

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

Câncer de mama e religião: Uma análise qualitativa em um hospital público na cidade de Belo Horizonte, Brasil.

Claudio Santiago Dias Jr, Raíssa Couto

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3702>

Submetido em: 2022-03-02

Postado em: 2022-03-10 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Câncer de mama e religião:
Uma análise qualitativa em um hospital público na cidade de Belo Horizonte, Brasil.

Breast cancer and religion:
A qualitative analysis in a public hospital in the city of Belo Horizonte, Brazil.

Raissa Cristina Abreu Couto
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Universidade Federal de Minas Gerais
raissa.couto@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-6384-4401

Claudio Santiago Dias Jr
Departamento de Sociologia
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Universidade Federal de Minas Gerais
csdj@ufmg.br
ORCID: 0000-0001-6038-6716

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever e compreender possíveis associações entre o envolvimento religioso e o enfrentamento da doença para pacientes diagnosticados com câncer de mama. Foram realizadas 19 entrevistas individuais com pacientes em tratamento quimioterápico contra o câncer de mama, bem como aplicados um questionário padrão a todas as entrevistadas. A análise das entrevistas foi feita a partir da análise do conteúdo (AC). Observou-se que as mulheres entrevistadas apontaram que não somente a sua cura, mas também a possibilidade de passar pela experiência do adoecimento serviu para fortalecer suas convicções religiosas, bem como apontaram que sua fé teve papel fundamental na sua cura e no fato de passar pelo processo da doença de forma positiva. Desta forma, elas acabaram criando um ciclo em que tanto as convicções religiosas quanto a sua saúde são vistas como fortalecidas.

Palavras-Chave:

Religião, Câncer de Mama, Religiosidade; Brasil.

ABSTRACT

The purpose of this work is to understand possible associations between religious involvement and coping for patients diagnosed with breast cancer. It was conducted 19 individuals in depth interviews with patients undergoing chemotherapy for breast cancer, and applied a survey questionnaire to all of them. The data analysis was made from the content analysis (CA). It was observed that the women interviewed pointed out that not only your healing, but also the possibility of passing the illness experience served to strengthen their religious convictions, and pointed out that their faith played a key role in their healing and in the fact go through process positively disease. Thus, they ended up creating a cycle in which both religious beliefs as their health are seen as strengthened.

Key Words:

Religion, Breast Cancer, Religiosity, Brazil.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença que afeta principalmente as mulheres, sendo elas responsáveis por 99% dos casos relatados (INCA, 2017). Em 2012 foram identificados 1,7 milhões de novos casos no mundo, o que representa 12% de todos os diagnósticos positivos de câncer no ano, e 25% dos diagnósticos de câncer entre as mulheres, de acordo com o World Cancer Research Fund Internacional (WCRF, 2014).

No Brasil foram estimados quase 58 mil novos casos de câncer de mama em 2016 (INCA, 2017), sendo este tipo de câncer o mais frequente no país e a principal causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras (INCA, 2013; VIEIRA ET AL, 2012; BRASIL, 2004). Dados apresentados pelo World Cancer Research Fund International revelam que 22% dos casos de câncer de mama no Brasil poderiam ser evitados caso as mulheres não ingerissem bebidas alcoólicas, e no caso das mulheres no período pós-menopausa, seria também necessária a prática de atividades físicas e a manutenção do peso corporal adequado, evidenciando a importância de um estilo de vida saudável para a prevenção do câncer de mama (WCRF, 2014).

Um aspecto importante que vem sendo destacado na literatura mundial sobre o câncer se refere às diversas dimensões da religião sobre o processo de descoberta, adoecimento e cura. Em relação ao câncer de mama, observou-se que são poucos os estudos que utilizam as variáveis “religião”, “envolvimento religioso”, “religiosidade” e “espiritualidade” em suas análises.

