

**UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, FILOSOFIA E TEOLOGIA
CURSO DE PÓS GRADUÇÃO STRICTO SENSU
CIÊNCIAS DA RELIGIÃO**

PAULA BIANCHI ROMER

**AS INFLUÊNCIAS DAS CRENÇAS PROTESTANTES NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS**

São Paulo

2014

PAULA BIANCHI ROMER

**AS INFLUÊNCIAS DAS CRENÇAS PROTESTANTES NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências da Religião da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Religião. Área de concentração Ciências Sociais e Religião.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Máspoli de Araújo Gomes.

São Paulo

2014

R763i Romer, Paula Bianchi

As influências das crenças protestantes na promoção da saúde:
relatos de experiências / Paula Bianchi Romer – 2015.

171 f.: il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade
Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2015.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Máspoli de Araújo Gomes

Bibliografia: f. 160-163

1. Protestantismo 2. Psicologia 3. Saúde 4. Coping religioso I. Título

LC BF173

PAULA BIANCHI ROMER

**AS INFLUÊNCIAS DAS CRENÇAS PROTESTANTES NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação Stricto Sensu em Ciências da
Religião da Universidade Presbiteriana
Mackenzie, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Ciências da Religião.
Área de concentração Ciências Sociais e
Religião.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Máspoli de Araújo Gomes – Orientador
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª Dra. Sueli Galego de Carvalho
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª Dra. Patrícia Pazinato
Universidade São Francisco

DEDICATÓRIA

A Deus, o Autor da vida.

Para meus pais, Arnaldo e Lidia, *in memoriam*, por
terem me ensinado o caminho da persistência.

Para Herbert e nossos filhos,
com amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que gerou o desejo de pesquisar e possibilitou os caminhos para o realizar.

Ao Prof. Dr. Antônio Máspoli de Araújo Gomes, orientador e pessoa amiga, minha admiração e gratidão pelo incentivo e encorajamento para o desafio desta pesquisa, por ser companheiro na jornada proposta e por confortar-me e dar-me orientações diante das dúvidas enfrentadas diante da produção científica.

Aos professores que se dedicaram nas aulas durante o curso e que acrescentaram informações valiosas em minha vida, especialmente neste caso de conclusão de curso, à Prof^a. Dra. Sueli Galego de Carvalho e Prof^a. Dra. Patrícia Pazinato que me enriqueceram com comentários e apontamentos que nortearam o direcionamento deste trabalho.

Ao meu marido Herbert e nossos filhos pelo apoio e por abrirem mão de minha companhia em vários momentos no caminhar desta pesquisa.

Aos meus pacientes particularmente por mostrarem através de suas decisões e enfrentamentos, a possibilidade da cura e resiliência através de suas crenças e aos 12 colaboradores entrevistados que se dispuseram a colaborar com esse trabalho, compartilhando seus valores e crenças e contribuindo de maneira ímpar com o desenvolvimento dessa pesquisa.

Às amigas mais chegadas que irmãs, Herta e Arlete pelo apoio e incentivo constante e irrestrito em todos os momentos.

À Anna Rosa pelo empenho na revisão e Nilza pela gentileza nas correções e conselhos.

Ao Instituto Presbiteriano Mackenzie, Mack Pesquisa pela confiança e auxílio bolsa recebido para este projeto.

“...Eu vim para que tenham vida e a tenham em abundância”.

Jesus Cristo (em João 10.10)

RESUMO

ROMER, Paula Bianchi. As Influências das Crenças Protestantes na Promoção da Saúde: Relatos de Experiências. São Paulo, 2014. 170 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Presbiteriana Mackenzie.

O presente trabalho objetivou verificar através o possível significado das crenças religiosas protestantes e as estratégias de utilização das mesmas na resolução de dificuldades, enfrentamento de doença e saúde; além de ter buscado perceber se uma convergência entre psicologia e religião, como recursos cooperativos, auxiliam na saúde integral do indivíduo.

Procedeu-se uma revisão bibliográfica com pesquisa de campo onde participaram 12 colaboradores adultos, com idade entre 34 e 64 anos de confessionalidade cristã protestante. A pesquisa foi realizada de maneira espontânea e voluntária dos sujeitos após informações sobre a finalidade do projeto e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com as orientações feitas pelo Comitê de Ética.

Utilizou-se o conceito referencial do Coping Religioso Espiritual e suas técnicas no campo da prática clínica e na área da saúde como um todo referente à valorização e respeito dos aspectos religiosos dos pacientes, e a associação da espiritualidade nos processos de cura ou agravo da saúde.

Posteriormente foi apresentada a relevância das crenças religiosas, o seu uso na vida prática e sua influência na promoção ou não da saúde integral dos pesquisados, utilizando para esse fim relatos de experiências. Com base na pesquisa realizada, mesmo havendo divergências entre as crenças descritas, os resultados foram significativamente positivos quanto à promoção e enfrentamento de situações estressantes.

