

Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas*

Cristiane Spadacio¹
Nelson Filice de Barros²

SPADACIO, C.; BARROS, N.F. Conventional therapeutics and non-conventional therapeutics for cancer treatment: the meanings of religious practices. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.30, p.45-52, jul./set. 2009.

It was sought to learn about the meanings within complementary and alternative medicine (CAM) use among patients undergoing treatment at the oncology service of the Clinical Hospital of Unicamp. For this, the following were analyzed: 1) how patients dealt with health/disease; 2) the motivations and processes underlying the decision to use CAM; and 3) the sociability networks that influenced decisions regarding conventional and/or unconventional cancer treatments. From the discourse of the eight patients interviewed, it was seen that CAM and religious services were important for constructing meanings for the following: the biological dimension of the illness, possibilities for cure, filling the void promoted by the biomedical model and searching for expanded care. Thus, religious practices were experienced by patients such that they constituted a strategy that legitimized and softened the uncertainty regarding questions of a moral, personal, social and physical nature, in relation to chronic oncological conditions.

Keywords: Cancer. Complementary therapies. Religiousness. Biomedicine.

Buscou-se apreender os sentidos do uso de Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) por pacientes em tratamento do câncer no Serviço de Oncologia do HC/Unicamp. Para tanto, analisou-se: 1) como os pacientes lidam com a saúde/doença; 2) as motivações e os processos subjacentes à decisão do uso das MAC; e 3) as redes de sociabilidades que influenciam na decisão pelo tratamento convencional e o não convencional do câncer. Verificou-se, com base no discurso de oito pacientes entrevistados, a importância do dispositivo e dos serviços religiosos para a construção dos sentidos sobre: a dimensão biológica da doença, as possibilidades de cura, o preenchimento do vazio promovido pelo modelo biomédico e a busca por cuidado ampliado. Assim, a prática religiosa foi vivenciada pelos pacientes constituindo-se como estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante das questões de caráter moral, pessoal, social e, também, físico, relativas à condição oncológica crônica.

Palavras-chave: Câncer. Terapias complementares. Religiosidade. Biomedicina.

* Elaborado com base em Spadacio (2008), pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas (processo no. 0127.0.146.000-07), financiada pelo CNPQ.

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (DMPS/FCM/Unicamp). Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária, Barão Geraldo, Campinas, SP, Brasil. 13.083-970. cris.spadacio@gmail.com

² DMPS/FCM/Unicamp.

Introdução

Este artigo apresenta parte dos resultados de uma dissertação de mestrado realizada com pacientes em tratamento do câncer no Ambulatório de Oncologia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Campinas (HC/Unicamp). O tema da pesquisa se insere num contexto mais amplo, o das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) e sua relação com o modelo médico dominante da biomedicina.

De acordo com estudos internacionais, embora seja inegável o progresso científico e tecnológico da medicina moderna ocidental, contraditoriamente nota-se o crescimento exponencial do uso de práticas terapêuticas não biomédicas. É nesse contexto de ampliação de possibilidades terapêuticas que as medicinas alternativas e complementares vêm despertando o interesse de acadêmicos, profissionais, gestores de serviços de saúde, que buscam estudos com abordagem qualitativa, expandindo as fronteiras das informações quantitativas, quase sempre empenhadas em descrever: o uso das técnicas, a população consumidora e a evidência científica produzida sobre essas práticas (Tovey, 2007).

Segundo Luz (2008), quando se pretende avançar na direção de práticas, valores e representação de saúde, é preciso levar em conta a multiplicidade e a diversidade de modelos e práticas ligadas tanto a saberes tradicionais ou constituintes da atualidade, quanto a sistemas médicos complexos. Nas palavras da autora, "diversidade, fragmentarismo, colagem, hibridismo e sincretismo, características culturais atribuídas à pós-modernidade, estão seguramente presentes no grande mercado social da saúde contemporânea" (Luz, 2008, p.10).

Nesse contexto de diversificadas possibilidades terapêuticas e tendo em vista o crescimento no uso de MAC, inclusive por pacientes oncológicos, desenvolvemos a pesquisa intitulada: "Os sentidos das práticas terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer". O objetivo foi apreender os sentidos do uso de MAC construídos por pacientes em tratamento do câncer no Serviço de Oncologia do HC/Unicamp. Para tanto, foram analisados: 1) como os pacientes lidam com o binômio saúde/doença na situação de doença oncológica; 2) as motivações para o uso das MAC no tratamento do câncer e os processos subjacentes à decisão do uso das MAC: sua seleção, interpretação, aquisição da informação sobre essas técnicas, que delimitam os sentidos; e 3) as redes de sociabilidades que influenciam na decisão pelo tratamento convencional e o não convencional do câncer.

