

5 ESPIRITUALIDADE E DOENÇAS CRÔNICAS: itinerários terapêuticos de pessoas vinculadas a seguros-saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro

Spitituality and chronic diseases: therapeutic itineraries of people eho use health insurance in SP and RJ.

*Maria Elisa Gonzalez Manso¹
Leonardo Garcia Góes²*

RESUMO: Espiritualidade é um conceito mais amplo do que religião e está relacionado à transcendência. É uma definição que não desmembra os aspectos físicos e mentais e que agrega o aspecto espiritual, fazendo parte de uma multidimensionalidade, e que se apoia nas contribuições atuais da física quântica e biologia. Ela faz parte do itinerário terapêutico como uma perspectiva para o futuro e alívio do sofrimento dos indivíduos, desempenhando papel fundamental na saúde como um recurso de enfrentamento dos desafios da vida. Trata-se de um estudo qualitativo com o objetivo de comprovar, ou não, a crença de que pessoas que utilizam seguros-saúde procurariam alívio para suas doenças apenas dentro da medicina hegemônica sem recorrer aos tratamentos alternativos e religiosos, por meio de entrevistas com um grupo de pessoas portadoras de doenças crônicas que se enquadram nessa crença, a fim de conhecer como sua espiritualidade influencia seu itinerário terapêutico. Todos os entrevistados, desde quando se sentiram doentes ou após o recebimento do diagnóstico, procuraram atendimento dentro do modelo médico hegemônico. Entretanto, várias práticas de alívio e cura foram procuradas pelos mesmos paralelamente aos cuidados alopáticos. Para essas pessoas, não há uma substituição do sistema médico hegemônico, mas vários caminhos terapêuticos que se complementam. Percebeu-se que o grupo entrevistado possui um itinerário terapêutico, que inclui, além da biomedicina, práticas espirituais e religiosas, independentemente da idade e do tipo de doença que os acomete. Dessa forma, é importante a abordagem da espiritualidade na atenção primária, para estreitar o vínculo médico-adoecido, devendo-se investir na formação

¹ **Maria Elisa Gonzalez Manso**- Médica. Pós-doutorado em Gerontologia Social, Doutora em Ciências Sociais e Mestre em Gerontologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Master em Psicogerontologia pela Universidade Maimônides, Buenos Aires, AR. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo (CUSC-SP) e do COCEAE PUC SP. Docente orientadora da Liga Acadêmica LEPE (Liga de Estudos do Processo do Envelhecimento do Centro Universitário São Camilo SP) E-mail: mansomeg@hotmail.com Celular: (11) 99365-2631. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5446-233X>.

² **Leonardo Garcia Góes**- Graduando de medicina Centro Universitário São Camilo (CUSC), São Paulo, SP, Brasil. Participante Programa de Iniciação Científica do CUSC-SP e Presidente da Liga Acadêmica de Medicina Integrativa e Espiritualidade e Coordenador Paulista da Associação Acadêmica de Ligas e Grupos de Estudo em Espiritualidade e Saúde (AALEGREES) E-mail: Leonardo.goes47@gmail.com Celular: (11) 94212-8192 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8578-6791>

destes profissionais, introduzindo o conhecimento sobre as terapias complementares, práticas populares e os efeitos da espiritualidade e religiosidade no processo saúde-doença.

Palavras-Chave: Aceitação pelo paciente de Cuidados de Saúde. Espiritualidade. Doença Crônica.

ABSTRACT: Spirituality is a broader concept than religion and it is related to transcendence. It is a definition that does not dismember physical and mental aspects. It adds the spiritual aspect, being part of a multidimensionality, and which draws on the current contributions of quantum physics and biology. It is part of the therapeutic itinerary as a perspective for the future and relief of the suffering of individuals, playing a fundamental role in health as a resource to meet the challenges of life. It is a qualitative study aimed at proving or not the belief that people who use health insurance would seek relief for their illnesses only within hegemonic medicine without recourse to alternative and religious treatments through interviews with a group of people with chronic diseases that fall within this belief, in order to know how their spirituality influences their therapeutic itinerary. All interviewees, from the moment they felt sick or after receiving the diagnosis, sought care within the hegemonic medical model. However, several practices of relief and healing were sought by them in parallel to allopathic care. For these people, there is no substitution of the hegemonic medical system, but several therapeutic paths that complement each other. It was noticed that the group interviewed has a therapeutic itinerary, which includes, besides biomedicine, spiritual and religious practices, regardless of the age and type of illness that affects them. Thus, it is important to approach spirituality in primary care, to narrow the medical-sick link, and invest in the training of these professionals, introducing knowledge about complementary therapies, popular practices and the effects of spirituality and religiosity in the process health-disease.

Key-Words: Patient Acceptance of Health Care. Spirituality. Chronic Disease

INTRODUÇÃO

Espiritualidade, segundo Espírito Santo (2000), é um conceito mais amplo do que religião, relacionado à transcendência, não havendo uma definição racional possível, e sendo independente de religiões instituídas. É uma definição que não desmembra os aspectos físicos e mentais e que agrega o aspecto espiritual, fazendo parte de uma multidimensionalidade, e que se apoia nas contribuições atuais da física quântica (CAPRA, 1990), biologia (MATURANA e VARELA, 2001)³ e no pensamento complexo de Sobrinho e Morin (2004).

