julho de 2018.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.

GEOVANINI, Telma; MOREIRA, Almerinha; DORNELLES, Soraia; MACHADO, Willian C. A. *História da Enfermagem: versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GOMES, Antônio Marcos Tosoli; DE OLIVEIRA, Denize Cristina; SÁ, Celso Pereira de. O Sistema Único de Saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 40, p. 631- 638, jul-ago. 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2670/267021463002/>>. Acesso em: 13 de agosto de 2018.

GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*. [S.l.]. v. 34 n. 1 p. 88-94, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a12v34s1.pdf>>. Acesso em: 23 de novembro de 2018.

GUTIERREZ, Paulo Roberto; OBERDIEK, Hermann Iark. Concepções sobre a saúde e a doença. In: Soares Darli Antonio, Cordoni Junior Luiz, Andrade Selma Maffei. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL; 2001. pp.1-25.

HEFNER, Philip. A Religião no Contexto da Cultura, Teologia e Ética Global. *Revista de Estudos da Religião*. [S.l.] pp. 68-82, jun. 2007. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/rever/rv2\\_2007/t\\_hefner.pdf](http://www.pucsp.br/rever/rv2_2007/t_hefner.pdf)>. Acesso em: 10 Abril 2017.

HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry; GAARDER, Jostein. *Religionsboka*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

HELMAN, Cecil G. *Culture, health and illness*. 4th ed. London: Arnold; 2001.

HERVIEU-LÉGER, Danièle. *O peregrino e o convertido: a religião em movimento*. Lisboa: Editora Vozes, 2005.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência pública e a experiência privada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2,

p. 383-394, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2004.v14n2/383-394/>>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

INOCÊNCIO, Doralice. Entre a ciência e a crença: A postura médica frente à “Cura Religiosa”. *Revista Digital de Estudos em Religião Âncora*, São Paulo, v. 3 n. 1, p. 30-48, nov. 2007. Disponível em: <[http://www.revistaancora.com.br/revista\\_3/03.pdf](http://www.revistaancora.com.br/revista_3/03.pdf)>. Acesso em: 12 de abril de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Indicadores socioeconômicos do Brasil*. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 22 de abril 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. ABC do Câncer (cartilha). Abordagens Básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Atualizada, 2012. Disponível em: acessado em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc\\_do\\_cancer\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf)>. Acesso em: 21 de março de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativas 2018: incidência de câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO ONCOGUIA. Estadiamento do câncer. [S.l.], 2017. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento/4795/1/>>. Acesso em: 21 de março de 2018.

JODELET, Denise. Representações sociais: Um domínio em expansão. In Jodelet, Denise. (Org.) *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 17-44. 2001.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KOVELIS, Demetria; PITTA, Fábio; PROBST, Vanessa Suziane; PERES, Celeide Pintor Aguiar; DELFINO, Vinicius Daher Alvares; MOCELIN, Altair Jacob; BRUNETTO, Antônio Fernando. Função pulmonar e força muscular respiratória em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, [S.l.], v. 34, n. 11, p. 907-912, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n11/v34n11a04.pdf>>. Acesso: 10 de julho de 2017.

KRIPPNER, Stanley. Os primeiros curadores da humanidade: abordagens psicológicas e psiquiátricas sobre os xamãs e o xamanismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, [S.l.], v. 34, supl. 1, p. 17-24, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a04v34s1.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

LANE, Silva. *O que é psicologia social*. São Paulo: Brasiliense. 2006.

LEAVELL, Hugh; CLARK, E. Gurney. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGrawHill, 1976.

LEMOS, Carolina Teles. *Religião e saúde*. Goiânia: Deescubra, 2007. (Coleção Religião e Cotidiano; v. 2), 160p.



LEMOS, Carolina Teles. (2005). Catolicismo no Brasil: entre o carisma e a racionalização. In: *Estudos de religião*, Ano XIX, nº 29. Universidade Metodista de São Paulo/Pós-Graduação em Ciências da Religião. São Bernardo do Campo, dez. p. 56-77.