É na relação entre as medicinas alternativas e complementares e a biomedicina que algumas tensões podem ser evidenciadas. Tomamos a noção de campo no sentido bourdiano de espaço de disputas, no qual são delimitadas relações de poder e busca por legitimidade (Bourdieu, 2006). Nessa "disputa" temos, por um lado, o modelo da biomedicina, do saber médico-científico que faz parte da construção social e cultural de um saber instituído oficialmente; e, por outro lado, as MAC, um modelo em "paralelo" que se instaura como saber instituinte (Barros, 2002).

É importante observar o fato de que um determinado sistema médico corresponde à expressão dos valores e da estrutura de uma sociedade, "portanto, os diversos tipos de sociedade produzem tipos diferentes de sistemas médicos e de comportamentos distintos com relação à saúde e à doença, conforme a ideologia dominante" (Helman, 2004, p.83). Assim, a biomedicina, alopática ou medicina científica, é o sistema médico oficial da cultura ocidental, sendo o setor de assistência à saúde sancionado legítima e legalmente, e caracterizado pela incorporação de alta tecnologia, por sua íntima relação com a indústria farmacêutica e contínuo processo de medicalização da sociedade (Mbongue et al., 2005). O sistema biomédico constitui-se, no Brasil, por profissionais médicos e de outras 13 carreiras, como: biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social.

Há, contudo, outros dois setores de assistência à saúde sobrepostos e interligados ao setor "profissional" do sistema biomédico, que são o setor "informal" e o "popular (*folk*)". No setor informal, a principal arena da assistência à saúde é a família, caracterizando o setor como leigo, não profissional e não especializado na sociedade. No setor popular encontram-se os profissionais das medicinas tradicionais, que são sistemas formados por conhecimento técnico e procedimentos baseados nas teorias, crenças e experiências tradicionais usados para a manutenção da saúde e, também, para: prevenção, diagnose e tratamento de doenças físicas e mentais (OMS/WHO, 2000).

No passado, as medecinas alternativas e complementares foram identificadas com as medecinas tradicionais, mas há algumas décadas vêm sendo diferenciadas, de forma que medicina complementar é aquela utilizada junto com a medicina convencional. Um exemplo de medicina complementar é a aromaterapia, usada para ajudar a diminuir o desconforto de pacientes em fase de pós-operatório; no Brasil, esse conceito ganha força a partir dos anos de 80, cujo significado busca a produção do conhecimento entre os polos oficial e alternativo (Barros, Nunes, 2006). A medicina alternativa é usada no lugar da medicina convencional. Um exemplo é o uso de dieta especial pelo paciente, em vez de se submeter à cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, técnicas recomendadas pela medicina convencional. Esse conceito identifica um modelo de prática médica pautado na lógica da oposição ao modelo biomédico hegemônico, contudo, como definição polar, não foi feita, simplesmente, para contradizer a biomedicina.

Esse movimento, delineado de fora da oficialidade, amplia as margens do pensamento no campo da saúde, deixando ver além da perspectiva restrita da biomedicina. Segundo Barros (2002), uma única definição de MAC é impossível,

[...] primeiro porque a medicina alternativa quer dizer muitas coisas diferentes para muitas pessoas, segundo porque é composta de diferentes técnicas, modalidades e sistemas médicos e, finalmente, porque pode ser considerada como um conceito/ código que sinaliza várias mudanças no campo da saúde. (Barros, 2002, p.20)

Assim, as MAC adquirem diferentes significados, muitas vezes imprecisos, produzindo novas racionalidades e disputas de capitais que conformam políticas, serviços e práticas de cura. Isso fica mais evidente no estudo realizado por Barros e Nunes (2006), que identificou a seguinte tipologia: “tipo científico”, formado por um conjunto de conceitos que é tido, no campo da saúde, como oficial e que traz para a discussão o conceito de biomedicina; “tipo antitético”, identificado, no campo da saúde, como alternativo, pois sua prática é menos formalizada e está mais focada no universo simbólico do processo saúde-doença; e “novos sistemas terapêuticos”, conceitos que representam um conjunto de termos relacionados a práticas terapêuticas ou racionalidades médicas. No mesmo estudo, os autores destacam, ainda, que as MAC têm promovido a identificação e a construção de identidades sociais, orquestrando três conjuntos de atores: os que se opõem e lutam contra, os que se identificam e defendem, e os que estão/são indiferentes.