Espiritualidade é algo que deve ser considerado do ponto de vista pessoal e, como destaca Assis (2012), algumas definições a tratam como sendo livre das regras e responsabilidades associadas à religião. A autora destaca que, atualmente, vários estudos científicos têm se preocupado com a espiritualidade, demonstrando que, certas práticas tais como a oração e a meditação, por exemplo, melhoram a qualidade de vida dos praticantes e que estes apresentam respostas mais satisfatórias a determinados tratamentos médicos.

A abordagem da espiritualidade na atenção à saúde é de suma importância, pois propicia estreitamento do vínculo médico-adoecido (FOCH, SILVA e ENUMO, 2017; GUIMARÃES *et al*, 2018).

A espiritualidade ou a religiosidade interferem e fazem parte do itinerário terapêutico das pessoas, não como forma de escapar da realidade, mas sim como uma perspectiva para o futuro, um alívio ao sofrimento geralmente associado, oferecendo resultados de uma eficácia simbólica em relação ao bem-estar e autocontrole (CABRAL, 2011).

Itinerário terapêutico é um dos conceitos centrais nos estudos sócio antropológicos da saúde. É um termo utilizado para caracterizar todos os movimentos desenvolvidos pelos indivíduos em busca de tratamento para suas doenças e sofrimentos (JUNIOR, BENETTI, ZANELLA, 2016; ALVES, 2015), e pode ser definido como uma: “rede de relações estabelecidas entre o indivíduo e familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas, serviços de saúde e os vários e diferentes grupos com que cada pessoa se inter-relaciona ao longo de sua existência” (ROSA, 2011).

Os constructos doença, saúde, morte, estão em constante reelaboração influenciados pela história e por questões estruturais, socioeconômicas, que determinam não só a distribuição das enfermidades nas populações, mas também quem poderá receber atendimento médico, como este se dará, como o sistema de saúde se organiza, entre outros. Além destas questões, adoecer é dotado de um simbolismo importante, diretamente relacionado à concepção sobre a composição e o funcionamento do corpo humano. Este é um conhecimento que advém da prática, sendo sempre testado e aprimorado, acumulando-se na memória dos indivíduos e integrado a outros saberes criados e desenvolvidos por um povo. Desta forma, é parte da cultura, sendo esta formada pelas crenças, práticas e valores acumulados e moldados pelo tempo. É ainda um processo individual, já que cada pessoa ressignifica suas experiências e sente seu corpo de uma forma própria.

Segundo PORTER (1981), toda cultura possui sistemas de cuidados com a saúde ou *health care systems*, definidos como um conjunto de significantes simbólicos, ancorados em um arranjo de instituições sociais e relações pessoais, que conectam as atividades de saúde. A doença e as respostas a esta, as experiências individuais, os tratamentos e as instituições a estes relacionadas são sistematicamente interconectados, integrando sistemas culturais maiores relacionados à saúde e compostos por um conjunto de crenças sobre a causalidade das enfermidades, normas que governam as escolhas e avaliação do tratamento, papéis legitimados de doente e curador, relações de poder,

instituições. Estes sistemas, mapas cultural e socialmente produzidos, influenciam e determinam o itinerário terapêutico das pessoas.

Para o autor, todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas e constituídas por três setores diferentes: profissional, tradicional e popular, cada um com um conjunto de crenças e normas específicas que legitimam diferentes terapêuticas. O setor popular, o maior dos três, é aquele em que a família e o grupo social mais próximo possuem papel importantíssimo, é um espaço onde a doença começa a ser definida e onde são desencadeados os vários itinerários de cura. O setor profissional possui a atual medicina ocidental como prática de saúde hegemônica e busca impor-se aos demais, medicalizando-os. Já o setor tradicional abrange outras terapias como as medicinas chamadas de alternativas pela medicina hegemônica (medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica, medicinas indígenas, como exemplos), as práticas corporais (Tai Chi, Liang Gong, Yoga, dentre outras), as terapias religiosas (cirurgias espirituais, por exemplo) e outras formas de cura como terapias energéticas, cromoterapias, aromaterapia, como exemplos.

Muitas vezes os caminhos percorridos pelas pessoas em busca de cuidados não coincidem com os fluxos pré-determinados no sistema de saúde. As escolhas pela terapêutica dependem de fatores individuais e coletivos acerca do processo de adoecimento, e vão definir como e em que momento as pessoas procuram auxílio para resolver seus problemas. Com isso, a forma como o médico vê a doença (*disease*) e como o paciente a percebe (*illness*) não coincidem, dificultando o cuidado em saúde (CABRAL, 2011).⁸

Os médicos, pensando em *disease* avaliam a eficácia do tratamento como *curing*, ou seja, a cura mediante correções dos sistemas e órgãos afetados. Já os doentes desejam *healing* para a *illness*: ou seja, a eficácia do tratamento situa-se no plano do significado social e cultural. Esta distinção é de suma importância para o manejo das doenças crônicas e da atenção primária à saúde, pois, nesta última, mais da metade dos problemas que ocorrem na prática médica são *illness*, porém *healing* não é reconhecida no campo biomédico e sim no campo do autocuidado, do cuidado familiar e da psicoterapia. Como o modelo biomédico não reconhece nem *illness* nem *healing* há falhas e atritos (PORTWER, 1981).