LEMOS, Carolina Teles. *Religião e tecitura da vida cotidiana*/Carolina Teles Lemos. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2012.

LEMOS, Carolina Teles. Religião enquanto fenômeno estruturado e estruturante. In: COSTA, Celma Laurinda Freitas; ECCO, Clóvis; FILHO, José Reinaldo F. Martins (Orgs.). *Epistemologias da religião e relações de religiosidade*. Curitiba: Prismas, p. 204-205, 2017.

LEVIN, Jeff; CHATTERS, Linda M.; TAYLOR, Robert Joseph. Religion, health and medicine in African Americans: implications for physicians. *Journal of The National Medical Association*, [S.l.], v. 97, n. 02, p. 237-49. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15712787>>. Acesso em: 25 de novembro de 2018.

LEVIN, Jeffrey S.; SCHILLER, Preston L. Is there a religious factor in health? *Journal of Religion and Health*, [S.l.], v.26, n. 1, p.9-36, 1987.

LOPEZ, Alan D. The evolution of the Global Burden of Disease framework for disease, injury and risk factor quantification: developing the evidence base for national, regional and global public health action. *Globalization and Health*, v. 1 n. 5, pp. 1-8, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1143783/>>. Acesso: 13 de dezembro de 2018.

LUCCHETTI, Giancarlo; ALMEIDA, Luiz Guilherme Camargo de; GRANERO, Alessandra Lamas. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [S.l.], v. 32, n. 01, p.128-32, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a20.pdf>>. Acesso em: 27 de setembro de 2018.

MADEIRO, Antônio Cláudio; MACHADO, Pâmmela Dayana Lopes Carrilho Machado; BONFIM, Isabela Melo; BRAQUEAIS, Adna Ribeiro; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.l.], v. 23, n. 04, p. 546-51, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>>. Acesso em: 21 de agosto de 2018.

MARTELLI, Stefano. *A religião na sociedade pós-moderna*. São Paulo: Paulinas, 1995.

MARUYAMA, Sônia Ayaco Tao; ZAGO, Márcia Maria Fontão. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [S.l.], v. 13, n. 02, p. 216-22, mar-abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a13.pdf>>. Acesso em: 27 dezembro de 2018.

MARX, Karl. *Manuscritos Econômicos – Filosóficos*. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004.

MATHERS, Colin D.; LONCAR, Dejan. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, [S.l.] v.3 n. 11 p. 442, 2006. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030442>>. Acesso: 02 de setembro de 2018.

MENDONÇA, Antônio Gouvêa. A experiência religiosa e a institucionalização da religião. *Estudos Avançados*, v. 18, n. 52, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n52/a04v1852.pdf>>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, suplemento 01, p. 07-18, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>>. Acesso em: 11 de setembro de 2018.

MONTERO, P.; ALMEIDA, R. Trânsito religioso no Brasil. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 15, n. 03, p. 92-101, jul-set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n3/a12v15n3.pdf>>. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

MOSCOVICI, Serge. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOURA, Luciana Melo de; SHIMIZU, Helena Eri. Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 01, p. 103-125, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n1/0103-7331-physis-27-01-00103.pdf>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; GOMES, Romeu; REBELLO, Lúcia Emília Figueiredo de Souza. Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de jovens. *Ciências e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 14, n. 04, p. 1151-1157, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a16v14n4.pdf>>. Acesso em: 01 de outubro de 2018.

OLIVEIRA, Fernanda Celedonio de; ALVES, Maria Dalva Santos; BEZERRA, Aline Pontes. Co-morbidades e mortalidade de pacientes com doença renal: atendimento terceirizado de nefrologia. *Acta Paulista de Enfermagem* (Especial-Nefrologia), [S.l.], v. 2, p. 476-480, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/03>>. Acesso em: 16 de outubro de 2018.

OLIVEIRA JUNIOR, Homero Medeiros de; FORMIGA, Francisco Felipe Claudino; ALEXANDRE, Cristianne da Silva. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em

programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [S.l.], v. 36, n. 03, p. 367-374, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/0101-2800-jbn-36-03-0367.pdf>>. Acesso em: 07 de dezembro de 2018.