De maneira geral, se a biomedicina tem seu paradigma pautado na redução biológica, as MAC trazem contribuições para: a reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico; a relação médico-paciente passa a ser fundamental para a terapêutica; busca de meios terapêuticos simples, ou seja, não baseados em grandes tecnologias; busca da autonomia do paciente; busca da saúde, e não mais a doença como centro do paradigma médico (Tesser, Luz, 2002; Barros, 2000). Segundo Tovey (2007), esses são elementos da tensão dialética intrínseca à relação entre biomedicina e MAC, uma vez que, por um lado, há uma individuação proposta pelas MAC e, por outro, o processo de despersonalização trazida pelo cuidado biomédico.

Atualmente, a discussão sobre as medecinas alternativas e complementares extrapola a esfera médica e instala-se no campo da saúde, com a sua multiplicidade e diversidade de profissionais, modelos, representações, saberes, técnicas e práticas. Sendo, portanto, plausível a substituição daquela terminologia pela das “práticas alternativas e complementares”, que inclui, por exemplo, as práticas religiosas entre aquelas voltadas para o cuidado e a cura.

Dessa maneira, a proposta deste artigo é refletir sobre interfaces que auxiliam na reflexão teórica e metodológica da existência de práticas religiosas nos serviços de saúde, enquanto processos de negociação dos sujeitos frente a um evento de doença crônica.

Metodologia

Os sujeitos desta pesquisa foram selecionados com base nos resultados de um estudo quantitativo, realizado em 2004 no Serviço de Oncologia do HC/Unicamp, que teve como intuito identificar, nos

pacientes em tratamento do câncer, as práticas não ortodoxas mais utilizadas e qual o perfil dos pacientes que as utilizam. Dos 89 pacientes entrevistados anteriormente, foram selecionados 21 que: declararam utilizar MAC, estavam em acompanhamento no HC/Unicamp e tinham diagnóstico de cura por dois anos. Entre os 21 possíveis entrevistados, foi detectado que oito haviam falecido, dois não aceitaram ser entrevistados e outros três não foram encontrados. De forma que restaram oito pacientes para serem entrevistados.

Para apreender os sentidos construídos por pacientes em acompanhamento do tratamento do câncer, sobre sua experiência terapêutica e o uso de práticas diferentes das preconizadas no tratamento convencional, foi utilizada a entrevista em profundidade, que é uma “técnica privilegiada de comunicação” e permite identificar a trajetória e as modificações desenvolvidas pelos pesquisados (Minayo, 2006).

Da análise do material coletado emergiram as seguintes categorias analíticas: a) Itinerários pelos serviços de saúde; b) Saúde-doença: construções e percepções; c) O tratamento; d) Serviço de Saúde da Unicamp; e) Outros tratamentos – práticas religiosas e alimentares; f) Redes de Sociabilidade.

Em um segundo momento, após a identificação das categorias nos discursos originais dos pacientes, procedeu-se à construção de novas narrativas, agora compostas pelos discursos dos pacientes, das interpretações analíticas e das observações da pesquisadora. Julga-se que esse exercício foi crucial, pois propiciou a imersão da pesquisadora nos dados coletados, de onde emergiu o próprio exercício da escrita (Goldman, 2003).

O uso da técnica de construção e análise de narrativas nos estudos sobre enfermidades crônicas é fundamental, pois permite a compreensão do outro e de seus projetos de vida. Porém, essas narrativas pessoais não podem ser descoladas das grandes narrativas proporcionadas pela ciência médica, enquanto uma lógica operatória de ordenação da experiência cotidiana e de resposta à doença na modernidade tardia (Guidens, 2002). Assim, nesta pesquisa, foram construídas narrativas na intenção de dar voz ao sujeito, fornecendo possibilidades discursivas emancipatórias para além do discurso biomédico, propiciando a construção dos sentidos da experiência, do sofrimento e das escolhas terapêuticas, por parte dos pacientes que trazem à tona outros significados da saúde e do próprio adoecimento, com ou apesar do discurso da biomedicina.

O estudo foi elaborado de acordo com os princípios éticos enunciados na declaração de Helsinki III (2000) e o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp (processo no. 0127.0.146.000-07).

Resultados e discussão

Este artigo pretende-se um trabalho qualitativo que, com uma pequena população selecionada, busca aprofundar a experiência do uso de MAC no tratamento do câncer, contribuindo para o debate sobre a importância das práticas religiosas e da espiritualidade no campo da saúde brasileiro.