Mesmo com a escassez de estudos sobre câncer de mama e a religiosidade de uma maneira geral, alguns resultados de pesquisa sobre o tema são bastante reveladores. Em um trabalho realizado com 27 mulheres diagnosticadas com câncer de mama no Chile, foi observado que a maioria das pacientes via em Deus uma fonte de ajuda para lidar com o câncer de mama, sendo que metade das pacientes entrevistadas reportou que seu diagnóstico as trouxe para mais próxima de Deus, e quase todas concordaram que a fé ajudou a lidar com o câncer de mama (CHOUMANOVA ET AL, 2006). Em um estudo na Califórnia foi observado que entre

os pacientes sobreviventes do câncer de mama a religiosidade/espiritualidade era uma importante fonte de significação para a doença. Além do significado pessoal dado ao câncer, estes pacientes se voltaram para Deus em busca de um conforto espiritual e cura. (SABADO ET AL, 2010).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é descrever se, e como, a religião, e mais especificamente, religiosidade e espiritualidade, participam no processo de busca da cura do câncer de mama. Para isto, foi realizado um estudo em um hospital público de Belo Horizonte, onde foram realizadas 19 entrevistas em profundidade com pacientes em tratamento quimioterápico.

RELIGIÃO E SAÚDE

É bastante antiga a relação existente entre saúde e religião. Koenig, King e Carson (2012) mostram que em diversos momentos da história a cura foi colocada como responsabilidade das instituições religiosas. Atualmente, no entanto, a medicina se impõe como o principal meio de busca da cura, mas a religião ainda é acionada quando o indivíduo encontra-se frente a uma situação considerada grave e principalmente quando os conhecimentos médicos tradicionais se mostram ineficazes. Neste cenário, a religião funciona, normalmente, como a última alternativa para o enfrentamento dos desafios colocados por doenças graves.

De uma maneira geral, a literatura tem demonstrado que a religião pode exercer efeitos positivos e negativos no processo de enfrentamento de doenças. Segundo Ellison e Jeffrey (1998) os efeitos positivos da religião podem gerar uma regulação do estilo de vida e comportamentos individuais saudáveis, podem promover uma autopercepção positiva da situação em que o paciente se encontra, pode fornecer recursos específicos de enfrentamento, gerar emoções positivas e promover crenças saudáveis. Koenig, McCullough e Larson (2001) apontam que dentre os efeitos negativos estão: (1) a interrupção de tratamentos médicos que pode ser sugerida por líderes religiosos aos seguidores para que estes provem ter a fé necessária

para serem dignos de curas divinas; (2) o adiamento na procura médica, devido a inúmeros fatores como: a pressão exercida por outros membros da congregação religiosa para que o primeiro tratamento seja o religioso e somente caso este não seja efetivo que se busque outras fontes, experiências negativas ou mal sucedidas anteriormente; (3) a recusa de tratamentos específicos baseadas em crenças religiosas (por exemplo, a recusa a tratamentos que necessitem de transfusão de sangue, ou vacinação de crianças).

Além dos possíveis efeitos positivos e negativos, é importante destacar que a religião pode agir de forma direta e/ou indireta sobre o indivíduo e grupos de indivíduos (VERONA, 2011; SMITH, 2003). Quando apontam para os efeitos diretos, os autores referem-se à existência de três formas de influência. A primeira seria por meio de uma *ordem moral* imposta pela igreja que prediz valores e padrões de comportamento. A segunda forma apresentada se refere às possíveis *sanções sociais* decorrentes de desvios de comportamento. Estas normas criam um autocontrole que fazem com que as pessoas queiram seguir certos comportamentos por julgá-los como corretos e virtuosos. A terceira e última forma de influência direta da religião sobre comportamentos individuais, se refere às *consequências do desvio*. Esta, segundo os autores, se liga ao sofrimento, sentimento de vergonha, culpa e até mesmo a expectativa de punição divina que o desvio e a violação das normas podem gerar nos indivíduos.

Já os efeitos indiretos são as formas mais comuns de influência da religião. Eles se referem às competências apreendidas e aos laços sociais e organizacionais. As *competências apreendidas* seriam: habilidades de liderança, de enfrentamento e acúmulo de capital cultural, todos adquiridos devido ao contato que se tem com outros fiéis. Já os *laços sociais e organizacionais* se referem às relações sociais e estruturas de relações que os fiéis adquirem a partir do envolvimento institucional na igreja que podem facilitar a ação e serem mobilizados para fins instrumentais (VERONA, 2011). Tais redes se mostram tão importantes e influentes sobre as atitudes de saúde que Ellison e Jeffrey (1998, p. 705, *tradução nossa*) apontam que

“pelo menos parte da relação observada entre envolvimento religioso e resultados de saúde decorre do papel das comunidades religiosas na prestação de laços sociais e de apoio.” Torna-se claro, portanto, que as igrejas/templos e congregações exercem um importante papel sobre a criação das representações e sobre as atitudes que a pessoa pode tomar sobre sua saúde/doença.