ORO, Ari Pedro. *Neopentecostais e afro-brasileiros: quem vencerá esta guerra?* *Debates do NER*. Porto Alegre, ano 01, n. 01, p.182-190, 2004.

PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org.) *Informação e Diagnóstico de Situação*. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004.

PANZINI, Raquel Gehrke; ROCHA, Neusa Sicca da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, supl 1; p. 105-115, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a14v34s1.pdf>>. Acesso em 03 de maio de 2017.

PIERRUCCI, Antônio Flávio. Secularização e declínio do Catolicismo. In: SOUZA, Beatriz Muniz de; MARTINO, Luís Mauro Sá (Org.). *Sociologia da religião e mudança social: católicos, protestantes e novos movimentos religiosos no Brasil*. São Paulo: Paulus, 2004. p. 11-21.

PRANDI, Reginaldo; PIERRUCCI, Antônio Flávio. (Orgs.). *A realidade social das religiões no Brasil: religião, sociedade e política*. São Paulo: Hucitec; Curso de Pós-Graduação em Sociologia/Universidade de São Paulo, 1996. p. 293.

RABELO, Miriam Cristina. Religião e a transformação da experiência: notas sobre o estudo das práticas terapêuticas nos espaços religiosos. *Ilha Revista de Antropologia*, [S.l.], v. 07, n. 01, 02, p.125-45, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/1574/134>>. Acesso em: 11 de outubro de 2018.

RABELO, Miriam Cristina. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.]. v. 09, n. 03, p.316-325, jul-set., 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/19.pdf>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2019.

RAMOS, Islane Costa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; SANTOS, Maria Lígia de Oliveira dos. Portador de Insuficiência Renal Crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Sci. Health Sci*, Maringá, v. 30, n. 01, p. 73-79, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/4399/3099>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2019.

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiaestudia*, São Paulo, v. 4, n. 1, pp. 45-82, 2006. Disponível em: <[http://www.scientiaestudia.org.br/revista/PDF/04\\_01\\_02.pdf](http://www.scientiaestudia.org.br/revista/PDF/04_01_02.pdf)>. Acesso em 06 de março de 2017.

RIELLA, Miguel Carlos. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

RIELLA, Miguel Carlos. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.

ROMÃO JUNIOR, João Egidio. Doença Renal Crônica: Definição Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [S.l.], v. XXVI, n. 03, supl.1, ago. 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/dayan/Downloads/v26n3s1a02.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

ROVER, Maria Cecília. Toque terapêutico: o encontro entre o desejo de uma vida plena e a plenitude da vida. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

SÁ, Celso Pereira de. Teoria das representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 03, n. 01, p.19- 33, dez. 1996. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02.pdf>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2019.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, [S.l.], v. 08 n. 03, p. 107-112, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102355/100673>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2018.

SANTOS, Cleiber Fernandes dos. Uruaçu: 83 anos de emancipação política. *Diário da Manhã*, Opinião Pública, Goiânia, 01 jul. 2014.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciências e Saúde Coletiva*. [S.l.], v. 10, n. 01, p. 07-17, jan-mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em: 23 de dezembro de 2018.

SCLIAR, Moacyr Jaime. *A paixão transformada. História da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SCLIAR, Moacyr Jaime. *Do mágico ao social: A trajetória da Saúde Pública*. Porto Alegre: L&M Edit., 1987.

SCLIAR, Moacyr Jaime. História do conceito de saúde. *Physis. Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, pp. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em: 02 fevereiro de 2017.

SCLIAR, Moacyr Jaime. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.5, pp. 538-542, 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>>. Acesso em: 12 de abril de 2017.

SESSO, Ricardo Cintra; GORDAN, Pedro. Dados Disponíveis Sobre a Doença Renal Crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [S.l.], v. 29, n. 01, p. 09-12, mar. 2007.