Hoje em dia, onde as transições epidemiológica e demográfica são um fato comum, a existência de múltiplas condições crônicas de saúde é um grande desafio, uma vez que estes adoecidos dependem de vários tipos de tratamento. A fim de melhorar a aderência ao tratamento e fortalecer a relação profissional de saúde-pessoa adoecida, recomenda-se adaptar as estratégias terapêuticas de acordo com as necessidades e preferências dos doentes, fazendo com que *disease* e *illness* coincidam. O fato de o médico ter de lidar com essas múltiplas questões no pouco tempo de uma consulta e focar na *disease* pode levá-lo a subestimar ou até perder as principais queixas trazidas pelas pessoas que o procuram (HOPMAN e RIJKEN, 2015; NEUNER-HEHLE, et al, 2017).

A fim de entender como um grupo de pessoas, todas portadoras de enfermidades crônicas e vinculadas à seguros-saúde, vivenciam sua espiritualidade e como esta influência seu itinerário terapêutico, propôs-se esta pesquisa.

METODOLOGIA

Optou-se por utilizar metodologia qualitativa, pois esta permite mostrar a complexidade da vida humana, compreendendo-se os significados que os indivíduos atribuem a suas experiências, seus atos, suas decisões. A construção formal deste tipo de estudo implica em detalhar a sua relevância, a adequação dos procedimentos de amostragem e seleção dos participantes, a forma de coleta dos dados, o papel do pesquisador, a apresentação dos resultados e o respeito às diretrizes éticas (GOMES, MARTIN e SILVEIRA, 2014).

O GRUPO DE ENTREVISTADOS

No Brasil, a grande maioria da população tem atendimento a seus problemas de saúde no sistema estatal de saúde, gratuito e universal, porém a legislação permite que, mediante pagamento, pessoas possam adquirir seguros-saúde. Estes seguros, na maior parte das vezes, atendem a indivíduos que se situam nos estratos socioeconômicos mais elevados, por se tratarem de planos, individuais ou familiares, pagos com renda própria. Estas pessoas caracterizam-se ainda, em sua grande maioria, por nível de escolaridade elevado e fácil acessibilidade ao sistema de saúde (BRASIL, 2018):

Há uma crença generalizada, principalmente entre os profissionais de saúde brasileiros, que pessoas com estas características de renda, escolaridade e acesso, procurariam alívio para as doenças que as acometem apenas dentro da medicina hegemônica, caracterizando-se esta procura pelo consumo de alta tecnologia e por hospitais ditos de ponta, reservando-se para as camadas mais desfavorecidas economicamente, menos escolarizadas e menos urbanizadas, a procura por tratamentos alternativos e religiosos. A fim de comprovar, ou não, esta crença, esta pesquisa optou por entrevistar um grupo de pessoas que se enquadram na crença hegemônica acima descrita, a fim de conhecer como vivenciam sua espiritualidade e como esta influência seu itinerário terapêutico.

Todos os entrevistados são portadores de doenças crônicas diagnosticadas por médicos e em tratamento, todos detentores de seguro-saúde, sem déficits cognitivos, de maneira geral ainda ativos no mercado de trabalho e residentes nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil, duas cidades cosmopolitas e de destaque para a economia do país. Estes entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, por meio de sorteio, totalizando 44 informantes.

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Há várias formas de realizar a pesquisa qualitativa, mas, para este trabalho, preferiu-se utilizar entrevista aberta, onde o informante pode discorrer sobre o tema livremente, sendo as perguntas do investigador dirigidas apenas para dar mais profundidade às reflexões (MINAYO, 2013).

Estas entrevistas foram realizadas tanto nas residências quanto nos locais de trabalho, dependendo da opção pessoal do entrevistado e de sua disponibilidade, durante o segundo semestre de 2012 até o primeiro semestre de 2016.

As conversas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas pelos pesquisadores. Esta transcrição permitiu leituras e releituras flutuantes e verificar variações na voz e no tom desta que, agregados às anotações de diário de campo, ajudaram na análise das falas. A leitura das transcrições foi realizada de forma exaustiva, o que permitiu apreender uma visão de conjunto e das particularidades, contribuindo na identificação dos núcleos de sentido, buscando a lógica peculiar e interna do grupo (MINAYO, 2013).

A relevância deste estudo deriva, principalmente, das características do grupo estudado, já que não foram encontradas pesquisas semelhantes realizadas no Brasil com grupos como o escolhido para esta pesquisa.

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, tendo sido aprovada sua realização pelo Protocolo de número 219 de setembro de 2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 44 informantes, 35 (79%) residem na cidade de São Paulo e 9 (21%) na cidade do Rio de Janeiro. O grupo é composto por 26 (59%) mulheres e 18 (41%) homens, sendo que a idade do grupo variou de 35 a 92 anos, com média de 65 anos de idade. As mulheres têm idades entre 35 e 92 anos e os homens, de 40 a 89 anos.

Estudos diversos comprovam que a composição etária dos beneficiários de planos de saúde no Brasil mostra-se mais envelhecida do que a população como um todo, sendo a maior cobertura destes convênios observada nas faixas etárias de 70 a 79 anos (MANSO, *et al*, 2018).

Quando se observa a idade dos participantes desta pesquisa, constata-se que a proporção de idosos é maior do que a descrita para a população vinculada a seguros-médicos, alcançando 69%, com número expressivo de indivíduos acima de 70 anos de idade. Este fato pode ser atribuído à origem do próprio grupo,

composta por portadores de doenças crônicas. Como a frequência destas doenças eleva-se conforme aumenta a idade, não é de se estranhar a proporção de idosos encontrada.

