

XIV Reunião de Antropologia do Mercosul

01 a 04 de agosto de 2023, Niterói (RJ)

GT 10 – Antropologia da saúde: perspectivas, debates e problemas

Um olhar para a relação entre fé evangélica e doenças crônicas¹

Nina Rosas – UFMG

Resumo: A religião evangélica, a mais crescente no Brasil, além de bastante conhecida por alterar o jeito de ser de homens e mulheres, teve alguns de seus segmentos protagonizando uma posição negacionista na pandemia de Covid-19. No entanto, se, de um lado, essa fé pode dificultar a adesão a prevenções e tratamentos, de outro, conforme sugere a literatura, é capaz de alterar as disposições físicas e mentais dos indivíduos, aumentando o bem-estar e contribuindo para maior qualidade de vida. Tendo em vista a relevância dessa religião para a construção social das respostas aos sofrimentos, o presente trabalho buscou compreender as elaborações de saúde, doença, cuidado e morte a partir das vivências de evangélicos portadores de adoecimentos prolongados. Foram realizadas 30 entrevistas, entre 2022-2023, com indivíduos de diversas partes do Brasil, que possuíam de 30 a 69 anos (faixa correspondente a mortes prematuras no país). Os dados se encontram em processo de análise, mas já é possível apontar que a fé implica menor frequência de sensações de infelicidade, maior proximidade quanto ao que se almeja da vida e esperança em uma continuidade da existência que relativiza o medo da morte. A noção de cura divina é trazida para os milagres cotidianos, sendo reinventada em função da não experimentação da cura física. Por fim, na maior parte dos relatos, contrariando o que mostraram outros estudos, não há, para esses evangélicos, o acionamento de uma rede de apoio religiosa.

Introdução

Durante a pandemia de Covid-19, o Brasil figurou, ao lado de outros países como a Nicarágua e o México, como Estado governado por políticos negacionistas, isto é, aqueles que questionam a validade dos pressupostos científicos, afirmando a inexistência do aquecimento global, por vezes adotando pressupostos criacionistas e terraplanistas, e encabeçando movimentos antivacina. Guerreiro e Almeida (2021), analisando o caso nacional, apontaram para o claro alinhamento de diversos líderes evangélicos com o ex-presidente Jair Bolsonaro, a despeito da heterogeneidade desse grupo de religiosos, como nos seguintes atos:

¹ Este texto é fruto da pesquisa “As vivências de evangélicos portadores de adoecimento crônico”, financiada pela FAPEMIG, proposta APQ-00197-22.

“a recusa em fechar os templos religiosos; o uso de medicamentos sem comprovação científica para o tratamento da doença (...); as desconfianças em relação às vacinas; a negação da eficácia do uso de máscara facial; a defesa de falsas terapias (como o feijão ungido anunciado pelo apóstolo Valdemiro Santiago); a falácia de que a contagem de mortes é exagerada (...); a insistência em uma falsa imunidade nacional (...); e a insinuação de que a pandemia seria uma “guerra química”” (Guerreiro e Almeida, 2021, p.53-54).

Para os autores, essa postura não deve ser lida como insanidade ou irracionalidade, mas como “linguagem de poder que indica conexões políticas, religiosas e empresariais” (*idem*, p.67).

No entanto, embora haja dados que apontem para os “efeitos negativos” da religião (Dubé et.al, 2021) em questões relativas à saúde, a maioria dos estudos desenvolvidos sobretudo nas últimas três décadas – há registros de mais de 11 mil só de literatura anglófona – reconhece uma relação positiva entre possuir religião/espiritualidade e atitudes, crenças e emoções relacionadas à saúde (Koenig et al., 2012). A fé é associada a alta autoestima, assim como a apresentar uma visão de mundo mais otimista, um propósito de vida e mais esperança (Koenig et al., 2012). Também há evidências da importância da religião no menor envolvimento com o álcool, na adoção de exercícios físicos e alimentação equilibrada, e no uso de contraceptivos (Chatters, 2000).

Ainda assim, pouco se sabe a respeito dos mecanismos (aspectos do envolvimento religioso) por meio dos quais as religiões conseguem aumentar (ou diminuir) a satisfação/felicidade (Koenig et al., 2012). A realidade de países fora do eixo EUA-Europa Ocidental também tem pouca visibilidade internacional (Jung, 2014), a despeito de já se saber, por exemplo, no caso do Brasil, da atratividade das religiões (mediúnicas, evangélicas, Nova Era etc.) em função da oferta de “serviços de cura, minimização de sintomas de doenças e paliativismos” (Jungblut, 2020, p.204).

Portanto, se de um lado, a religião pode impactar as concepções que se têm sobre saúde e doença, dificultando a adesão ao tratamento e a outras recomendações clínicas protetivas, de outro, ela pode alterar os estados físicos e mentais dos indivíduos, aumentando seu bem-estar e contribuindo para maior qualidade de vida². A literatura sugere que o efeito da fé tende a ser ainda mais importante para indivíduos

² Segundo Landeiro et al. (2011), embora “qualidade de vida” seja um conceito polissêmico e multifatorial, é possível dizer, com base nos parâmetros da Organização Mundial de Saúde, que se trata do bem-estar em saúde física e psicológica, de independência, e de satisfação com as relações sociais, o meio ambiente e a espiritualidade.

que enfrentam comprometimentos relativos à decrepitude do corpo (Chatters, 2000; Gordon *et al.*, 2002; Blasi, 2011).