DADOS E METODOLOGIA

Este é um estudo transversal de natureza qualitativa, que foi realizado em um hospital que presta assistência à saúde aos servidores do Estado de Minas Gerais, localizado no município de Belo Horizonte, nos meses de junho e julho de 2014. A escolha deste hospital se deu pela existência de um setor de oncologia e porque o acesso foi facilitado devido ao prévio conhecimento dos profissionais da saúde que lá trabalhavam e que contribuíram para a entrada no campo.

Para a seleção das entrevistadas foi realizada uma triagem a partir dos prontuários médicos do setor de oncologia do hospital. Foram selecionados 223 prontuários de pacientes em tratamento de câncer de mama. Posteriormente e com a posse do nome das pacientes, seu número de prontuário e de matrícula, utilizou-se o sistema eletrônico do hospital para poder verificar se a paciente ainda estava em tratamento quimioterápico e, em caso afirmativo, para quando estava agendada sua próxima consulta. Dentre os 223 prontuários coletados observou-se que havia três pacientes que constavam no sistema eletrônico como óbito. Com estas informações, o universo de mulheres passou para 220. Deste total, apenas 90 pacientes estavam com consultas ou sessões de terapia agendadas para o período de trabalho de campo. Com estas informações em mãos, iniciou-se a preparação para a abordagem das pacientes. Para isto, foi levantado todo o processo realizado pela paciente que irá fazer a sessão de quimioterapia: (1) Chegar ao hospital, retirar uma senha e aguardar para ser atendido na secretaria; (2) Uma vez atendido na secretaria, é preciso esperar que o médico a receba, verifique seus exames e então

o libere para que a paciente possa ir receber o quimioterápico. Apesar do primeiro procedimento normalmente ser rápido, o segundo costuma demorar. Desta forma optou-se por abordar a paciente neste segundo momento para convidá-la a participar da entrevista, pois caso obtivesse uma resposta negativa ainda era possível abordar outra paciente que estivesse marcada para algum horário próximo.

Durante todo o processo foram abordadas 26 pacientes, mas sete delas estavam esperando para realizar apenas consulta médica de rotina e, por este motivo, a paciente não iria para a sala de quimioterapia, impossibilitando assim a realização da entrevista. Outro problema encontrado refere-se ao esquema de atendimento existente no hospital. Uma vez que os médicos mastologistas iam ao hospital em dias específicos, todas as pacientes enquadradas no perfil proposto que realizariam a quimioterapia também se concentravam naqueles dias e normalmente no período da manhã. Como as entrevistas normalmente demoravam entre uma hora e uma hora e meia, e havia ainda o tempo gasto (às vezes até durante a entrevista) de troca de remédios, orações (realizadas pelo grupo de orações do hospital) e outros procedimentos médicos que exigiam pausas no processo da entrevista, era difícil realizar mais de duas entrevistas no dia (sendo uma na parte da manhã e outra no período da tarde, quando havia terapias marcadas neste período do dia), assim, ao final de todo o processo, foram feitas 19 entrevistas¹. Segundo o levantamento realizado, 64% delas tinham entre 41 e 60 anos, em relação à raça/cor, 61% se declararam negras e 63% tinham pelo menos o segundo grau completo. Em relação à religião, 65% se declararam católicas e 22% evangélicas. 89% da amostra eram compostas por mulheres que tiveram filhos.

As entrevistas foram realizadas no momento da aplicação do quimioterápico, uma vez que a enfermaria em que este procedimento era feito era bastante espaçosa, menos barulhenta

¹ O critério de saturação foi utilizado para determinar este número.

do que a sala de espera, e menos movimentada. Outro fator determinante para esta escolha refere-se ao fato de ser proibida a presença de acompanhantes, o que possibilitava uma maior privacidade e evitava interrupções desnecessárias e a possibilidade de constrangimento do entrevistado no momento da entrevista.