Quanto à religião, 26 indivíduos (60%) se declararam católicos, 3 (7%) referiram ser espíritas, 3 (7%) agnósticos, 3 (7%) neopentecostais, 2 (4%) ateus, 2 (4%) praticantes de umbanda, 2 (4%) protestantes e 3 (7%) referiram vivenciar sua espiritualidade de forma *holística*, sem seguirem nenhuma religião específica, mas, sim, várias ao mesmo tempo, uma mescla de crenças budistas, espíritas, hindus e neoxamanísticas.

Segundo dados do censo de 2010, a maioria dos brasileiros se declara católica, porém vem ocorrendo um aumento progressivo do número de pessoas sem religião e de neopentecostais. O censo mostra ainda que, dentre os indivíduos com maior escolaridade, predominam os que seguem o espiritismo e os que se autodenominam agnósticos (IBGE, 2010). O grupo pesquisado apresenta, portanto, distribuição semelhante à população como um todo, principalmente quando se relaciona a religião declarada com o grau de instrução. Este último é bem elevado neste grupo, sendo que 51% dos participantes tem ensino superior completo, sendo que vários referem ter um, ou até mais de um, curso de pós-graduação.

Quanto à ocupação, 26 (58%) dos entrevistados estão ativos no mercado de trabalho, principalmente em profissões relacionadas ao trabalho autônomo (advogados, médicos, consultores, dentre outros) ou em cargos de direção em empresas. Apesar de 18 (42%) declararam-se aposentados, a maioria destes ainda trabalha como autônomos, como citado, ou como comerciantes. A renda mensal referida pelo grupo variou, em média, entre R\$ 5.000,00 e R\$ 14.000,00/mês, renda média elevada para os padrões brasileiros, onde a maioria da população ainda recebe salário mínimo, corroborando o já encontrado em outras pesquisas que vinculam a aquisição de um plano de saúde ao incremento da renda (IESS, 2014).

Relembrando, o critério de inclusão no grupo de entrevistados é o fato destas pessoas conviverem com pelo menos uma doença crônica diagnosticada por médico. Das enfermidades que o grupo apresenta, a mais frequente é a hipertensão arterial, acometendo 35 (81%) destes indivíduos. A seguir destacam-se os cânceres e obesidade seguidos por diabetes, Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), aqui no caso, o enfisema. Na categoria cânceres, há quatro pessoas com diagnóstico de câncer de próstata, duas portadoras de câncer de mama, uma com câncer de endométrio, uma com câncer de ovário, uma com câncer de sigmoide, um com câncer de pulmão e um com linfoma, totalizando 11 indivíduos.

Há ainda referência à outras doenças associadas as acima descritas, sendo que, no grupo, há oito (19%) pessoas com apenas uma doença crônica e 35 (81%) com mais de uma enfermidade diagnosticada.

Não é de se estranhar ser a hipertensão arterial a doença crônica mais prevalente neste grupo, posto que se estima que acometa em torno de 20% da população brasileira, sem distinção de sexo ou raça, porém com aumento progressivo da

frequência conforme avança o processo de envelhecimento, sendo a doença mais comum entre os idosos (BRASIL, 2012).

Todos estes entrevistados, a partir de quando se sentiram doentes ou logo após o recebimento do diagnóstico, procuraram atendimento dentro do modelo médico hegemônico, o que é corroborado por várias outras pesquisas realizadas com portadores das mesmas afecções. O tratamento alopático com consultas médicas e exames é sempre procurado, apesar de médicos e adoecidos terem representações diferentes sobre o processo de adoecimento e sobre o que é cura e alívio, pois é mais prático para ambos. Este comportamento representa a medicalização da sociedade atual, onde o médico é tido como o único profissional de saúde socialmente legitimado para propiciar melhora das enfermidades (WENDHAUSEN, 2004).

Paralelamente ao setor profissional, entretanto, várias práticas de alívio e cura foram procuradas por todos os participantes deste grupo pesquisado, as quais são vistas por eles como propiciadoras da integração corpo-espírito, ligadas à espiritualidade e religiosidade e que proporcionam significado aos seus sofrimentos. A grande maioria destes pesquisados não relataram, entretanto, a seus médicos a procura e o uso destas outras terapias, fato também descrito em estudo realizado por Dalmolin e Heidemann (2017).

Não há para estes entrevistados uma cisão corpo-espírito, o que faz com que causas e curas sobrenaturais façam parte do seu dia a dia. Não há uma substituição do sistema médico hegemônico por outro, mas sim vários caminhos terapêuticos possíveis, os quais os entrevistados percorrem concomitantemente de acordo com suas crenças. Estes tratamentos não são reconhecidos ou aceitos pela medicina hegemônica, fato irrelevante para estes entrevistados, já que, em nenhum momento consideraram a opinião de um profissional de saúde para realizá-los, tendo a procura por estes ou sido parte de sua prática religiosa ou indicação de familiares. Não são vistos como complementares, mas como algo que deve vir junto com o modelo médico hegemônico.

J1: Nunca deixei os remédios de lado, nunca deixei de tomar, porque o espiritual foi junto...