Sendo assim, o presente trabalho resultou da motivação de investigar as experiências de religiosos com acometimentos de longa duração. Em 2019, mortes causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)³, entre elas, enfermidades cardiovasculares e respiratórias, diabetes e neoplasias, corresponderam a 54,7% dos óbitos registrados no Brasil. Em números absolutos, esse percentual significa 738.371 falecimentos, sendo 41,8% tendo sido de mortes prematuras, isto é, de indivíduos entre 30 e 69 anos de idade (Brasil, 2021). O adoecimento crônico é maior entre mulheres, grupos menos escolarizados e indivíduos com menor acesso a planos privados de assistência à saúde, evidenciando a desigualdade que acomete sobretudo os países em desenvolvimento (Canesqui, 2015). Entre os homens, as maiores taxas de mortalidade se devem a doenças cardiovasculares e o mesmo se dava com as mulheres, até 2013. A partir de então, a principal causa de morte feminina é o câncer.

É comum que os estudos sobre fé e saúde ora tratem de religião, ora de espiritualidade ou religiosidade (Jungblut, 2020), sobretudo em função de termos abrangentes auxiliarem uma prática clínica que seja sensível à pluralidade das crenças dos pacientes. Contudo, justifica-se um recorte específico quando se pretende compreender, de forma mais objetiva, a importância de um dado credo (Koenig, 2008). Até porque, parte da literatura vai advogar, como demonstrado por Toniol (2018; 2019), que a espiritualidade pode ser lida na chave contrária da religião, ou seja, como componente subjetivo que subtrai o controle institucional. O ponto de partida tomado na pesquisa foi o de tentar equalizar esse impasse recorrendo a indivíduos que se autodeclavam evangélicos, para que se selecionasse aqueles para os quais essa identidade de fato importa.

A escolha pelo evangelicalismo se deve ao fato de ele ser caracterizado pela experiência de conversão; trata-se de uma religião escolhida e pouco herdada. É a expressão de fé que mais cresce no país e que, no geral, é marcada por uma moralidade conservadora, e por ser bastante conhecida pela forma contundente com

³ Também chamadas pela literatura social de doenças compridas, trata-se de um quadro gerenciável, mas incurável do ponto de vista biomédico; diagnóstico com o qual se deverá conviver por longo período, podendo esse, ou as complicações dele advindas, levar ao óbito (Fleisher e Franch, 2015). Os termos “enfermidade” e “adoecimento” são usados neste texto com sinônimos.

a qual modela a vida de seus adeptos (Machado, 1996; Mariano, 2005; Teixeira e Menezes, 2013). Evangélicos despertam o interesse da literatura socioantropológica pelo menos desde meados dos anos 1980, em função da eficácia de tal credo em estimular o abandono do álcool, a obtenção de trabalho, a economia dos gastos com a bebida e mudanças comportamentais, lidas por esses crentes, na maioria das vezes, como milagres (Mariz, 1994; Boyer-Araújo, 1995; Machado, 1996).

É destaque, ainda, a capacidade de capilarização de igrejas evangélicas nas diversas periferias do Brasil, fazendo com que a proteção social que se esperaria encontrar nas políticas de saúde e assistência dividisse lugar com redes de apoio religiosas, que acabavam por ocupar espaços em que o Estado nem sempre penetrava de maneira eficiente (Santos e Rosas, 2014). Essa religião, portanto, mostrou-se um sistema de correção de condutas, como agressividade, violência, alcoolismo e distanciamento do lar; organizadora da vida pessoal, oferecedora de força, conforto, conversa e escuta, além de incentivadora de atributos como honestidade, afeto, trabalho e formalização dos laços conjugais (Santos, 2014; Santos e Rosas, 2014). Nos dias de hoje, o contingente de evangélicos no Brasil está estimado em 31% da população, sendo 59% do grupo constituído por pardos e pretos, e tendo 48% renda de até dois salários-mínimos; 58% são mulheres⁴.

Recorte

Ao invés de buscar pelos determinantes de causalidade na relação religião e saúde, que já vêm sendo investigados ao longo dos últimos anos por *epidemiologistas* e outros pesquisadores da Saúde Coletiva/Saúde Pública e afins, a pesquisa desenvolvida teve como foco aspectos que escapavam a esses estudos. O objetivo era compreender as elaborações de saúde, doença e cuidado a partir das vivências e dos valores religiosos, as redes de relações estabelecidas, os processos de manejo e enfrentamento dos problemas (*coping*)⁵, bem como aspectos relativos à qualidade de

⁴ Fonte: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/13/50percent-dos-brasileiros-sao-catolicos-31percent-evangelicos-e-10percent-nao-tem-religiao-diz-datafolha.ghtml>, acesso em 17 de agosto de 2021.

⁵ As respostas de *coping* podem ser compreendidas como tudo aquilo que se pensa ou se faz para lidar com uma condição de estresse, dor ou sofrimento (Ferreira-Valente et. al, 2019). A religião teria esse impacto sobretudo para alguns grupos como o de mulheres, idosos e pessoas que sofrem discriminação. Podem ser vários os tipos de estratégia de *coping*, servindo de conforto emocional, controle pessoal, sentido de valor e unicidade da vida, e resignificação de eventos traumáticos e condições desfavoráveis. Não obstante, os rituais, promovidos pelos próprios indivíduos ou pelas

vida. A escolha pelos evangélicos tinha como objetivo oferecer maior homogeneidade em termos de fé, permitindo variação nas condições de sofrimento.