A técnica de análise de conteúdo categorial foi utilizada para estabelecer as categorias a serem investigadas nos relatos tomados junto as pacientes. As categorias definidas foram (1) Vida antes do câncer; (2) Descoberta do câncer; (3) Enfrentamento do câncer.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da UFMG e do Hospital onde foi realizado o campo (N.º Registro CAAE: 29540014.1.0000.5149). Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os nomes foram alterados para manter preservadas as identidades de todas as participantes.

RESULTADOS

Os relatos das entrevistas são apresentados segundo as três categorizações demonstradas anteriormente, com o intuito de revelar a vida antes da doença, a descoberta da doença e seu impacto na vida diária, e a forma de enfrentamento da doença por parte das mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Vida antes do câncer

Quando questionadas sobre suas vidas antes de serem colocadas frente ao diagnóstico da doença, as entrevistadas sempre descreviam suas vidas como sendo normais, com acontecimentos e experiências esperadas para cada uma delas de acordo com sua idade e ocupação. As rotinas são sempre descritas como bastante envoltas de trabalho, cuidado com a família e alguns momentos de lazer.

“(...) sair, trabalhar, almoçar, olhar a mãe, trabalhar, divertir, olhar mãe...”

(Lis, 48, Católica não praticante, Diagnosticada aos 44, em tratamento a 2 anos e 5 meses)

“Eu trabalhava em escola, era faxineira. Entendeu? Trabalhava só... aquela rotina, trabalhava, ia para casa cuidar da casa, cuidar da família, como se diz não pensava tanto na gente não.”

(Hortência, 58, Evangélica Praticante, Diagnosticada aos 45, em tratamento a 5 anos para uma metástase pulmonar)

“(...) ai pra trabalhar eu tomava banho correndo, era tudo correndo, almoço correndo, fazer as coisas de casa correndo, trabalhar correndo, tudo, tudo muito depressa.”

(Azaléia, 46, Católica praticante, Diagnosticada aos 41, em tratamento por 5 anos)

Mesmo com a rotina percebida como pesada as entrevistadas se percebiam fortes e saudáveis antes da doença. Invariavelmente se percebe no discurso uma correlação entre saúde, liberdade e felicidade:

“Você não para pra pensar que, levantar cedo, trabalhar o dia inteiro, tomar seu banho sozinha, caminhar com suas pernas, sonhar... ô, sonhar... sonhar. Não ter saúde é quase que limitar sua vida. Então você sonha. Pra você é tão natural quanto o ar, então ter saúde é... ter saúde é não ter limites. Ter saúde é ser livre. Ter saúde é ser livre, é ser liberto. Por que o não ter... o não ter... eu não tinha dimensão de não ter. Até ter quarenta anos eu não tinha nem gripe. Não sabia o que era tomar remédios, colesterol alto, nada disso. Então ter saúde é ser livre. Com certeza.”

(Azaléia, 46, Católica praticante, Diagnosticada aos 41, em tratamento por 5 anos)

“Agora eu acho que uma pessoa saudável é uma pessoa que vive feliz.”

(Jasmim, 58, Católica não praticante, Diagnosticada aos 58, em tratamento a 9 meses)

“Ser saudável pra mim é ser feliz. (...) É você, mesmo em qualquer circunstância, você ter paz. Você em qualquer circunstância da vida você... tem pessoas que... você pode ver que tem dinheiro, que tem saúde, tem amigos, tem uma família participativa e não se sente feliz. Então uma pessoa que não se sente feliz ela não é saudável. Saudável tem muito mais a ver né... o conceito de estar saudável está muito mais além de ter saúde né.”

(Érica, 39, Evangélica Praticante, Diagnosticada aos 33 anos, em tratamento a 4 anos para uma metástase pulmonar)