Estudos levados à cabo com a população argentina moradora tanto da área urbana quanto rural, demonstram que remédios caseiros, novenas, padres, pastores tem importante papel no processo de alívio e cura dos adoecidos portadores de doenças crônicas, principalmente entre os evangélicos e católicos carismáticos, independentemente de grau de instrução ou nível socioeconômico. Haveria, portanto, neste país, uma verdadeira etnomedicina resultante da mescla da biomedicina, medicina caseira, medicinas tradicionais e religião, sendo que algumas destas representações são até contraditórias com a visão médica hegemônica, mas, mesmo assim, buscadas. As classes de maior poder aquisitivo apresentam maiores possibilidades terapêuticas, explorando mais esta etnomedicina própria (SAIZAR, DISDERI, 2004). Estudos semelhantes realizados no Brasil e em vários outros países apontam os múltiplos percursos que os adoecidos com doença crônica realizam em busca de alívio para seu sofrimento (HARVEY e SILVERMAN, 2007; MORENO-ALTAMIRANO, 2007; VELASCO, ET AL, 2010).

Enquanto a medicina moderna despersonaliza o doente, não mais cumprindo seu papel ritual, a religião o reorganiza enquanto sujeito. Culturalmente a religião, organizada em função de símbolos sagrados, cria identidade e coesão entre as pessoas, inserindo-as em novos grupos de relacionamento e reforçando laços.

Estudos demonstram que a maioria das pessoas gostaria que seus médicos abordassem sua religião e/ ou sobre espiritualidade durante as consultas, o que para elas representaria mais empatia e se traduziria em confiança no médico que questionasse esses temas (DALMOLIN e HEIDEMANN, 2017; LUCCHETTI, 2010; PANITZ, 2018). A lacuna entre o reconhecimento da importância da espiritualidade e a incorporação na prática clínica se dá, dentre outros fatores, pela falta de treinamento de como abordá-la, uma vez que nem sempre estudantes de medicina têm algum contato com o assunto durante sua formação, resultando em grande receio de usar as crenças e desejos do paciente a favor da terapêutica (PANITZ, 2018).

A preocupação do homem com sua saúde sempre o levou à busca de recursos, existindo várias evidências de que a eficácia destas recomendações sempre se baseou na fé dos doentes. Para Levi-Strauss (2012a) a fé é a responsável pela cura ritual. A dor e a doença são vistas como algo estranho que perturbam um sistema cultural coerente que inclui o doente e a sociedade onde este vive, cabendo ao curador restituir as condições do sistema anteriores a esta perturbação. Para que a cura seja realmente eficaz deve existir uma conexão simbólica e crenças compartilhadas entre o doente, o curador e o seu grupo social. Destarte, o paciente reinterpreta seus significados e signos e a partir daí constrói uma realidade que o leva à cura, inserida em uma visão de mundo que a justifica. A este processo se denomina eficácia simbólica.

As técnicas de cura espirituais são componente fundamental dos rituais de cura de todas as sociedades, desde o advento da humanidade. Elas buscam manter o indivíduo uno, isto é, integrar corpo e a mente do adoecido, restaurando seu papel social e o bem-estar da comunidade. Os rituais de cura desempenham o papel de manter a coesão entre as pessoas, fortalecendo laços e a identidade grupal (ALVES, 2015).

O ritual, mediante metáforas e analogias, constrói uma encenação com a qual o indivíduo se identifica, deixando de ser mero expectador e tornando-se participante, refletindo sobre sua experiência, o que permite reorganizar seu mundo de acordo com os novos cenários construídos, não sendo a cura apenas o retorno a um estágio anterior à doença e sim a inserção do ex-doente em um novo contexto de experiência. A fé, portanto, cura o modo de vida da pessoa em sofrimento a partir de três tarefas inter-relacionadas: a predisposição, ou seja, a crença do adoecido de que a cura é possível; o empoderamento, onde o doente é convencido de que a terapia será eficaz e, por último, a transformação, onde o enfermo é persuadido a mudar (CSORDAS, 2008).

Todas as medicinas são amplamente carregadas de símbolos em suas práticas, inclusive a biomedicina. Nesta última, desde o jaleco branco e o tom de voz do médico, até a forma como se comporta durante o exame do doente podem ser considerados símbolos e a consulta médica nada mais é que um ritual.

No Brasil, as igrejas neopentecostais vêm apresentando rápida expansão. Na sua visão de mundo há uma oposição rígida entre bem e mal, irreconciliáveis, onde o fiel só pode compartilhar o poder sagrado caso se alie definitivamente com o bem, trocando as práticas consideradas mundanas pelas religiosas. A doença é vista como uma provação ou ataque do demônio e a cura busca retirar o mal que ocupa o corpo e que deve ser expulso mediante uma luta ritualística entre o bem e este mal.³²

Para duas entrevistadas evangélicas a cura para o câncer de mama e para uma lesão pré-cancerosa em colo de útero, vieram das orações e da cessação da possessão demoníaca, causadora de suas enfermidades. Caso não tivessem orado e tido fé, as cirurgias realizadas pelos médicos não teriam sido suficientes para proporcionar-lhes cura.

D: “Oração teve, muita oração, quando tirou para biopsia já tirou todo o tumor porque era muito pequeno. Olha eu acho, eu vou voltar ao assunto anterior: a minha cura foi muito mais espiritual que propriamente física, eu acho, eu acho, tenho certeza! Por que foi uma coisa inexplicável!”.