Além das DCNT mais referenciadas em documentos da área da Saúde, a pesquisa proposta incluiu outros acometimentos adversos, também de longa duração, como a fibromialgia, a esclerose, a osteoporose etc. Partiu-se do entendimento, já consolidado pela literatura (Canesqui, 2015), de que viver situações de dor/doença de extensa permanência resulta em problemas físicos, morais, intelectuais e emocionais. Algumas circunstâncias permitem que o indivíduo, apesar disso, prossiga com a vida. Mas todas geram incertezas, crises e comprometimentos na biografia, nas relações sociais, no estilo de vida e na inserção na sociedade mais ampla (*idem*). Desse modo, é importante considerar que o sujeito acometido não necessariamente atribui causa às razões que seriam mais evidentes a um olhar externo⁶. Por isso, optou-se por uma abordagem qualitativa que pudesse dar espaço às narrativas dos sujeitos e às maneiras com as quais eles elaboravam as conexões a partir de sua fé.

Seguindo essa trilha, foram realizadas 33 entrevistas⁷ com autodeclarados evangélicos, que aconteceram virtualmente, de maneira síncrona (apenas uma se deu presencialmente)⁸. Foi estabelecido um roteiro semiestruturado, que tinha quatro blocos: um deles visava coletar dados sociodemográficos; o outro se voltava às práticas religiosas; em seguida, eram feitas perguntas envolvendo as condições relativas à doença; e o último era destinado a tratar da qualidade de vida. As entrevistas tiveram duração média de 1h17min.

O conjunto total de pessoas foi composto por sete homens e 26 mulheres, tendo a pessoa mais jovem 33 anos e a mais velha 68 (respeitando a faixa etária de mortes prematuras por DCNT no Brasil). 1/3 da amostra era de indivíduos negros,

agregações a que fazem parte, podem incitar estados emocionais positivos, por meio da criação de espaços de amizade, amor, tolerância e harmonia (Chatters, 2000).

⁶ Pollyana Regina Pinto (2015), por exemplo, ao analisar as dores e limitações da vida cotidiana de uma mulher inserida no trabalho fabril, verificou que ela não associava seu sofrimento à jornada precarizada e desgastante do trabalho.

⁷ Do momento da proposta de resumo ao GT em questão até a finalização da escrita deste artigo, foram realizadas mais três entrevistas além das 30 propostas inicialmente via amostragem intencional. A comunicação que segue traz dados gerais do conjunto das narrativas, mas uma análise mais aprofundada foi feita com 10 delas.

⁸ O recrutamento foi realizado por meio da elaboração de um vídeo, postado no Instagram pessoal da autora, em 17 de janeiro de 2023, no qual se apresentava a pesquisa e os critérios que pessoas interessadas em falar sobre suas experiências deveriam atender. A resposta à chamada era voluntária. As entrevistas foram realizadas entre 14 de setembro de 2022 e 20 de junho de 2023. O vídeo se encontra disponível em: <https://www.instagram.com/p/CnhBdw3ouzC/>, acesso em 05 de julho de 2023. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da UFMG, sob o CAAE 56982222.0.0000.5149.

predominando, portanto, brancos, sendo 22 os que possuíam ensino superior completo. Apenas três pessoas tinham ensino fundamental incompleto, duas orbitando na faixa etária mais jovem. Cinco indivíduos se encontravam aposentados no momento da entrevista, a maioria em razão da situação de saúde. Cinco estavam desempregados, cinco realizavam ocupações do serviço doméstico sem remuneração e os demais exerciam atividades laborais diversas. Do total de entrevistados, 19 residiam em Minas Gerais (capital, interior ou outras cidades do estado) e 14 estavam distribuídos entre as regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Foram sete pessoas do estado de São Paulo, três da Bahia, uma da Paraíba, uma do Rio Grande do Norte e uma do Paraná.

As doenças que mais se repetiram foram fibromialgia, diabetes, hipertensão e lúpus (cinco incidências nas duas primeiras e quatro nas duas últimas), além de câncer em estágio metastático, que apareceu três vezes. Com exceção da diabetes, nas outras condições, não havia homens, embora isso possa ser explicado pela assimetria de gênero da amostra. Também foram registradas outras doenças: reumáticas (artrose, tendinite, polimiosite, espondilite anquilosante); endócrinas (hipotireoidismo, acromegalia, tireoidite de Hashimoto, câncer de tireoide e tumor neuroendócrino); intestinais (síndrome do intestino curto e diverticulite); esclerose (múltipla e sistêmica); respiratórias (asma, bronquite, nódulo no pulmão); cardiovasculares (hemocromatose, ponte miocárdica, cardiopatia pós-infarto); além de insuficiência renal, endometriose, gastrite, enxaqueca, dor crônica, erupções de pele, deficiência de anticorpos e labirintite.

Embora o recorte inicial tenha excluído sofrimentos diagnosticados primariamente como de ordem mental, pois sua análise faria acionar um escopo de literatura mais especializado e já volumoso, cinco entrevistadas apresentaram depressão, tendo uma delas também transtorno explosivo intermitente e outra síndrome do pânico. Um homem narrou sofrer ao mesmo tempo de depressão e transtorno de ansiedade generalizada. Dos 33 entrevistados, 16 afirmaram possuir pelos menos dois tipos diferentes de enfermidades longas (nove disseram ter três doenças), sendo cinco o maior número de condições apresentadas por uma mesma pessoa.