Os entrevistados são quatro homens e quatro mulheres; a maioria professa a religião evangélica (três pacientes), dois são católicos e dois são espíritas, sendo que um dos entrevistados relatou não ter religião, embora acredite em Deus e em outras “energias” cósmicas. Seis dos oito pacientes são casados, sendo um solteiro e um divorciado. As idades variam entre 36 e 75 anos, e a grande maioria encontra-se na faixa dos cinquenta anos. Quanto à ocupação, cinco pacientes são aposentados (devido à doença, em todos os casos) e três pacientes declaram-se do lar.

Refletir acerca dos dispositivos religiosos enquanto prática de cuidado e cura é fundamental neste trabalho, pois, de acordo com os pacientes entrevistados, eles integram o tratamento, embora não façam parte nem da biomedicina, nem das MAC.

Antes de desenvolver a relação entre religião e cura, gostaríamos de chamar atenção para a doença crônica e suas especificidades. De maneira geral, cronicidade tem algumas características peculiares, que acabam influenciando no comportamento e na vida das pessoas acometidas. A doença crônica e a experiência que ela representa vão além da esfera médica e cumprem um determinado papel em todos os lugares da vida social, criando novas sociabilidades.

O “câncer”, por sua vez, é o nome genérico de uma série de doenças distintas com uma multiplicidade de causas e formas de tratamento e prognósticos. Há todo um universo simbólico que permeia o processo de construção social desta doença, uma vez que sua vivência e experiência não se esgotam na dimensão natural ou biológica do fenômeno. Historicamente, o câncer é visto como uma doença que leva fatalmente à morte e, apesar dos avanços na medicina, ainda carrega o estigma de ser uma doença fatal. Segundo Sontag (1984, p.9), “é o câncer que desempenha o papel de enfermidade cruel e furtiva, um papel que conservará até que, algum dia, sua etiologia se torne tão clara e seu tratamento tão eficaz quanto se tornaram a etiologia e o tratamento das tuberculoses”.

Nesse sentido, a experiência da enfermidade crônica pode ser apreendida de diversas maneiras: nas percepções e estratégias de convivência; no processo de perda do *self*, promovido pelas mudanças na autoimagem e no corpo; na ruptura biográfica; nas experiências estigmatizantes; e, também, no âmbito da construção de identidade coletiva da doença crônica (Canesqui, 2007).

No caso específico da doença oncológica, há o que Bury (1982, apud Canesqui, 2007) chama de “ruptura biográfica”, processo pelo qual as estruturas da vida cotidiana, seus significados e seus saberes passam por rupturas, o que faz, segundo o autor, com que o paciente busque diferentes recursos para enfrentar uma nova situação.

A prática religiosa é, portanto, um dos recursos acessados a partir da “ruptura biográfica”, que permite ao paciente ampliar sua capacidade de negociação, constituindo-se como estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante da enfermidade crônica. Isso foi observado, por exemplo, no discurso de um dos entrevistados, quando, embora estivesse em um dos melhores serviços oncológicos do país, atribui sua possível cura não ao médico, mas a Deus.

Eu falei algumas coisas com Deus quando eu tava no Hospital, isso eu confesso pra você:

“Deus, ou o Senhor me leva pra eternidade, sei lá, ou então o Sr. me deixa são nessa terra pra eu continuar a minha missão aqui”. Porque na verdade ninguém quer sofrer. Foi o que eu falei pra minha esposa, o câncer... Câncer é difícil, é quase igual AIDS, tem tratamento mas não é todo mundo que volta a viver. Se é câncer a gente vai encarar e vai ver até onde vai dar. (OD)

Como três dos pacientes entrevistados são evangélicos, dois católicos, dois espíritas e um relata não ter religião, mas muita fé em Deus, pode-se afirmar que todos os pacientes, com suas lógicas religiosas específicas, podiam identificar na religião uma referência para ajudar no tratamento do câncer. Essa relação direta foi identificada, de forma que a religião e a cura apareceram imbricadas.

Ressalta-se que essa relação direta se faz por ser uma doença da magnitude do câncer e na forma de uma estratégia de reinterpretação da experiência da doença que modifica a maneira de o doente e a comunidade perceberem o problema. Assim, de maneira geral, as terapias religiosas curam ao impor ordem sobre a experiência caótica do sofrimento e daqueles diretamente responsáveis por ele (Rabelo, 1999; Csordas, 1983; Comaroff, 1980; Kleinman, 1980; Kapferer, 1979; Lévi-Strauss, 1967; Turner, 1967).