Descoberta do câncer

O câncer de mama é uma doença com inúmeras causas e que gera um grande temor social. Por este motivo, receber este diagnóstico mostra-se sempre como um difícil e longo processo. Segundo Herzlich e Adam (2001), receber o diagnóstico de um câncer, mesmo para uma pessoa que não tenha conhecimento aprofundado sobre a doença, desperta o que eles chamam de ‘rede semântica da doença’, que são os conjuntos de conceitos e de símbolos que a ela são associados e que lhe conferem sentido. “O que determina aquilo que se chama de doença, mais do que a opinião dos médicos, é a apreciação dos pacientes e das ideias dominantes do meio social.” (DALCUCHE, 2006, p. 100). Este meio social a qual a autora se refere é o mesmo que fornece fontes para que estas mulheres criem também significados para a doença. Toda a carga simbólica e informações recebidas ao longo dos anos sejam pela mídia, muitas vezes alarmante, por experiências anteriores ou pelas próprias informações oferecidas pelo médico responsável, se misturam para que as pacientes criem seus próprios significados da doença. Assim a doença pode ser significada de diversas maneiras sejam elas negativas ou positivas. Independente do nível de instrução, idade ou religião, os pacientes já carregam consigo um medo que, frente à confirmação do diagnóstico, é expresso das mais diversas formas.

“Entrevistada – Ai acabou! O medo de morrer... é um medo de morrer, mas não é um medo... é uma sensação de que farei falta pras minhas filhas. É uma coisa engraçada... medo de morrer... não é... é o que fazer que ainda não terminei, é o inacabado. Eu preciso acabar, eu preciso fazer isso, não vou... vai levar pedrada quem vier me buscar... não vou... eu não acabei ainda, ainda tem muito... ai vem uma insegurança tão grande, tão grande. Uma insegurança que você pode estar rodeado de pessoas que vem uma solidão, que agora é você e você. Você tem essa sensação. De solidão na multidão. (...) Foi necessário aquele tempo, de chão mesmo, de não dormir de, do nada ter uma diarreia pavorosa, diarreia incontrolável, o vômito do nada...

Entrevistadora – Mas isso já quando você estava fazendo o tratamento?

Entrevistada – Não! Isso quando recebi o diagnóstico. Tive diarreia, tive uma diarreia pavorosa que eu não conseguia controlar, tive tudo, tudo de ficar abatida mesmo, muito ruim. Dor de cabeça, assim, de não conseguir dormir. Eu falava assim, ‘mãe, eu estou igual a uma folha no ar, eu não sei onde que eu estou. Parece que eu estou solta da árvore. Eu estou perdida, estou voando, onde o vento quiser me mandar eu vou’. E são pensamentos muito difíceis.”

(Azaléia, 46, Católica praticante, Diagnosticada aos 41, em tratamento por 5 anos)

“Ai quando eu entrei, a médica foi direta. Ela falou, ‘a senhora ta sabendo ou a senhora quer que eu fale que a senhora tem um câncer? A senhora tem um câncer!’. Foi a mesma coisa de ter aberto um buraco e eu ter caído lá dentro. E eu nunca mais sai porque... ai quando ela me falou, pronto, a minha vida parou ali. Pra todo mundo que ta conversando comigo lá em casa, tudo, eu tento não demonstrar nada, mas minha vida parou naquele dia que aquela médica falou comigo sem mais, sem menos, que eu tinha um câncer sabe? Eu sai dali.... no momento eu já mudei toda. Deprimi toda. Naquele momento, tudo meu mudou. Mudou minha rotina de vida.”

(Jasmim, 58, Católica não praticante, Diagnosticada aos 58, em tratamento a 9 meses)

“Achei que ia morrer, eu falei ‘meu deus do céu, senhor, é agora!’ Fiquei doida, doidinha no consultório, inclusive liguei para meus filhos, meus filhos foram lá ai meu marido virou para o medico e falou ‘doutor tem uma luz no fim do túnel?’ o medico virou ‘claro, claro que tem!’, então vamos esperar que tudo vai passar e passou! Graças a Deus!”

(Hortência, 58, Evangélica Praticante, Diagnosticada aos 45, em tratamento a 5 anos para uma metástase pulmonar)

Uma vez recebido o choque despertado pela descoberta da doença e o acionamento de toda sua rede semântica, estas mulheres passam a buscar formas de lidar com o tratamento e significar a doença, mas não sem antes elaborarem suas próprias explicações sobre as causas que as levaram ao diagnóstico. Assim, as causas pelas quais as pessoas julgam terem sido acometidas pelo câncer variam imensamente e nelas o imaginário social e religioso aparecem fortemente.

“Foi diagnosticado um nódulo, mas a fé é tão grande, que eu recebi como uma permissão de Deus para um aprendizado, para um crescimento.”

(Acácia, 41, Evangélica praticante, Diagnosticada aos 40, em tratamento a 1 ano e 3 meses.)