SESSO, Ricardo Cintra; LOPES, Antonio Alberto; THOMÉ, Fernando Saldanha; LUGON, Jocemir Ronaldo; WATANABE, Yoshimi; SANTOS, Daniel Rinaldi dos. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [S.l.], v. 36, n. 01, p. 48-53, 2014.

SESSO, Ricardo Cintra; LOPES, Antonio Alberto; THOMÉ, Fernando Saldanha; LUGON, Jocemir Ronaldo; MARTINS, Carmen Tzanno. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, [S.l.], v. 38, n.01, p. 54-61, 2016.

SIEGEL, Bernie. *Amor Medicina e Milagres: A cura espontânea de doentes graves, segundo a experiência de um famoso cirurgião norte-americano*. Tradução João Alves dos Santos. São Paulo: Best Seller, 1989.

SIEGEL, Karolynn; ANDERMAN, Stanley J.; SCHRIMSHAW, Eric W. Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, [S.l.], v. 16, n. 6, p.631-653, 2001. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440108405864>>. Acesso em: 17 de outubro de 2018.

SILVA, Eliane Moura da. Religião, Diversidade e valores Culturais: conceitos teóricos e a educação para a cidadania. *Revista de Estudos da Religião*, [S.l.], v.1 n.2, pp.1-14, 2004. Disponível em: <[http://www.pucsp.br/rever/rv2\\_2004/p\\_silva.pdf](http://www.pucsp.br/rever/rv2_2004/p_silva.pdf)>. Acesso em: 03 fevereiro de 2017.

SISDELLI, S. *Diálise: vida nova ou nova vida?* São Paulo: O Mercado Criação Contemporânea, 2007.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOBRINHO, José Fernandes. *Vivência do Agreste*. Goiânia: Editora Bandeirantes, 1997.

SOUZA JÚNIOR, Eli Ávila; TROMBINI, Diego Da Silva Vanoni; MENDONÇA, Adriana Rodrigues dos Anjos; ATZINGEN, Augusto Castelli Von. *Religião no tratamento da*

doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. *Revista Bioética*, [S.l.], v. 23, n. 03, p. 615-22, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0615.pdf>>. Acesso em: 03 de Janeiro de 2019.

STEIL, Carlos Alberto. Pluralismo, modernidade e tradição: transformações do campo religioso. *Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, v. 03, n. 03, p. 115-129, out. 2001. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/CienciasSociaiseReligiao/article/view/2172/892>>. Acesso em: 06 de dezembro de 2018.

STEIL, Carlos Alberto. "Renovação Carismática Católica: porta de entrada ou de saída do catolicismo? Uma etnografia do Grupo São José, em Porto Alegre (RS)". *Religião e Sociedade*, [S.l.], v. 24, n. 01, p. 11-36, 2004.

TIMBY, Barbara .K.; SMITH, Nancy E. *Enfermagem médico-cirúrgica*. Barueri: Manoele, 2005.

TOSTA Carlos Eduardo. Prece e cura. In: Teixeira Evilázio Francisco Borges, Muller Marisa Campio, Silva Juliana Dors Tigre Da. *Espiritualidade e qualidade de vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 105-124.

TRINDADE, Zeide Araujo; NASCIMENTO Adriano Roberto Afonso do; GIANORDOLI-NASCIMENTO, lingrid Faria. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF*, [S.l.], v. 16, n. 02, p. 203-213, mai-ago. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712011000200009&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712011000200009&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 27 de dezembro de 2018.

VALLA, Victor Vicent. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro. v.4 n.3, pp.12-18, 2010. Disponível em: <[http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/\\_repositorio/2015/12/pdf\\_8a36773bb6\\_0000018932.pdf](http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_8a36773bb6_0000018932.pdf)>. Acesso em: 03 junho de 2017.

WACH, Joaquim. *Sociologia da religião*. São Paulo: Paulina, 1990.

WILBER, Ken. *Espiritualidade integral: uma nova função para a religião neste início de milênio*. Tradução Cássia Nasser. São Paulo: Aleph, 2006.