Como parâmetro para a escuta das falas, tomou-se como base a proposta de Pascale Molinier (2014), a respeito de levar a sério as narrativas dos sujeitos

investigados ao invés de rejeitá-las como inapropriadas. Para a autora, isso “não significa ‘acreditar’ naquilo que as pessoas dizem, mas também não ‘desautorizar’ a sua palavra e reconhecer-lhes a precisão” (Molinier, 2014, p.27). Trata-se de manter uma vigilante atenção às possíveis disparidades entre as palavras ditas e o significado que a elas são atribuídos. Fleischer e Franch (2015), embora não mencionem Molinier, também focam nas narrativas das pessoas, chamando ao questionamento periódico dos sistemas classificatórios que se usam nas pesquisas a fim de evitar a naturalização dos termos biomédicos e o foco nas doenças, em vez de nos sujeitos adoecidos. Para as autoras, interessa dar espaço às expressões periféricas e inaudíveis e à elaboração de conceitos específicos da abordagem social para que se compreendam essas experiências. E esse foi o parâmetro adotado neste trabalho.

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas no *software* Atlas.ti, a fim de permitir uma análise mais minuciosa e detalhada, que segue em andamento quando da redação do presente artigo. Uma vez que faz parte do objeto de interesse identificar quais são as concepções sobre saúde-doença-cuidado, está sendo usada a estratégia da *grounded theory* (Glaser e Strauss, 2007), que intui partir dos dados empíricos para, após a análise, avançar para a elaboração de uma teoria, “ao invés de “forçar” pressuposições ou categorias/conceitos teóricos pré-existentes” (Pinto e Santos, 2012, p.419).

Pontos de vista

O foco deste artigo se encontra em explorar respostas a questões enquadradas no roteiro como relativas à qualidade de vida. Muitos estudos sobre esse tema se encontram na área da Saúde e lançam mão de questionários, voltando-se à tradução, à validação e à aplicação de tais instrumentos. O trabalho proposto, no entanto, assim como algumas investigações apontadas por Landeiro *et al.* (2011), visou coletar narrativas mais amplas para dar vazão à complexidade que toca a autoestima, a satisfação e as dificuldades da pessoa adoecida. Nesse sentido, assume-se o viés de tomar como sinônimos as sensações, os estados e os conceitos suscitados nos indivíduos a partir do uso irrestrito e intercambiável dos termos felicidade, satisfação e bem-estar, assim como, na outra ponta, de seus correlatos negativos (infelicidade, insatisfação e mal-estar).

Duas das perguntas do roteiro proposto visavam apreender o que os sujeitos associavam a um dos trinômios. Indagados sobre quais fatores relacionavam à felicidade, muitos atribuíram a satisfação à família, conforme segue:

“Dançar. Eu gosto de dançar com a minha filha (...), eu danço com ela o tempo todo. Brinco com ela. Desenhar, escrever, jogar jogo de tabuleiro.” (Jonas, 42 anos, desempregado, possui diabetes)

“A gente não sabe o dia da manhã. Então, eu tô focando mais nisso, de estar presente junto com a minha família. Primeiro Deus, lógico, e aproveitar o máximo que tenha família. Sabe, vamos passear? Vamos, todo mundo. Vamos não sei o quê? Vamos. Sabe? Porque é uma coisa assim, a gente não sabe amanhã, como que a gente vai estar amanhã.” (Marta, 44 anos, do lar, possui polimiosite)

“A felicidade pra mim não é muita coisa. É o viver mesmo, é o amanhecer. Eu sou muito contemplativa, então, o pôr do sol é uma felicidade pra mim. É um dia após o outro, um dia após o outro. Eu não tenho mais anseios de planos a longo prazo. Não porque eu ache que eu vou morrer, não é isso, mas é a felicidade diária mesmo. Por isso que eu falo que o câncer me mudou, virou a chave mesmo. Assim, então, eu estou almoçando com as meninas, para tudo, para tudo. Aí elas olham e eu falo, isso é felicidade, não precisa mais do que isso. A mesa está posta, vocês estão sorrindo. Esse é o caminho.” (Noemi, 46 anos, psicóloga, possui câncer de mama metastático)

O desejo de viajar também apareceu de modo recorrente, assim como a associação do bem-estar à saúde física, sobretudo implicando a possibilidade de realizar atividades cotidianas de interesse pessoal, como esportes e cursos. Como visto acima, e em todas as demais entrevistas, a felicidade nunca apareceu associada a planos futuros distantes, ao contrário, havia ênfase no enraizar-se no presente. No que tange à insatisfação, os motivos apresentados foram de ordens bem variadas, mas se repetia o incômodo causado por conflitos interpessoais e as consequências da doença no corpo, como a fadiga e a impossibilidade de seguir com a rotina.

Das dez entrevistas analisadas até o momento, apenas duas registraram que a pessoa adoecida se sentia infeliz com a vida na maior parte do tempo. Uma delas associava o fato à doença (controle sistemático da glicose na diabetes) enquanto a outra remetia à falta de emprego. Nas oito demais falas, as entrevistadas (não havia homens nesse conjunto) diziam se sentir “normais”; oscilando entre momentos de felicidade e infelicidade, como pensam ser comum a todas as pessoas. A insatisfação era associada a infortúnios esporádicos, como a perda de um parente ou dificuldades do cotidiano. Uma das pessoas afirmou que voltou a sentir felicidade após o tratamento do câncer em função da participação em atividades da igreja. Outra declarou lutar contra sensações desagradáveis que a acometiam por meio da oração. Trianguladas com as demais partes das entrevistas, as frequências com que as

pessoas com doenças crônicas se sentem infelizes com a vida podem ser interpretadas como baixas e atribuídas, em partes, ao papel desempenhado pela religião.