“Eu até falo que essa doença veio pra mim... antes eu falava que tinha vindo como castigo de alguma coisa que eu fiz, hoje eu digo que foi um presente. Por que eu encontro mais fatores positivos de que negativos nesta doença.”

(Violeta, 58, Católica praticante, Diagnosticada aos 49 anos, em tratamento a 1 ano para uma metástase mamária)

“Por que todo mundo fala ‘excesso de fritura que faz surgir o câncer’, mas eu acho que não é! Eu tive uma decepção muito grande quando eu tive o câncer pela primeira vez, que o meu filho foi para o exército. Como ele era do colégio militar ele já foi... ele foi mais cedo, ele fez dezesseis anos e foi com dezessete anos para as Agulhas Negras (...) mas pelo fato de ter começado a carreira muito cedo e ser muito ligado a mim eu sofri com a ida dele. Sofri muito então eu acho que foi isso. Acho que a maneira de eu colocar pra fora o sofrimento, vamos dizer assim né, os sentimentos fortes, a maneira de eu colocar pra fora é através da doença.”

(Violeta, 58, Católica praticante, Diagnosticada aos 49 anos, em tratamento a 1 ano para uma metástase mamária)

“(...) então quando eu descobri o câncer, eu estava louca, parecia que eu estava doida por que eu descobri que ele (se referindo do filho mais novo) tava cheirando Tiner e aquilo ali me perturbou tanto, tanto, que era só isso que eu pensava. (...) eu creio também que a doença veio por causa disso. Eu acho porque o emocional fica muito abalado.”

(Angélica, 63, Evangélica praticante, Diagnosticada aos 53 anos, em tratamento constante, agora para uma metástase)

“(...) eu era professora, e a correria era muito grande. O stress é muito grande, a cobrança é muito grande, porque o que eu trabalhava, em que eu trabalhava que era a educação, e eu posso falar assim, é a moeda de troca de uma política né. A educação é assim, os governos utilizam muito da educação pra permanecer no poder, pra justificar projetos mirabolantes e projetos que as vezes não dão certo e assim quem vê, quem tá dentro do sistema... eu vivi uma falta de paz muito grande. E eu custei, eu demorei muito

a aprender a voltar a ter paz, porquê eu fiquei 12 anos nesse contexto de correria, de competitividade, de entregar tudo na data certa e isso gerou em mim uma falta de paz que eu acho que me trouxe a doença. Eu acho que isso me trouxe a doença. Então assim, a raiz dessa doença é a falta de paz.”

(Érica, 39, Evangélica Praticante, Diagnosticada aos 33 anos, em tratamento a 4 anos para uma metástase pulmonar)

Percebe-se que muitas vezes as causas atribuídas ao aparecimento da doença são de fundo emocional e social. Nenhuma das entrevistadas atribuiu o diagnóstico a fatores comumente associados na literatura como consumo de álcool, de tabaco, dieta rica em gordura dentre outras; as causas são buscadas em outros fatores. Como apontado por Tavares (2005), a noção de que o câncer estaria relacionado a pessoas muito contidas em suas emoções acaba sendo uma das inúmeras noções trazidas à tona como forma explicativa para o diagnóstico. Outro ponto bastante salientado pelas pacientes foi a questão do stress da vida cotidiana impostos pelo trabalho. Muitas, apesar de apontarem que se sentiam bem realizando seu trabalho e que a vida corrida era sinal de saúde, também apontaram que esta rotina pesada, corrida e envolta em stress e cansaço poderiam ser a causa para o aparecimento de sua doença.

Enfrentamento do Câncer

A análise da terceira categoria “enfrentamento do câncer” mostrou que, apesar de todas as entrevistadas apontarem ter uma religião e acreditarem em Deus, foi possível observar, através das falas, diferentes “níveis” de engajamento religioso. Também foi possível observar que todas elas fizeram uso do “enfrentamento religioso/ espiritual (CRE)” durante o período em que estavam lutando contra a doença, o que mostra que mesmo aquelas mulheres que se diziam menos religiosas, acreditavam no poder e na importância da fé.