Minayo (1998) também chama atenção para este aspecto ao formular que o fenômeno religioso cumpre o papel de facilitar às pessoas a compreensão do inexplicável e a aceitação do que nunca fora imaginado, em caso de situações limites, como podemos verificar no caso do câncer. Assim, a autora recorre a Berger (1996) para assinalar que “toda ordem sagrada é uma reafirmação contra o caos [e que em] sua ótica, o ser humano, através da religião, é levado a aceitar o sofrimento e até a morte, na medida em que possa ter um significado convincente para os momentos cruciais da vida” (Minayo, 1998, p.58).

Como é evidente para os nossos entrevistados que a prática religiosa possui caráter curativo no tratamento do câncer, é interessante notar como consideram o recurso religioso como uma “prática terapêutica de cura”, identificada com “outras formas de tratamento” e crucial para o sucesso no tratamento convencional e superação da doença. Assim, ficou evidenciado que imputam no sagrado um caráter terapêutico, como no extrato: “A religião trouxe muitas coisas. Ela me ajudou a enfrentar a doença, me ajudou muito. Ela me deu tranquilidade pra enfrentar tudo isso, fosse o que fosse. E se preparando para o que der e vier!” (JP).

Os caminhos religiosos percorridos pelos pacientes encontram-se em conformidade com as especificidades de cada religião. Assim, os dois pacientes espíritas utilizam-se primeiramente de

uma “cirurgia espiritual”, de caráter curativo, passando, num segundo momento, para tratamentos como a cromoterapia e a meditação, a fim de ajudar a controlar os efeitos colaterais do tratamento convencional. No caso dos pacientes evangélicos, as práticas de cura são evocadas cotidianamente, durante os cultos ou em eventuais visitas dos “irmãos” de igreja para uma oração de cura domiciliar, sempre evocando a presença de “Deus”, como fica claro no extrato a seguir: “[...] então é essa hora aí que a gente tem que se apegar mais em Deus, porque é só Deus mesmo” (JF).

Os entrevistados desta pesquisa são pessoas imersas no contexto do atendimento médico de um hospital universitário onde: “suas queixas são reduzidas a um mal fisiológico desagregado do paciente portador de uma experiência histórica e existencial e que traz em si um significado” (Valença, Fonseca, 2006, p.106). Desta forma, os pacientes relataram, por um lado, buscar o tratamento biomédico, embora sintam que ele os “esvazia” de seus vários significados sociais, circunscrevendo todo o processo em rota apenas ao corpo e à doença. Por outro lado, todos os pacientes entrevistados relataram experiência com as práticas alternativas e complementares, na medida em que elas operam com uma lógica que inclui a espiritualidade, ou com as práticas tradicionais, que reconhecem e reforçam o uso das práticas religiosas enquanto reordenadoras do mundo e produtoras de sentidos.

Assim, pode-se afirmar que o sentido do uso dos dispositivos religiosos pelos pacientes em tratamento de condições crônicas em geral e do câncer especificamente é de preenchimento do “vazio de significados” promovido pelo cuidado biomédico. Em outras palavras, se o conceito de cura entra no vocabulário médico alopático apenas como uma das etapas do cuidado reduzido ao corpo; a cura simbólica é promovida pela força da sugestão e da fé, por meio do cuidado das questões de caráter moral, pessoal, social e, também, físico, relativos ao processo de saúde e doença.

Considerações finais

Com base na articulação de conceitos e metodologias já consagrados pelas Ciências Sociais, desenvolvemos a construção dos sentidos das práticas terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento de pacientes com uma enfermidade crônica: o câncer. Verificou-se como, a partir da fala dos pacientes entrevistados, os dispositivos religiosos e os serviços religiosos fazem parte da construção dos sentidos do aparecimento biológico da doença e das possibilidades de cura; além dos condicionantes sociais e pessoais que determinam as escolhas terapêuticas desses pacientes.

Constatou-se que o modelo biomédico “esvazia” uma esfera fundamental do cuidado para os pacientes, que buscam, conforme seu arcabouço sociocultural, experiências em práticas não biomédicas, pois, assim, alcançam uma perspectiva ampliada do cuidado. A sociologia das MAC abre-se, portanto, como um campo de debates sobre a necessidade da coexistência de diferentes práticas de cuidado e cura e sua importância para os serviços públicos de saúde. Sobretudo, a partir de problemáticas que devem ser consideradas na área da saúde coletiva, como: a pluralidade terapêutica, a autonomia dos pacientes, a integralidade do cuidado e a formação de profissionais em diferentes práticas não convencionais, entre muitas outras.