Quando indagados sobre como lidam com a ideia da cura divina (conceito êmico que faz referência à intervenção sobrenatural no âmbito terreno, normalmente associada a questões de saúde) diversos pesquisados acionaram a ideia de “propósito”. Em todas as narrativas em que ele apareceu, há a crença de que a doença é razão de um significado já conhecido ou ainda a ser descoberto. De qualquer modo, ela está designada a provocar uma transformação, operar um efeito protetivo, servir de utilidade para algum fim, ou simplesmente glorificar a divindade na qual se crê. Os excertos abaixo ilustram isso.

“Se eu tivesse sido curado, eu poderia ser hoje um militar e estar morto porque fui batalhar lá na Ucrânia ou em outros lugares ali, eu não teria a minha filha. Deus sabe tudo. Deus é onipotente para poder intervir em tudo o que a gente precisar e que a gente quiser, mas também é onipotente a ponto de dizer: eu não vou meter a mão na tua vida, tua vida é tua, como te dei. Essa é a minha crença de Deus. (...) A minha diabetes pode ser uma benção, tanto sendo diabetes como sendo uma cura. (Jonas, 42 anos, desempregado, possui diabetes)

“Então, se eu for curada, ele é Deus. E se ele não quiser me curar, ele vai continuar sendo Deus. Então, o meu pensamento em relação a Deus não vai mudar. Se for permissão dele isso na minha vida, eu vou aceitar. Vou viver, mas junto, de mãos dadas com ele, que ele vai me sustentar, e eu, curada ou não, ele vai continuar sendo meu Deus, não muda minha fé, não muda o meu pensamento, não muda. (Marta, 44 anos, do lar, possui polimiosite)

“A cura divina para mim não tem a ver necessariamente com esse tipo de milagre tão grandioso. Tem a ver hoje com você estar bem onde você está e, na condição que você estiver, você conseguir lidar com aquilo e vencer aquele momento, com aquele propósito ali que você tem que viver. Ser você hoje.” (Ester, 47 anos, servidora pública, possui endometriose e artrose)

A concepção de cura divina, por meio da noção de propósito, aparece ajustada para a compreensão de que viver é por si só um milagre divino; a cura não precisa ser manifesta em atos extraordinários. A fala de Sara registra exatamente essa mudança de perspectiva:

“Eu fui para a sala de cirurgia na certeza que podia acontecer alguma coisa e o médico falar: Ó, não vou te operar, porque você não tem mais nada. Eu tinha essa certeza de que poderia acontecer isso. Absurdo, uma certeza, assim, absoluta mesmo. E aí não houve, né? E aí eu pensando, não, talvez seja que eu tenho que aprender. Sempre a crença, aquela crença de que o sofrimento vem para ensinar, que tem alguma coisa pra gente crescer ou aprender com o sofrimento. Eu vi, assim, que a doença veio para me ensinar outras coisas. Não houve aquele milagre que eu achava que poderia ter acontecido. Mas eu tinha aprendido outras coisas.” (Sara, 43 anos, aposentada, possui câncer neuroendócrino metastático)

Noemi também fala dessa ressignificação da noção de cura:

“A cura divina eu creio que é o que eu sou. Eu não associo a cura divina à cura física. Eu creio que Deus curou a minha alma, no sentido de aceitar, no sentido de saber que pode ser que eu tenha que continuar um tratamento, mas, para mim, a cura já aconteceu. Eu não preciso de evidência científica. Eu já acredito na cura, não como negação.” (Noemi, 46 anos, psicóloga, possui câncer de mama metastático)

Nesse sentido, além da transformação da alma, a salvação dela – ressurreição e um futuro vindouro – aparece como hierarquicamente superior à cura do corpo físico, que faz parte de uma vida terrena passageira.

É possível dizer também que a doença prolongada retira as pessoas do fluxo automático da administração da rotina, voltando o olhar delas para as pequenas dimensões do cotidiano. A valorização da singeleza da vida, do acordar, do poder se alimentar bem e praticar exercícios físicos é vista em si como um milagre alcançado. Abaixo, reproduzo falas que apontam para essa ideia:

“Bem-estar para mim é eu poder fazer tudo que eu quero fazer de rotina, de coisas simples mesmo, sabe? Poder descansar, poder trabalhar, poder estudar, poder escrever, coisas básicas, poder me alimentar bem, poder transportar. Tem um transporte legal. (...) Ter acesso aos médicos, estar perto de pessoas que me apoiam espiritualmente, ter amigos, pessoas que entendem a minha realidade e me respeitam, poder estudar e poder trabalhar. (Ester, 47 anos, servidora pública, possui endometriose e artrose)

“Insatisfação é não fazer as coisas simples que eu posso fazer, igual, assim, quando eu não estava podendo fazer minha caminhada, eu gosto de fazer minha caminhada na mata. E não estar fisicamente em condições de fazer, isso me deixava muito irritada e insatisfeita, né? De não poder fazer as coisas simples, assim, não é grandes coisas, não. Coisas como andar, comer, essas coisas básicas mesmo”. (Sara, 43 anos, aposentada, possui câncer neuroendócrino metastático)