Dentre todas as entrevistadas, não houve nenhuma que tenha feito uso do CRE negativo. Por pior que fosse a percepção da entrevistada com relação à doença, ao tratamento ou a qualquer outro aspecto da situação, sua relação com Deus sempre era apresentada como positiva.

“Eu aproveitei minha filha (para levar o pedido), e solicitei a todos os grupos de oração da cidade, cada igreja, cada grupo de oração, pra tá fazendo oração. Antes era só do grupo, agora não, todos os grupos!”

(Rosa, 49, Católica Praticante, Diagnosticada aos 48, em tratamento a 1 ano e 3 meses)

“(...) Sempre conversava assim porque eu tinha muita visita, muitas pessoas sabe?! É porque eu tenho muita convivência com o pessoal de igreja né, então sempre eles estão orando por mim, e as vezes eles iam ali achando que eu estava muito ruim e de repente eu tinha umas coisas que eu tenho certeza que vem de Deus e eu melhorava. Eu ficava feliz por aquela pessoa vim e estar junto comigo e eu orava junto com aquela pessoa e ali eu fortalecia o meu ser (...). A gente não tem que se abater muito porque no meio de cem pessoas, Deus escolhe uma pra passar por aquilo.”

(Angélica, 63, Evangélica praticante, Diagnosticada aos 53 anos, em tratamento constante, agora para uma metástase)

“Igual quando apareceu o problema no meu pulmão, a pastora orou para a cura, depois que ela orou ela falou assim ‘agora nós não vamos orar para Deus curar, nós vamos agradecer a Deus, porque nós já determinamos a cura na sua vida.’ Para determinar, basta a pessoa ter fé né?”

(Hortência, 58, Evangélica praticante, Diagnosticada aos 45, em tratamento a 5 anos para uma metástase pulmonar)

Não foram observados casos de conversão (mulheres que mudaram de religião) motivados pela descoberta da doença. Contudo, foi bastante revelador observar que todas as mulheres apontaram ter havido uma mudança na sua forma de se relacionar com Deus e/ou com sua religião após a experiência da doença.

“Antes eu rezava, eu lia os textos, eu ia às missas, eu comungava, eu pedia pra mim, para os demais, para a família, mas é diferente, é diferente, eu não sei se esse fiel... não sei colocar em palavras, mas é diferente. (...)Então Ele se apresenta nestas minúcias. Então meu olho, meu olhar, não meu olho físico, o olhar... meu olhar está apurado, está afinado pra essa percepção, assim de quanto ele se faz presente. Ta muito afinado. Ta muito tranquilo pra mim essa visão. Por que eu aprendi a olhar. Eu aprendi. E está sendo um aprendizado muito necessário... pra minha evolução mesmo enquanto vivente, enquanto ser, enquanto cristão.. um aprendizado.”

(Azaléia, 46, Católica praticante, Diagnosticada aos 41, em tratamento por 5 anos)

Assim, a mudança trazida é sempre relatada como uma mudança positiva que aumentou a fé da entrevistada e a fez se sentir mais próxima de Deus, mesmo quando a situação da doença é vista como uma prova de fé. Sendo assim, foi possível identificar que a situação de doença vivida pelas entrevistadas fez com que as mesmas mudassem sua forma de se relacionar com a religião e com Deus. Todas, porém, de forma positiva, reforçando esta ligação que segundo as mesmas contribuía para ajudá-las a crescer como indivíduo e a lidar com a doença. A forma mais visível desta mudança foi relatada na forma como estas mulheres se comunicavam com seu Deus. Assim, as maiores mudanças foram percebidas na forma como elas oravam.

Todas estas mulheres apontaram que sua mudança na forma de se relacionar com Deus não havia sido motivada por fins instrumentais, mas independente disto, todas acreditavam na

existência de uma conexão direta entre sua fé e sua saúde. As mulheres, na maioria das vezes, não sabiam explicar como tal conexão se dava e outras acreditavam que o benefício que esta conexão gerava estava no auxílio prestado pela fé em aceitar e lidar com a doença. Assim, independente da forma, todas as entrevistadas achavam que esta conexão existia, era fundamental para elas e que sem o elemento da fé em suas vidas, toda a experiência de adoecer e enfrentar a doença teriam sido impossíveis ou muito mais difíceis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo geral compreender possíveis associações entre o envolvimento religioso e o enfrentamento da doença para pacientes diagnosticadas com câncer de mama. Para se chegar a este objetivo, buscou-se responder a seguinte questão: “como o envolvimento religioso pode estar associado ao enfrentamento da doença para pacientes diagnosticados com câncer de mama?”. Observou-se que o envolvimento religioso destas mulheres fornece bases para que elas façam uso do que chamamos de enfrentamento religioso/espiritual (CRE) que as ajuda a lidar com o diagnóstico e com a doença.