Sugere-se novas investigações tendo em vista a extensão do campo da cultura religiosa brasileira.

Palavras-Chave: Religião Protestante. Psicologia. Saúde. Coping Religioso.

ABSTRACT

ROMER, Paula Bianchi. The Influence of Protestant Beliefs in Promotion of Health: Personal Reports. Sao Paulo, P. 2014. Master's thesis. Universidade Presbiteriana Mackenzie.

This thesis aimed to determine the possible significance of the Protestant religious beliefs and the strategies of using these beliefs in solving difficulties, disease coping and health. In addition, sought to understand whether a convergence between Psychology and Religion, as cooperative resources, help in the overall health of the individual.

A bibliographic review, with field research, was carried out and attended by 12 adult employees, aged between 34 and 64 years, claiming being Christian Protestants. The research was put through spontaneously and voluntarily after the communication about the purpose of the project to all the subjects, and before a written consent of each, in accordance with the guidelines established by the Ethics Committee.

The concept of Religious Spiritual Coping and its techniques were used as reference in the field of clinical and health care practice relating to the validation and respect for religious aspects of patients, and also relating to the spirituality in the healing process or health injury .

Later, the relevance of religious beliefs was presented, its use in daily life and influence in promoting or not a comprehensive health of respondents, using for this task personal reports. Based on the research carried out, even considering the differences between the described beliefs, results were significantly positive relating to the promotion of health and coping with stressful situations.

Further research is suggested with a view to extending the scope of the Brazilian religious culture.

Keywords: Protestant Religion. Psychology. Health. Religious co

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – CRE positivo.	81
Quadro 2 – CRE negativo	82
Quadro 3 - Núcleos Temáticos.....	148

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CRE – Coping Religioso Espiritual

ER - Enfrentamento Religioso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IURD – Igreja Universal do Reino de Deus

ONU – Organização das Nações Unidas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E DE SIGLAS.....	08
INTRODUÇÃO.....	11
HISTÓRICO E RELEVÂNCIA DA PESQUISA.....	12
ESTRUTURA DA PESQUISA	14
REVISÃO DE LITERATURA.....	15
ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	17
Capítulo 1 Fundamentos e Conceitos da Religião Cristã.....	18
1.1 A RELIGIÃO CRISTÃ: UM HISTÓRICO ATRAVESSANDO SÉCULOS.....	19
1.2 A INSERÇÃO DO PROTESTANTISMO NO BRASIL.....	37
1.3 A IGREJA CRISTÃ PROTESTANTE ATUAL: OUTRO RETRATO OU UM ABISMO?.....	46
Capítulo 2 Coping Religioso e seus Efeitos Terapêuticos.....	64
2.1 COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL, DEFINIÇÃO E UTILIDADE.....	65
2.2 ESTILOS DE CRE E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	69
2.3 COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL E A PRÁTICA CLÍNICA.....	84
Capítulo 3 As Influências das Crenças Protestantes na Promoção da Saúde.....	97
3.1 RELIGIÃO E SAÚDE: DEFINIÇÕES E CONVERGÊNCIAS.....	98
3.2 MEDICINA, RELIGIÃO E SAÚDE: CAMINHOS PARA A CURA.....	114

Capítulo 4 Método, Análise e Discussão dos Resultados	125
4.1 MÉTODO.....	126
4.1.1 Objetivos e Justificativa do Método	126
4.1.2 A Entrevista como Técnica de Coleta de Dados	127
4.1.3 Os Sujeitos e os Procedimentos de Contato	127
4.1.4 Instrumentos e Procedimentos	128
4.1.5 A Técnica de Análise de Conteúdo	129
4.1.6 Referencial Teórico	131
4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS.....	133
4.2.1 Critérios de Categotização	147
4.2.2 Núcleos Temáticos	148
4.2.3 Análise dos Temas Apresentados na Tabela	150
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160
ANEXOS.....	164
ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	165
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	167
APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL.....	169

INTRODUÇÃO

HISTÓRICO E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Essa apresentação traz brevemente o histórico e trajetória da pesquisadora para que o leitor tenha condições e compreender o ponto de partida desta pesquisa.

Neste trabalho, considera-se a capacidade intelectual que o ser humano possui como algo sublime e é muito apreciado o desafio do pensar pois através deste processo os indivíduos criam possibilidades tanto no saber quanto no experimentar. Esse processo é contínuo e auto renovável, como afirmado por PIAGET (1996 p 13), ao ter-se contato com alguma informação nova (seja ela verbal, visual, auditiva) logo a ferramenta do saber é evocada de maneira que as informações provocam nas pessoas um movimento frente ao que é novo, desde criança processa-se a assimilação e posterior acomodação dos dados, um movimento constante e adaptativo.