“Todos os dias eu acordo e é um milagre hoje para mim abrir os meus olhos de manhã. Poder arrumar as minhas filhas para ir pra escola, fazer o café delas para ir para a escola e receber elas quando elas estão voltando. Isso para mim é precioso demais, e antes eu não tinha essa noção, não tinha esse olhar, sabe, tão aguçado. Para as coisas simples, né? Quando você passa pela adversidade, quando você passa pelo vale da sombra da morte, você começa a enxergar a vida diferente.” (Dorcas, 37 anos, do lar, possui câncer de mama metastático)

Comparando essas narrativas àquelas encontradas em obras que registram reflexões sobre a proximidade com o fim da vida, vê-se que há muita similaridade. Para Ana Michelle Soares, paciente de câncer metastático e ativista por cuidados paliativos de qualidade, por exemplo, o extraordinário da vida estaria longe de ser encontrado no dinheiro, em patrimônio ou em roupas usadas apenas em ocasiões especiais. Estaria no amor-próprio, no afeto com os que a cercam e em cores e

sabores. Estaria na visita a uma cachoeira com uma amiga e na conquista de chegar até lá sobretudo quando o corpo não apresenta todas as potencialidades requeridas para tal ato (Soares, 2019). Mas há particularidades bem importantes nas falas dos evangélicos pesquisados. A percepção de valorização da singeleza da vida é, para eles, ancorada em categorias que emergem da experiência de fé. E é revestida e traduzida a partir da gramática do controle e da provisão divinos, de que há um Deus todo-poderoso orquestrador dos destinos, que confere significado às dificuldades, e que é quem não apenas ampara seus filhos em momentos de dor, mas quem os receberá na ocasião morte, para usufruírem de uma vida eterna sem mais sofrimentos.

A concepção de propósito e vontade de Deus, portanto, é absolutamente fundamental no auxílio ao processo de aceitação da doença estendida e no contentamento para lidar com os desafios que ela gera em médio e longo prazo, ainda que não funcione, em todos os casos, para blindar os fiéis de estados depressivos e ansiosos. No entanto, fica claro que a ideia de que Deus sabe o que faz e que ele tem uma vontade (no jargão religioso, caracterizada como boa, perfeita e agradável) ajuda na conformação à condição de existência.

Indivíduos que enfrentam problemas de saúde crônicos também costumam ter de lidar com uma série de circunstâncias que muitas vezes se confundem com estas enfrentadas por deficientes – perda de autonomia, segurança, emprego e renda, e alterações na autoimagem e no *status* social (Hermes e Lamarca, 2013). Nesse sentido, as redes de apoio são fundamentais como mecanismos de enfrentamento das doenças e seus desafios. Sobre isso, a presente pesquisa demonstra que a religião, embora esteja a possibilitar espaços de convivência e socialização, na maior parte dos casos, não consegue promover uma rede efetiva para penetrar no ambiente doméstico, permanecendo, todavia, no campo do oferecimento de uma moralidade e na atribuição de sentidos para a existência. Os primeiros evangélicos entrevistados declararam que contavam, para tarefas do domicílio e/ou do manejo da doença, sobretudo, com o apoio de pais, cônjuges e filhos. Quando esse padrão foi observado, a pergunta “*Quais são as pessoas que mais te ajudam no dia a dia com os cuidados?*” passou a ser seguida, a partir da sexta entrevista, da indagação explícita quanto ao papel da rede religiosa na vida do fiel.

A maioria das respostas foi de que essa rede, mesmo quando existente, não é acionada. As razões principais foram a vergonha da exposição e a sensação de estar

incomodando. Relatos sugerem que o que está em jogo é um senso de reputação que deve ser preservado. Uma das entrevistadas, por exemplo: afirmou: “A gente depende da igreja somente pra uma situação de orar com a gente, né? Mas não que a gente dependeu de mais nada, não. Eu só gosto de ajudar. Não gosto de depender de nada da igreja.” (Raabe, 66 anos, do lar, possui hipertensão). Outro excerto mostra a associação dessa reputação à estabilidade da condição psicológica da paciente:

As pessoas da igreja todas se colocaram à disposição, todas, todas, todas; mas eu não conseguia. Eu aceitava visita, mas eu não consegui. Eu acabava consolando, porque elas chegavam pra cuidar de mim e choravam, né? Eu falava, gente, não chora, não. Eu acabava orando com elas. Então, era o processo contrário. Eu falei, não, é melhor eu me isolar, porque ninguém pode dar aquilo que não tem, né? Então, naquele momento eu não conseguia oferecer, e acabava que eu que tinha que cuidar mais delas do que elas de mim. (Noemi, 46 anos, psicóloga, possui câncer de mama metastático)

A formação em psicologia de Noemi poderia estar orientando sua fala, mas outra pessoa também narrou sobre o orgulho:

“Ano passado, eu não estava bem, até passei meu aniversário internada, aí, tava assim sem comer. Aí, uma dessas meninas lá da igreja veio e trouxe comida. Mas eu praticamente não peço ajuda a eles não. Mas se eu precisar e falar: eu estou precisando, elas ajudam. (...) Esse foi o processo que eu passei. Questão de orgulho, que eu sou uma pessoa muito orgulhosa. Não gosto de pedir ajuda.” (Sara, 43 anos, aposentada, possui câncer neuroendócrino metastático)

Esse tipo de postura poderia ser interpretado como parte da performance do vitorioso, uma vez que abunda em diversas vertentes da religião evangélica concepções associadas à Teologia da Prosperidade. Essa corrente, em resumo, entende que os cristãos têm promessas de Deus para viverem a felicidade e a prosperidade material ainda na Terra (Mariano, 2005), o que costuma aumentar a expectativa de que seria possível a obtenção de uma “saúde perfeita”. Mas a aposta preferível na leitura aqui proposta é a da ética do virtuoso, da atestação da probidade evangélica (Rosas, 2012), compreendida, por exemplo, na manutenção de uma fé inabalável, em uma disposição afável, sem revolta ou murmurações (como sugere a entrevistada Dorcas), na estabilidade emocional e no autogerenciamento das dores e angústias.