Além do problema proposto, havia a hipótese de que, pacientes que se envolvem religiosamente, apresentam uma postura mais esperançosa e proativa frente a doença. Apesar de não poder ser comprovada nem refutada, uma vez que não houveram mulheres que alegaram não se envolver religiosamente, pudemos observar que as entrevistadas tinham uma postura esperançosa e proativa frente a doença.

Sendo assim, a presente pesquisa apesar de deixar claro que para as mulheres que vivenciam a doença esta relação é real, não pode afirmar que tal relação causal existe. Observou-se, no entanto, que as mulheres entrevistadas apontaram que não somente a sua cura, mas também a possibilidade de passar pela experiência do adoecimento (visto como uma forma de aprendizado) serviu para fortalecer suas convicções religiosas, bem como apontaram que sua fé teve papel fundamental na sua cura e no fato de passar pelo processo da doença de forma

positiva. Desta forma, elas acabaram criando um ciclo em que tanto as convicções religiosas quanto a sua saúde são vistas como fortalecidas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção a Saúde/ Instituto Nacional do Câncer, (2004), *Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso*. Rio de Janeiro, RJ, INCA.

Choumanova, I. y otros (2006), “Religion and Spirituality in Coping with Breast Cancer: Perspectives of Chilean Women”. *The Breast Journal, Volume 12 Number 4*.

Dalcuhe, MG. (2006), *A Experiência de mulheres com câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde: Uma análise sociológica*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Curitiba.

Ellison, CG. y Jeffrey, SL. (1998), “The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions”. *Health Education and Behavior 25: 700-720*.

Herzlich, C. y Adam. Os estados de saúde e seus determinantes sociais. IN: Herzlich, Claudine y Adam, Philippe, (2001), *Sociologia da doença e da Medicina*. Editora da Universidade do Sagrado Coração.

INCA (Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva) (2013), *Conceito e Magnitude*:

[https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-DE-MAMA/conceito-e-magnitude#:~:text=%C3%89%20uma%20doen%C3%A7a%20de%20desenvolvimento,avanc%C3%A7ados%20\(INCA%2C%202021a\)](https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-DE-MAMA/conceito-e-magnitude#:~:text=%C3%89%20uma%20doen%C3%A7a%20de%20desenvolvimento,avanc%C3%A7ados%20(INCA%2C%202021a).). Acesso em: 10 março 2022

INCA (Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva) (2017), *Tipos de Câncer: Mama*:

<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 10 março 2022

Koenig, HG; McCullough, ME; y Larson, DB. (2001), *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.

Koenig, HG; King, DE. y Carson, VB. (2012), *Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press 2 nd Ed.

Sabado, M. y otros (2010), “Role of Spirituality in Coping with Breast Cancer: A Qualitative Study of Samoan Breast Cancer Survivors and their Supporters”. *Californian Journal of Health Promotion 2010, Special Issue (Cancer Control)*, 11 – 22.

Smith, C. (2003), “Theorizing Religious Effects Among American Adolescents”. *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol. 42, n° 1.

Tavares, JSC. (2005), “Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 21, n° 2.

WCRF (World Cancer Research Fund International) (2014), *Breast Cancer*: http://www.wcrf.org/cancer_statistics/data_specific_cancers/breast_cancer_statistics.php

Verona, APA. (2011), “Explanations for religious influence on adolescent sexual behavior in Brazil: direct and indirect effects”. *Revista Brasileira Estudos Populacionais*. Rio de Janeiro, vol. 28, n° 1.

Vieira, SC. y otros (2012), *Oncologia Básica*, Teresina, PI: Fundação Quixote.

Contribuição:

RC contribuiu com a conceituação do estudo, metodologia, análise dos dados, redação e revisão. CSDJ contribuiu para a análise dos dados e revisão. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflito de interesse: Não tem

Financiamento: Capes

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.