WILGES, Irineu. *Cultura religiosa: as religiões no mundo*. Petrópolis: Vozes, 1995.

WILSON, Katherine M.; SATTERFIELD, Dawn W. Where Are We to Be in These Times? The Place of Chronic Disease Prevention in Community Health Promotion. *Prev Chronic Dis*, [S.l.] v.4 n.3 p.A74, 2007. Disponível em:

<[https://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07\\_0014.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07_0014.htm)>. Acesso em: 20 de outubro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: Fiocruz; 1986.

ZAGO, Márcia Maria Fontão. A reabilitação do paciente cirúrgico oncológico do ponto de vista da enfermagem: um modelo em construção. [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1999.

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE CAMPO PARA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

#### ATENÇÃO:

A veracidade das respostas e a devolução deste questionário é necessária e indispensável. Todas as questões visam à coleta de informações para participação na pesquisa A Percepção religiosa dos pacientes com doenças crônico-evolutivas (doença renal crônica e câncer). Portanto, por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta. Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais.

#### DADOS PESSOAIS

Nome:				CPF:		
Endereço:						
Contato Fone Fixo:	(    )			Celular:	(    )	
E-mail:						
Seu sexo:	Masculino [ <input type="checkbox"/> ]	Feminino [ <input type="checkbox"/> ]		Data de nascimento:		
Cor/etnia:	[ <input type="checkbox"/> ] Branco(a).	[ <input type="checkbox"/> ] Pardo(a)	[ <input type="checkbox"/> ] Negro(a).	[ <input type="checkbox"/> ] Amarelo(a).	[ <input type="checkbox"/> ] Indígena	
<b>Qual seu estado civil?</b>						
[ <input type="checkbox"/> ] Solteiro(a).						
[ <input type="checkbox"/> ] Casado(a).						
[ <input type="checkbox"/> ] Separado(a)/divorciado(a)/desquitado(a).						
[ <input type="checkbox"/> ] Viúvo(a).						
[ <input type="checkbox"/> ] União estável						

#### DADOS SOCIOECONÔMICOS

<p><b>1. Onde você nasceu?</b></p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Uruaçu / Goiás</p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Outra cidade do Interior de Goiás, qual?</p> <p>_____</p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Cidade de outro Estado/País, qual?</p> <p>_____</p>
<p><b>2. Quem mora com você?</b></p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Moro sozinho(a)</p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Pai    [ <input type="checkbox"/> ] Mãe</p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Esposa / marido / companheiro(a)</p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Filhos</p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Irmãos</p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Outros parentes</p> <p>[ <input type="checkbox"/> ] Amigos ou colegas</p>
<p><b>3. Quantas pessoas moram em sua casa? (incluindo você)</b></p>



Duas pessoas.       Três pessoas.       Quatro pessoas.       Cinco pessoas.  
 Seis pessoas.       Mais de 6 pessoas.       Moro sozinho.

**4. Qual é a sua participação na vida econômica de sua família?**

Você não trabalha e seus gastos são custeados.  
 Você trabalha e é independente financeiramente.  
 Você trabalha, mas não é independente financeiramente.  
 Você trabalha e é responsável pelo sustento da família.

**5. Qual sua renda mensal individual?**

Nenhuma.  
 Até 03 salários mínimos (até \$ 2.811,00).  
 de 03 até 05 salários mínimos (de \$ 2.811,00 até \$ 4.685,00).  
 de 05 até 08 salários mínimos (de \$ 4.685,00 até \$ 7.496,00).  
 Superior a 08 salários mínimos (superior a \$ 7.496,00).  
 Benefício social governamental, qual? \_\_\_\_\_ valor atual: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES QUANTO AO ESTADO DE SAÚDE**

**6. Você possui alguma doença que necessite acompanhamento médico (comprovada por atestado)?**

Não.       Sim.      \_\_\_\_\_ Qual doença?  
 \_\_\_\_\_

**7. Você está consciente de seu diagnóstico?**

Não.  Sim.

**8. Em que mês e ano você foi diagnosticado com essa doença?**

Mês: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

**9. Você já fez ou faz algum tipo de tratamento?**

Não.  Sim.