É possível supor ainda que o não acionamento dessa rede reflita um alinhamento aos valores individualistas modernos, a partir dos quais as pessoas são estimuladas ao desenvolvimento da autonomia para elaboração de projetos de vida individuais, e, por isso, se sentem pouco integradas a coletivos, nem sempre os reconhecendo como espaços legítimos de reivindicação de apoio. Para dois dos

entrevistados, no entanto, a igreja teve o papel de indicação de trabalho e suporte financeiro. Para todos, por sua vez, a rede religiosa funciona como suporte emocional, para conversas e sociabilidade, e espiritual, para orações e intercessões a fim de que se alcance pleitos feitos ao divino. É preciso salientar que embora a maior parte dos relatos sugira a não utilização dessa rede, a mera existência dela em termos simbólicos guarda uma relevância que não pode ser subtraída.

A morte, igualmente, é um fenômeno explicado como afetado pela crença, e essa é uma reflexão feita pelos próprios pesquisados. Dorcas – que na ocasião tratava metástases de um câncer de mama, pouco tempo depois de ter pedido o esposo vítima da Covid-19 – temia pelas duas filhas, cuja mais velha não tinha completado sete anos. Lamentava chorosa a possibilidade de partir e deixar as filhas órfãs, mas logo ao afirmar isso se recompunha, dizendo que sabia que Deus era pai, e pai também de suas filhas, sendo um Deus perfeito e que, portanto, teria um plano para a vida delas. Noemi afirmou algo muito parecido também: “Eu creio que a vontade de Deus é boa, perfeita e agradável, que se ele permitir que eu morra, ele vai estar cuidando das meninas.”

A crença no porvir é o que mais afeta o modo como os evangélicos lidam com a finitude, pois se imbuem da esperança em uma nova realidade na qual serão restaurados em plenitude, conforme as palavras de Maria:

“Eu sei que é um novo começo, uma nova história, eu creio nisso. Creio no senhor Jesus, é isso que a palavra fala. Quem crê no senhor Jesus, mesmo que morra, né, a gente vai viver com ele. Então, eu acho que é um começo. Meu filho mesmo, um dia ele chegou pra mim e falou assim: Mãe, Deus fala que quando nós estivermos com ele, vai ser todo choro vai embora, não vai ter mais lágrimas e tudo mais. Quando eu tiver com Jesus eu vou ter uma perna? Então eu vou poder correr, não vou ter só meia perna? Isso, na hora que eu vi, eu tive que segurar o choro, mas por que que eu falei um começo? Um começo, uma esperança, é a esperança que a gente tem. Então, eu creio que não vai ter diabetes, não vai ter insulina, né? E eu já falei que o dia que eu morrer, Jesus vai me receber com um copo de garapa. E me brindar. E vamos tomar garapa e comer pastel lá no céu.” (Maria, 39 anos, professora, possui diabetes).

A literatura aponta que, não raramente, doentes crônicos, sobretudo os mais próximos da terminalidade, enfrentam o que é denominado de “morte social”, isto é, uma precocidade dos ritos de despedida e enlutamento sem que ainda tenha acontecido a morte biológica (Silva *et al.*, 2021). Até o momento, as entrevistas não permitem dizer a relação entre a fé evangélica e esse processo. No entanto, ao conferir destino certo aos corpos e às almas, a espiritualidade conservada por esses

crentes contribui para que a antecipação da ideia da morte seja menos sofrida e se possa experimentar uma sensação de conforto mesmo em meio à falta de saúde.

Considerações finais

Clivagens de classe, raça, idade e gênero podem implicar desafios diferentes no que tange ao diagnóstico e tratamento de doenças e à qualidade de vida. Até o presente momento, ainda não é possível enxergar padrões que façam referência a esses marcadores sociais, inclusive porque a amostra tem uma tendência a expressar valores de mulheres e de pessoas com alta escolaridade. Também não é possível dizer que a fé reforça as desigualdades em saúde; tampouco que ela promove recursos para combatê-las, não ao menos no nível estrutural. O que é passível de uma afirmação categórica – e já reconhecida pela literatura – é que a religião ajuda no enfrentamento da doença. Por sua vez, este artigo contribuiu mostrando as formas como isso acontece. Fica evidente que a espiritualidade dos evangélicos funciona como um dispositivo de ressignificação da própria noção de cura espiritual, que, na ausência de transformação física, é reinventada e retraduzida na valorização das mais simples ações do cotidiano. Houve até relato de que o diagnóstico de uma doença prolongada ajuda a fortalecer a fé ao invés de operar no sentido de abandoná-la. A morte, sobretudo em função da crença em uma vida eterna restaurada, também tem menos peso sobre os indivíduos, mas eles permanecem temerosos quanto ao sofrimento que a aproximação com a finitude pode lhes gerar.