No caso das entrevistadas neopentecostais citadas, D e Q1, as doenças foram atribuídas ao demônio e estas foram curadas mediante orações que o expulsaram. Palavras como “seta maligna”, “fé” e “cura pela palavra”, no caso orações, foram frequentemente utilizadas tanto para explicar tanto o porquê da doença quanto sua cura. Já a entrevistada C1, pertencente a outro ramo neopentecostal, não obteve sua cura, pois o seu marido, que segundo ela lhe transmitiu a doença (câncer de ovário) por meio de contágio sexual e que estava repleto de “malignidade”, não aceitou a palavra, prejudicando-a.

Cirurgias espirituais fazem parte do tratamento proposto pela religião espírita. O espiritismo é uma religião com visão evolucionista, onde a fim de alcançar o desenvolvimento espiritual, ações moralmente relevantes devem ser desempenhadas.

Cirurgias espirituais são citadas pelos entrevistados deste grupo, tanto para a cura em si da doença quanto para diminuir tumores e propiciar ao tratamento médico oportunidade para levar à cura. São citadas como método de cura inclusive por quem não se declarou espírita. O entrevistado B1, portador de linfoma e que declarou sua espiritualidade como holística, buscou este tipo de terapia por ter lido sobre ela em uma reportagem de uma revista semanal brasileira. Nesta reportagem, um artista famoso, também portador de linfoma, busca este auxílio antes do tratamento (DREW e SCHOENBERG, 2011).

Um dos entrevistados, após um AVE, ficou com sequelas que desapareceram após uma cirurgia espírita. Este mesmo entrevistado também realizou cirurgias espirituais para cura de DAC e de asma.

Q: Ah sim! Eu parti para outras! Além da medicina normal eu parti para outra, que me dei muito bem. Parti para cirurgia espiritual, de fazer essa cirurgia espiritual, eu confio muito, tenho fé e eu fui com fé. Eu estava com a boca torta, mão torta, a mão não fechava, não segurava nada, eu fui depois do derrame, eu fui, fiz e deu certo a cura das sequelas só foi espiritual, não foi da medicina. Eu tive bronquite asmática quando muito pequeno, mas fui curado com o espiritismo, nunca mais tive, também fiz cirurgia para o coração. Creio que meu coração de jovem hoje é por causa da cirurgia espiritual, creio que sim, na minha total fé, creio que sim.

Outro episódio de cirurgia espiritual foi realizado pela entrevistada V para tratamento de um mioma. Neste caso, apenas foi retirada a malignidade do tumor e este foi reduzido de tamanho, fato comprovado, segundo ela, por exames posteriores realizados.

Neste último caso, a entrevistada refere que o espiritismo é baseado na ciência e que não afasta os médicos, mas trabalha junto, sendo que a visão de doença se relaciona à presença de sentimentos negativos como ódio, desespero e injustiça, que levam ao desequilíbrio do psiquismo espiritual, causando doença física, uma oportunidade para atingir novamente o equilíbrio. As operações mediúnicas são realizadas por espíritos especializados e podem ou não envolver uso de artefatos como facas ou bisturis, podem ser realizadas presencialmente ou à distância. A cura é um estado que aparece quando o espírito se reequilibra e surge com a fé, merecimento e necessidade.

Já a umbanda caracteriza-se pela concepção unitária de corpo e espírito, onde o primeiro, por estar em relação com o mundo, recebe influências tanto positivas quanto negativas que atingem a pessoa como um todo. É caracterizada por rituais onde são incorporados espíritos denominados entidades, as quais baixam à terra por meio das mães ou pai de santo. Os rituais ocorrem em locais considerados simbólicos, sendo sua natureza de troca. Não há, na cura da umbanda, o conceito de milagre, pois não há intervenções sobrenaturais extraordinárias (BATISTA, 2018).

Os dois entrevistados seguidores da umbanda, B e M, marido e mulher, atribuem à interferência das entidades sua melhora, sendo que o esposo ressalta que sua rápida recuperação pós-cirurgias para retirada de câncer no pulmão, para revascularização de miocárdio e para retirada de aneurisma, deve-se à interveniência das entidades, em conjunto com Deus.

B: Atribuo e atribuo e muito minha melhora e recuperação à fé. Os médicos ficam admirados com minha recuperação! Em todas as três cirurgias! Graças a Deus, recuperação muito boa, eu atribuo isto ao lado religioso, a Deus e às entidades, que sem ele não se faz nada para o bem ou para o mal. Então eu acho que Deus permitiu às entidades me ajudarem, e é isso que eu achei!

Para os entrevistados católicos carismáticos, Deus é quem realizou as cirurgias às quais foram submetidos. Estas falas são semelhantes a outras citadas em pesquisas que envolvem católicos desta corrente (MARIN e COMIN, 2017). Para

dois dos entrevistados, R e L, as cirurgias que realizaram, quais sejam a retirada de um câncer de endométrio e uma revascularização do miocárdio, respectivamente, e que os curaram, só tiveram um bom êxito porque “Deus operou pelas mãos dos médicos”.

L: Falei para a enfermeira: estou calmo, quem vai fazer a operação não é o médico, é Deus pelas mãos dele, é ele que vai operar, tá tudo calmo, eu fui numa paz após a unção que é impossível de entender para quem não passou. Porque é uma graça muito especial, muito importante.

Czordas (2008) e Pinezi e Giampaoli (2016) destacam que os carismáticos católicos veem a cura divina como a praticada por Jesus nos evangelhos, portanto, como milagres. A doença é tida como um processo de crescimento espiritual e a cura é tida em um modelo tripartite, onde ocorrem a cura física, a cura interior e a liberação dos efeitos adversos. Grupos de oração são frequentes, sonhos ou intuições também podem fazer parte da cura (como citado pelo entrevistado L) e o apoio emocional ao indivíduo é valorizado, reafirmando-se seu valor perante a comunidade.