**Se sim, qual?**

Hemodiálise  
 Diálise Peritoneal  
 Transplante Renal  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
 Cirurgia para remoção do câncer  
 Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**10. Quando iniciou o tratamento?**

Mês: \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_\_\_

**11. Como se senti em relação a doença?**

- Independente, pois sua rotina do dia a dia não foi alterada  
 Pouco dependente, pois não consegue realizar algumas das atividades diárias  
 Dependente, pois precisa de ajuda para a realização de todas as atividades diárias

**12. Qual das frases abaixo mais expressa o seu atual momento em relação a doença?**

- Negação - “Isso não pode estar acontecendo comigo.”  
 Raiva - “Por que eu? Não é justo.”  
 Negociação - “Me deixe viver apenas viver mais, construir minha vida, minha família. Ser alguém.”  
 Depressão - “Estou tão triste. Por que me preocupar com qualquer coisa?”  
 Aceitação - “Tudo vai acabar bem.”

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL RELIGIOSO**

**13. Você acredita em Deus e crê que ele cuida de você?**  Não.  Sim.

**14. Possui alguma religião?**  Não.  Sim.

Qual? \_\_\_\_\_

**15. É praticante?**  Não.  Sim.

**16. Você considera importante ter uma religião?**  Não.  Sim.

**17. A religião foi importante para você quando descobriu sua doença?**  Não.  
 Sim.

**18. O que a religião te ofereceu quando descobriu seu diagnóstico?**

- Força  
 Sustentação  
 Conforto  
 Motivação  
 Significado para a vida  
 Sentido  
 Possibilidade de cura  
 Não ofereceu nada

**19. Ao descobrir sua doença vou se tornou mais religioso?**

Não.  Sim.

**20. Em que condições você mais se aproxima do seu ‘Deus’?**

- Quando sua doença está controlada  
 Quando sua doença está piorando  
 Não se aproxima  
 Estou sempre próximo (a)

**21. O quanto sua religião te influencia na compreensão e na maneira de lidar com as situações difíceis em relação a sua doença?**

Muito

- Moderadamente  
 Pouco  
 Nenhum pouco

**22. Qual é a importância da religião em sua vida?**

- Nada  
 Muito pouco  
 Mais ou menos  
 Bastante  
 Extremamente

**23. Até que ponto a sua crença melhora a sua qualidade de vida?**

- Nada  
 Muito pouco  
 Médio  
 Muito  
 Completamente

**24. A sua religião te ajudou a aceitar a sua doença?**

- Não  
 Mais ou menos  
 Sim

**25. A sua religião te ajuda a enfrentar todos os problemas relacionados a sua doença?**

- Não  
 Mais ou menos  
 Sim

**26. Você acredita que a sua doença evolui de acordo com a vontade do seu 'Deus'?**

- Não  
 Mais ou menos  
 Sim

**QUESTÕES SUBJETIVAS NORTEADORAS**

**27. Como o senhor (a) define uma pessoa saudável?**

**28. Como o senhor (a) define uma pessoa doente?**

**29. Fale o que o senhor (a) pensa sobre a religião e a doença de uma pessoa.**

**30. Pode me contar um caso que conhece, acompanhou ou que vivencia?**

Uruaçu - Goiás, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Pesquisado

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **Os Significados da religião para um grupo de pacientes renais crônicos e oncológicos**. Meu nome é **Dayane Camelo Silva**, sou membro da equipe de pesquisa deste projeto, **mestranda em Ciências da Religião**. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias e em todas as páginas, sendo a primeira via de guarda e confidencialidade da equipe de pesquisa e a segunda via ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a orientadora da pesquisa Professora **Dra. Carolina Teles Lemos**, nos telefones: (62) 3946-1673 / (62) 3946-1674, ou através do e-mail **cetelemos@uol.com.br**. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, Setor Universitário, Goiânia – Goiás, telefone: (62) 3946-1512, funcionamento: 8h as 12h e 13h as 17h de segunda a sexta-feira. O Comitê de Ética em Pesquisa é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

O objetivo desta pesquisa é identificar se a religião, enquanto experiência religiosa dos pacientes com doença renal crônica e câncer residentes no município de Uruaçu – Goiás, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando.