Por fim, é à concepção de propósito que se deve estar mais de olho nas próximas etapas da investigação, pois ela revela muito do sentido de dignidade (aumento da autoestima), do senso de coerência e da experiência de poder (cura da alma) (Mariz, 1994), que caracteriza a identificação pentecostal há muitas décadas.

Referências

Blasi, Anthony J. 2011. "Introduction: Sociological Theory on Religion and Health." In *Toward a Sociological Theory of Religion and Health*, edited by Anthony J. Blasi, 1-10. Leiden: Brill.

Boyer-Araújo, Verónica. 1995. "“Macumbeiras” e “crentes”: as mulheres veem os homens." *Horizontes Antropológicos* 1 (1): 131-142.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em. 2021. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis

no Brasil 2021-2030. edited by Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde.

Canesqui, Ana Maria. 2015. "Adoecimentos de longa duração: análise da literatura publicada em seis periódicos de Saúde Coletiva/Saúde Pública." In *Adoecimentos e sofrimentos de longa duração*, edited by Ana Maria Canesqui, 27-69. São Paulo: Hucitec.

Chatters, Linda M. 2000. "Religion and health: Public health research and practice." *Annual review of public health* 21 (1): 335-367.

Dubé, Ève, Jeremy K Ward, Pierre Verger, and Noni E MacDonald. 2021. "Vaccine hesitancy, acceptance, and anti-vaccination: trends and future prospects for public health." *Annu Rev Public Health* 42 (1): 175-91.

Ferreira-Valente, Alexandra, Saurab Sharma, Sandra Torres, Zachary Smothers, José Pais-Ribeiro, J Haxby Abbott, and Mark P Jensen. 2019. "Does religiosity/spirituality play a role in function, pain-related beliefs, and coping in patients with chronic pain? A systematic review." *Journal of religion and health*: 1-55.

Fleischer, Soraya, and Mónica Franch. 2015. "Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas." *Revista de Ciências Sociais-Política & Trabalho*.

Glaser, Barney G, and Anselm L Strauss. 2017. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.

Gordon, Phyllis A, David Feldman, Royda Crose, Eva Schoen, Gene Griffing, and Jui Shankar. 2002. "The role of religious beliefs in coping with chronic illness." *Counseling and Values* 46 (3): 162-174.

Guerreiro, Clayton, and Ronaldo de Almeida. 2021. "Negacionismo religioso: Bolsonaro e lideranças evangélicas na pandemia Covid-19." *Religião & Sociedade* 41: 49-74.

Hermes, Héliida Ribeiro, and Isabel Cristina Arruda Lamarca. 2013. "Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde." *Ciência & Saúde Coletiva* 18 (9): 2577-2588.

Jungblut, Airton Luiz. 2020. "Espiritualidade e saúde: ensaio sobre novas articulações entre religião e ciência." *Debates do NER* 1 (37): 201-216.

Koenig, Harold G, and Harold George Koenig. 2008. *Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press.

Koenig, Harold G., Dana E. King, and Verna Benner Carson. 2012. *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.

Landeiro, Graziela Macedo Bastos, Celine Cristina Raimundo Pedrozo, Maria José Gomes, and Elizabete Regina de Araújo Oliveira. 2011. "Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO."

Machado, Maria das Dores Campos. 1996. *Carismáticos e pentecostais: adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo: ANPOCS.

Mariano, Ricardo. 2005. *Neopentecostais: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil*. 2ª edição ed. São Paulo: Loyola.

Mariz, Cecília. 1994. "Alcoolismo, gênero e pentecostalismo." *Religião e Sociedade* 16 (3): 80-93.

Molinier, Pascale. 2014. "Cuidado, interseccionalidade e feminismo." *Tempo social* 26: 17-33.

Pinto, Marcelo de Rezende, and Leonardo Lemos da Silveira Santos. 2012. "A Grounded Theory como abordagem metodológica: relatos de uma experiência de campo." *Organizações & Sociedade* 19 (62): 417-436.

Rosas, Nina. 2012. "As ações sociais da Igreja Universal: recrutamento e empreendedorismo no A Gente da Comunidade de Belo Horizonte." *Ciencias Sociales y Religión/Ciências Sociais e Religião* 14 (17): 27-51.

Santos, Yumi Garcia dos. 2014. "As mulheres como pilar da construção dos programas sociais." *Caderno CRH* 27 (72): 479-494.

Santos, Yumi Garcia dos, and Nina Rosas. 2014. "Les femmes dans les nouvelles politiques sociales et l'assistance néopentecôtiste: possibilités d'émancipation ou reproduction des inégalités? ." *Brésil(s). Sciences humaines et sociales* 6: 75-97.

Silva, Andreia Vicente da, Claudia Rodrigues, and Rachel Aisengart. 2021. "Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de Covid-19 no Brasil." *Revista NUPEM* 13 (30): 214-234.

Soares, Ana Michelle. 2019. *Enquanto eu respirar*. Rio de Janeiro: Sextante.

Teixeira, Faustino, and Renata Menezes. 2013. *Religiões em movimento: o Censo de 2010*. Petrópolis: Editora Vozes.

Toniol, Rodrigo. 2018. Do espírito na saúde: oferta e uso de terapias alternativas / complementares nos serviços de saúde pública no Brasil. São Paulo: LiberArs.

---. 2019. "O que há para ser visto. Instrumentos, metodologias e dispositivos de produção da espiritualidade como fator de saúde." *Sociedad y Religión: Sociología, Antropología e Historia de la Religión en el Cono Sur* 29 (52): 67-96.