Benedeiras também foram procuradas por alguns destes entrevistados. Promessas, novenas e benzimento foram a causa da recuperação de K1; a entrevistada C incluiu o benzimento para cura da asma que acometia seu filho. As benzedeadas ainda são um importante recurso terapêutico utilizado pela população brasileira, principalmente para o tratamento de crianças.

Já a materialização de objetos é descrita por Levi-Strauss (2012b) como sendo uma artimanha dos xamãs, fazendo parte do ritual de cura. A materialização de objetos com a retirada de doenças do corpo é citada por uma das entrevistadas que refere ter se curado de lesões que se auto infringia na pele quando ficava nervosa.

Y: ... é conhecida como benzedeadora do algodão, retira os males de dentro da pessoa e estes se materializam em uma bacia com algodão. Retirou de mim várias correntes e até um escorpião!

Helman (2009) destaca as denominadas curas *new age*, uma variedade de crenças e práticas que buscam realinhar energias e que incluem desde crenças advindas de religiões pagãs quanto orientais. Todas estas práticas e terapias podem ser encontradas em vários países, como parte do itinerário de cura que os indivíduos realizam (MELO, *et al.*, 2015).

Estas práticas foram citadas por três dos entrevistados B1, Z e J, os quais declararam sua religião como holista e incluem, passes, radiestesia, yoga, reiki, meditação e rezas, todas com a finalidade de reequilibrar a energia corpo-espírito. A cura para o estresse que desencadeia crises de hipertensão foi conseguida por uma das entrevistadas, X, por meio de “meditação alternada com passes e tratamentos de radiestesia e reenergização”.

A religiosidade e espiritualidade deste grupo de entrevistados não surge apenas nas práticas de cura, mas também e, principalmente, como importantes estratégias de enfrentamento.

J: Agora estou começando a procurar, aí eu estou debandando para isso. Não é uma coisa religiosa, minha espiritualidade é muito abrangente, procurei para descobrir um conforto, eu queria ter tranquilidade!

A espiritualidade e a religião são importantes fontes de conforto para os entrevistados, exceto para aqueles que se declararam ateus ou agnósticos. Ela aparece nas falas relacionadas à esperança e ao consolo.

A: Sou religioso, praticante inclusive, sou católico, a gente procura também um apoio da igreja, eu não deixei de ir com meu orientador padre que frequenta muito a família, para receber assim um conforto espiritual, né?

Estudos ressaltam que a prática religiosa é uma estratégia utilizada pelos adoecidos para a recuperação da força perdida com a doença e com os tratamentos, destacando-se a aceitação e atenção por parte da comunidade religiosa durante os períodos de maior gravidade da doença. Pesquisas demonstram que a reabilitação daqueles que tem crenças religiosas está associada a uma sensação de esperança e satisfação com a vida e com menos depressão, estratégia de enfrentamento propiciando resiliência (CANESQUI, 2018)

Vários dos entrevistados citam participar de grupos para exercício de sua espiritualidade ou de grupos religiosos organizados conforme a religião professada. A participação nestes grupos é descrita na literatura como propícia não só pelas possibilidades de interações grupais, mas pelo intercâmbio de percepções sobre o sofrimento e cura (DA MATTA, 1984).

O povo brasileiro é considerado um povo místico, multiconfessional. O antropólogo Da Matta (1984, p.117) o exprimiu acertadamente:

No caminho para Deus posso juntar muita coisa. Nele, posso ser católico e umbandista, devoto de Ogum e de São Jorge. A linguagem religiosa de nosso país é, pois, uma linguagem de relação e da ligação. Um idioma que busca a possibilidade de salvar todo o mundo e de em todos os locais encontrar alguma coisa boa e digna.

CONSIDERAÇÕES

Depreende-se que o grupo entrevistado possui um rico itinerário terapêutico, que inclui, além da biomedicina, práticas espirituais e religiosas. Estas últimas aparecem nas falas não apenas como método de cura, mas, também de apoio e

alívio do sofrimento, auxiliando, inclusive, na recuperação e na convivência com a doença.

Como a média etária do grupo é elevada, poder-se-ia pensar que a utilização destas práticas está relacionada às 'crendices ultrapassadas' ou apenas associada às doenças tidas como limítrofes com a morte, como o câncer, porém o que se nota, neste grupo pesquisado, é que o itinerário é rico também para os mais jovens, independentemente do tipo de doença que os acomete.

Esta pesquisa, contudo, tem limitações. Como se trata de um grupo específico de pessoas, seus achados não podem ser generalizados. Porém, chama a atenção que o aqui descrito reproduza, em parte, o encontrado em outros estudos realizados no Brasil, o que parece representar uma construção cultural mais ampla ligada à forma como a população brasileira vivencia seu itinerário terapêutico e a influência que a espiritualidade e as religiões têm para estes enfermos.

A fim de entender as crenças e necessidades de quem se encontra enfermo e, desta forma, fortalecer a relação profissional de saúde-adoecido, é necessário investir na formação destes profissionais, introduzindo o conhecimento sobre as terapias complementares, práticas populares e os efeitos da espiritualidade e religiosidade no processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista De Ciências Sociais-Política & Trabalho**, v. 1, n. 42, 2015.