O campo de conhecimento que se abre com a condição crônica e o uso de práticas convencionais e não convencionais é de fundamental importância para os serviços públicos de saúde e deixa ver que muito ainda deve ser investigado em relação: à escolha terapêutica dos pacientes; aos itinerários pelos serviços de saúde; à delimitação de conceitos que sistematizem a pletera de práticas novas e velhas de cuidado e cura; e ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde fundadas na inclusão social e na diferença.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru: Edusc, 2001.
- ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-38. (Série Antropologia e Saúde).
- BARROS, N.F. **Da medicina biomédica à complementar: um estudo dos modelos da prática médica**. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2002.
- _____. **Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2000.
- BARROS, N.F.; NUNES, E.D. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.10, p.2023-8, 2006.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- CANESQUI, A.M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2007.
- COMAROFF, J. Healing and the cultural order: the case of Barolong boo Ratshidi. **Am. Ethnol.**, v.7, p.637-57, 1980.
- CSORDAS, T. The rethoric of transformation in ritual healing. **Cult. Med. Psychiatr.**, v.7, p.333-75, 1983.
- GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- GOLDMAN, M. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos: etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Rev. Antropol.**, v.46, n.2, p.445-76, 2003.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde & doença**. São Paulo: Artmed, 2003.
- KAPFERE, B. Entertening demons. **Sociol. Anal.**, v.1, p.108-52, 1979.
- KLEIMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.
- LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.
- LUZ, M.T. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Rev. Bras. Saude Familia**, v.9, p.8-19, 2008.
- MBONGUE, T.B. et al. "Medicamentation" of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, v.61, n.4, p.309-13, 2005.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2006.
- _____. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Doença e saúde: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.57-73.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005**, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 11 jun. 2008.
- RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cad. Saude Publica**, v.9, n.3, p.316-25, 1993.

SAADA, J.F. Ser afetado. **Cad. Campo**, n.13, p.155-61, 2005.

SPADACIO, C. **Os sentidos das práticas terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2008.

SPADACIO, C.; BARROS, N.F. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. **Rev. Saude Publica**, v.42, n.1, p.158-64, 2008. Doi: 10.1590/S0034-89102008000100023.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Cienc. Saude Coletiva**, v.7, n.2, p.363-72, 2002.

TOVEY, P; CHATWIN, J.; BROOM, A. **Tradicional, complementary and alternative medicine and cancer care: an international analysis of grassroots integration**. London: Routledge Traylor & Francis Group, 2007.

TURNER, V. **The forest of symbols**. Ithaca: Cornell University Press, 1967.

VALENÇA, J.; FONSECA, A.B. Processos e percepções de cura a partir do levantamento da produção acadêmica brasileira sobre religião e saúde. **Mediações – Rev. Cienc. Soc. Antropol. Saúde**, v.11, n.2, p.99-112, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Traditional medicine strategy**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 11 jun. 2008.

SPADACIO, C.; BARROS, N.F. Terapêuticas convencionales y no convencionales en el tratamiento del cáncer: los sentidos de las prácticas religiosas. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.45-52, jul./set. 2009.

Se ha buscado aprehender los sentidos del uso de Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC) por pacientes en tratamiento del cáncer en el Servicio de Oncología del Hospital Clínico de la Universidad de Campinas, estado de Sao Paulo, Brasil. Para tanto se ha analizado: 1) como los pacientes afrontan la salud / enfermedad; 2) las motivaciones y los procesos subyacentes a la decisión del uso de las MAC; y 3) las redes de sociabilidades que influyen en la decisión por el tratamiento convencional y el no convencional del cáncer. Se ha verificado, a partir del discurso de ocho pacientes entrevistados, la importancia del dispositivo y de los servicios religiosos para la construcción de los sentidos sobre la dimensión biológica de la enfermedad, las posibilidades de cura, la ocupación del vacío promovido por el modelo bio-médico y la busca por el cuidado ampliado. Así, la práctica religiosa fue adaptada por pacientes, constituyéndose como estrategia que legitima y ameniza la incertidumbre ante las cuestiones de carácter moral, personal, social y también físico relativos a la condición oncológica crónica.

Palabras clave: Cáncer. Terapias complementarias. Religiosidad. Bio-medicina.

Recebido em 19/06/2008. Aprovado em 05/02/2009.