Como participante da pesquisa, você será convidado (a) a responder um questionário e em seguida a fim de colher alguma informação relevante e que não tenha sido expressada no mesmo, farei algumas perguntas para complementar as informações. A visita na qual esperamos que você nos conte sua história será

realizada em sua casa ou em outro ambiente por você definido, no período da manhã ou da tarde, correspondendo à sua disponibilidade e à tranquilidade do seu ambiente familiar para o diálogo. As entrevistas terão a duração máxima de uma hora, na qual você poderá narrar sua história de vida com especial atenção aos períodos que foram marcados por sua doença até a atualidade. Caso não consigamos terminar a entrevista em uma só visita, poderemos agendar um segundo encontro quando e onde for favorável a você.

Pelo método e procedimento desta pesquisa, não prevemos danos graves, mas caso ocorra algum desconforto em decorrência da sua participação nesta pesquisa, está previsto o atendimento psicológico para a avaliação e acompanhamento, ou atendimento clínico se for o caso, ou você será indenizado (a) nas formas definidas pela legislação. Esta pesquisa não prevê gastos de sua parte, pois você será entrevistada em sua própria residência ou em outro ambiente por você definido, nas imediações de sua residência.

Você não receberá nenhuma forma de pagamento pela concessão dessa entrevista, no entanto, seus benefícios serão pelo fato de estar contribuindo para identificar se a religião, enquanto experiência religiosa, pode contribuir para o processo de significação da saúde-doença que estão experienciando e especialmente a compreensão sobre em que medida a religião é, ou não, um mecanismo de sustentação, força e conforto neste período ou na medida em que sua doença evolui. Indiretamente você estará ajudando outras pessoas para entenderem seus próprios processos resilientes e a interpretação dos fenômenos religiosos que nele participam.

Você tem total liberdade de recusar este convite, ou retirar seu consentimento em qualquer das fases desta pesquisa sem que isto acarrete retaliação ou punição contra você. Os dados coletados nas entrevistas serão tratados de forma sigilosa protegendo a sua identidade,

A pesquisadora responsável por este estudo declara que cumprirá com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Eu ....., abaixo assinado, discuti com a **Dayane Camelo Silva** (Mestranda do Programa de Ciências da Religião da PUC/Goiás e da Faculdade Serra da Mesa - FaSeM) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Goiânia, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 201\_\_.

_____	___/___/___
Assinatura do participante	Data
_____	___/___/___
Assinatura do pesquisador	Data

## APÊNDICE C

**Tabela 01 - Caracterização Socioeconômica**

<b>Sexo</b>	<b>Feminino</b>	<b>15</b>	<b>57,69%</b>
	Masculino	11	42,31%
<b>Idade</b>	18 – 29 anos	03	11,54%
	30 – 39 anos	02	7,69%
	40 – 49 anos	06	23,08%
	50 – 59 anos	06	23,08%
	60 – 69 anos	06	23,08%
	70 – 79 anos	02	7,69%
<b>Cor Declarada</b>	80 – 89 anos	01	3,85%
	Branco (a)	06	23,08%
	Pardo (a)	16	61,54%
	Negro (a)	04	15,38%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro (a)	05	19,23%
	Casado (a)	09	34,62%
	Separado (a) / divorciado (a) / desquitado (a)	08	30,77%
	Viúvo (a)	03	11,54%
	União Estável	01	3,85%
<b>Renda Mensal Individual</b>	Nenhuma	03	11,54%
	Até R\$ 2.811,00	06	23,08%
	De R\$ 2.811,00 até R\$ 4.685,00	01	3,85%
	Benefício Social (De 954, 00 até R\$ 2.811,00)	16	61,54%
<b>Total (%)</b>			<b>100%</b>

Fonte: Própria Autora (2019).