ASSIS, Denise de. A influência da espiritualidade na saúde física e mental. **Interespe. Interdisciplinaridade e Espiritualidade na Educação**. ISSN 2179-7498, v. 1, n. 2, p. 44-52.

BATISTA JR, João. No espírito da cura. **Revista Veja**. 21 de setembro de 2011. Disponível em <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>. Acesso em 28 de janeiro de 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS. **Dados G**

gerais ANS. Disponível em <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 19 de julho de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Sistema de Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4433-4442, 2011.

CANESQUI, Ana Maria. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 409-416, 2018.

CAPRA, Fritjof. **O Tao da física**. São Paulo: Cultrix, 1990.

CSORDAS, Thomas. **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, p. 5-47, 2008.

DA MATTA, Roberto. **O que faz o brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

DALMOLIN, Indiara Sartori; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Práticas integrativas e complementares e a interface com a promoção da saúde: revisão integrativa/Integrative and complementary practices and the interface with the health promotion: integrative review. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 3, 2017.

DREW, Elaine M.; SCHOENBERG, Nancy E. Deconstructing fatalism: ethnographic perspectives on women's decision making about cancer prevention and treatment. **Medical anthropology quarterly**, v. 25, n. 2, p. 164-182, 2011.

ESPÍRITO-SANTO, Ruy César do. **O renascimento do sagrado na educação**. Campinas-SP: Papirus, 2000.

FOCH, Gisele Fernandes de Lima; SILVA, Andressa Melina Becker; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003–2013). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 53-71, 2017.

GOMES, Mara Helena de Andréa; MARTIN, Denise; SILVEIRA, Cássio. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 469-477, 2014.

GUIMARÃES I.P; CAMPOS R. X.; FONSECA IMG; MOREIRA GJM; MELO PBR. **Abordagem da espiritualidade na prática médica de medicina de família e comunidade**. Anais VI Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, 2018.

HARVEY, Idethia S.; SILVERMAN, Myrna. The role of spirituality in the self-management of chronic illness among older African and Whites. **Journal of cross-cultural gerontology**, v. 22, n. 2, p. 205-220, 2007.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Artmed Editora, 1994.

HOPMAN, Petra; RIJKEN, Mieke. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. **Psycho-Oncology** 24.1 (2015): 11-18.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf .Acesso em 19 de julho de 2018.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **PIB estadual e saúde: riqueza regional relacionada à disponibilidade de equipamentos e serviços de saúde para o setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: IESS, 2014.

JUNIOR, João Paulo Roberti; BENETTI, Idonézia Collodel; ZANELLA, Michele. Itinerário terapêutico, escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 18, 2016.

LEVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica *In* LEVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify Portátil, 2012a.

LEVI-STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua magia *In* LEVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify Portátil, 2012b.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez et al. Avaliação Multidimensional do Idoso: resultados em um grupo de indivíduos vinculados a uma operadora de planos de saúde. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 191-211, 2018.

MARIN, Raquel Cornélio; COMIN, Fabio Scorsolini. Desfazendo o “mau-olhado”: magia, saúde e desenvolvimento no ofício das benzedadeiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 446-460, 2017.

MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. 2001.

MELO, Cynthia de Freitas et al. **Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 15, n. 2, 2015.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza (Org.) **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2013. 33ª Ed.

MORENO-ALTAMIRANO, Laura. **Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica**. 2007.

NEUNER-JEHLE, Stefan et al. Patient–provider concordance in the perception of illness and disease: a cross-sectional study among multimorbid patients and their general practitioners in switzerland. **Patient preference and adherence**, v. 11, p. 1451, 2017.

PANITZ, Gabriel de Oliveira et al. Instrumentos de abordagem da espiritualidade na prática clínica. **Acta méd.** (Porto Alegre), v. 39, n. 1, p. 37-45, 2018.

PINEZI, Ana Keila Mosca; GIAMPAOLI, Michelangelo. **Cura religiosa:** narrativas de itinerários terapêuticos em dois contextos religiosos. Anais II Simpósio Internacional da Associação de História das Religiões. Florianópolis, 2016.

PORTER, Roy. Kleinman Arthur. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry, Berkeley, Los Angeles, and London, University of California Press, 1980, 8vo, pp. xvi, 427, illus., £ 15.00. **Medical history** 25.4 (1981): 435-436.

ROSA, Luciana Martins da; BÚRIGO, Telma; RADÜNZ, Vera. Itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer: cuidado com a alimentação. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 463-467, 2011.

SAIZAR, Mercedes; DISDERI, Ivania. **Culturas, enfermedades y medicinas.** Reflexiones sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de Argentina, Ediciones IUNA. 2004.

SOBRINHO, Vicente Batista de Moura Sobrinho. MORIN, Edgar. **Os setes saberes necessários á educação do futuro.** Trad. Catarina Eleonora F. Da Silva & Jeanne Sawaya; Revisão Técnica de Edgar de Assis Carvalho. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001, 118P.

ASSIS, Denise de. **A influência da espiritualidade na saúde física e mental. Interesse.**

VELASCO, MAA et al. Dimensiones culturales del concepto de salud em trabajadores jubilados de Guadalajara, México. **Hacia la promoción de la salud**, p. 13-27, 2010.

WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; REBELLO, Bárbara Christina. As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 3, p. 243-252, 2004.