## APÊNDICE D

**Tabela 02 - Caracterização do Estado de Saúde**

<b>Doença</b>	<b>Crônico- evolutiva</b>	Câncer (CA)	06	23,08%
		Insuficiência Renal Crônica (IRC)	20	76,92%
<b>Tempo de diagnóstico</b>		Menos de 01 ano	03	11,54%
		De 01 a 05 anos	15	57,69%
		De 05 a 10 anos	07	26,92%
		De 10 a 15 anos	01	3,85%
		Quimioterapia	05	19,23%
<b>Tipo de Tratamento</b>		Radioterapia	0	0%
		Cirurgia	03	11,54%
		Hemodiálise	20	76,92%
		Diálise Peritoneal	01	3,85%
		Transplante Renal	0	0%
<b>Tempo de Tratamento</b>		Menos de 01 ano	05	19,23%
		De 01 a 05 anos	14	53,85%
		De 05 a 10 anos	06	23,08%
		De 10 a 15 anos	01	3,85%
<b>Atividades de vida Diária</b>		Independente	03	11,54%
		Pouco dependente	18	69,23%
		Dependente	05	19,23%
		Negação	01	3,85%
<b>Expressão atual em relação a doença</b>		Raiva	02	7,69%
		Negociação	02	7,69%
		Depressão	01	3,85%
		Aceitação	20	76,92%
		<b>Total (%)</b>		

Fonte: Própria Autora (2019).



## APÊNDICE E

**Tabela 03 - Caracterização do Perfil Religioso**

<b>Acredita e crê que Deus cuida?</b>	<b>Sim</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>
	Não	0	0%
<b>Possui religião?</b>	Sim	26	100%
	Não	0	0%
<b>Qual religião?</b>	Católica	22	84,62%
	Não – católica	04	15,38%
<b>É praticante?</b>	Sim	21	80,77%
	Não	05	19,23%
<b>Considera importante ter religião?</b>	Sim	26	100%
	Não	0	0%
<b>Total (%)</b>			100%

**Fonte:** Própria Autora (2019).

## APÊNDICE F

**Tabela 04 – Caracterização da experiência religiosa frente o processo saúde-doença vivenciado**

<b>A religião foi importante na descoberta da doença?</b>	Sim	25	96,15%
	Não	01	3,85%
<b>O que a religião te ofereceu quando descobriu seu diagnóstico?</b>	Força	13	50%
	Sustentação	06	23,08%
<b>Ao descobrir a doença você se tornou mais religioso?</b>	Conforto	07	26,92%
	Motivação	06	23,08%
	Significado para a vida	05	19,23%
	Sentido	03	11,54%
	Possibilidade de cura	10	38,46%
<b>Em quais condições você mais se aproxima de Deus?</b>	Não ofereceu nada	01	3,85%
	Sim	23	88,46%
	Não	03	11,54%
<b>Qual é a influência da religião na compreensão da sua doença e suas complicações?</b>	Quando a doença está controlada	01	3,85%
	Quando a doença está piorando	05	19,23%
	Não se aproximam	01	3,85%
	Estão sempre próximos	19	73,08%
<b>Sua crença melhora a sua qualidade de vida?</b>	Muito	21	80,77%
	Moderadamente	03	11,54%
	Pouco	02	7,69%
	Nenhuma	0	0%
<b>A religião ajudou a aceitar a doença?</b>	Nada	0	0%
	Muito pouco	0	0%
	Mais ou menos	03	11,54%
	Muito	07	11,54%
<b>A religião ajuda a enfrentar os problemas advindos da doença?</b>	Completamente	16	61,54%
	Não	01	3,85%
	Mais ou menos	04	15,38%
	Sim	21	80,77%
	Não	0	0%
	Mais ou menos	04	15,38%
	Sim	22	84,62%
	Não	09	34,62%

<b>Acredita que a doença evolui de acordo com a vontade do seu Deus?</b>	Mais ou menos	02	7,69%
	Sim	15	57,69%
<b>Total (%)</b>			100%

---

Fonte: Própria Autora (2019).