Inevitavelmente há aqui uma relação entre a pesquisadora e o objeto estudado. Como psicóloga clínica e de fé cristã reformada, num âmbito particular é perceptível o quanto a espiritualidade influencia positivamente um estado de saúde global em sua própria vida, desta maneira, isso também leva-a à observação no campo de trabalho quanto ao uso e valorização do estudo não tão explorado no meio psicológico no tocante à espiritualidade dos pacientes no âmbito de atendimento clínico, uma vez que esses pacientes muitas vezes e de maneira natural, associam essas experiências aos acontecimentos de sua vida.

O interesse na observação da relação entre as crenças protestantes das pessoas e seus posicionamentos quanto à utilização destas para a promoção ou não da saúde no seu viver, nasceu exatamente da observação na prática clínica, verificando-se nos próprios relatos e experiências das pessoas que há uma dinâmica positiva quanto à fé que se reflete na saúde mas também o contrário, onde as crenças religiosas aprendidas podem também proporcionar uma experiência da saúde de qualidade inferior.

Estimulada a voltar à área acadêmica, sentiu-se motivada a desenvolver esta pesquisa no tema proposto com vistas a perceber o quanto as crenças

protestantes – aqui divididas entre históricos, pentecostais e neopentecostais – influenciam nas ações de seus fiéis e qual o significado real delas no dia a dia dos sujeitos da pesquisa. Afinal, no consenso popular a religião é um instrumento de cura mas será que ela também pode fazer adoecer?

Este trabalho delimita-se, assim, na pesquisa de igrejas do protestantismo histórico (Presbiteriana, Batista), pentecostal (Assembleia de Deus, Videira, O Brasil para Cristo e Comunidade da Graça) e neopentecostal (Igreja Universal do Reino de Deus e Igreja Mundial do Poder de Deus) sinalizando o grupo pesquisado e as crenças que abraçam como sua fé (principalmente relacionando religião e saúde).

Os doze sujeitos envolvidos neste trabalho são pessoas de confessionalidade protestante de 34 a 64 anos de idade.

Além do interesse pessoal, entende-se que a importância acadêmica tem grande relevância por esta pesquisa estar inserida dentro do campo de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Ciências da Religião da Universidade Presbiteriana Mackenzie na área de concentração Ciências Sociais, Religião e Sociedade (Mackenzie, 2013/2014) o que vincula esse projeto aos estudos interdisciplinares no campo da religiosidade, neste caso valendo-se do uso da Psicologia, do coping religioso e considerando as questões sociais, onde se enquadrem os aspectos da religião na vida das pessoas e da sociedade como um todo, principalmente os aspectos de enfrentamento de questões da saúde com base em suas crenças religiosas. Este trabalho poderá assim contribuir para o avanço das pesquisas na área da religiosidade e do enfrentamento/coping religioso e seus efeitos terapêuticos.

Há ainda a relevância social que se caracteriza particularmente numa visão atualizada das estatísticas feitas pelo IBGE no último censo de 2010 em termos de urbanização, onde se configurou o crescimento da população cristã no país, com destaque para as religiões evangélicas, um grupo que é portador de crenças religiosas muito amplo pois nesta categoria temos os evangélicos desde a origem reformada até os mais contemporâneos, crenças essas que diferem sensivelmente no modo de interpretar as questões práticas da vida e que de certa forma, permeiam e influenciam os fiéis na sua vida diária e em

suas relações tanto sociais quanto individuais, o tema Religião é importante nas sociedades humanas.

Os valores derivados da religiosidade se fazem presentes na dinâmica de vida das pessoas podendo desta maneira, contribuir para um melhor ajustamento ou até um desajustamento dependendo de sua interpretação ou compreensão. No aspecto social, estudar o fator religião torna-se importante na busca de uma vida saudável de maneira ampla, não somente observando-se os aspectos biológicos, mas também a saúde relacional, emocional e psíquica.

ESTRUTURA DA PESQUISA

Como o problema desencadeador esta pesquisa surgiu da prática nos contatos com pessoas de crença cristã evangélica, especialmente na observação focada nas influências que a espiritualidade exerce nos processos de cura ou agravamento de questões da saúde integral do indivíduo em clínica psicológica, o alvo foi investigar a contribuição destes valores ou crenças religiosas nos pensamentos e nos comportamentos desses fieis e a utilização dessas crenças nas partes práticas de sua vida, incluindo-se sua influência na promoção ou não da saúde dos sujeitos pesquisados. Isto se dará através da descrição desses conjuntos de crenças por meio de entrevista semi-dirigida e análise qualitativa dos relatos através do método de análise temática dos conteúdos, com vistas à compreensão das mesmas.

Deste modo, o presente trabalho objetivou verificar o possível significado das crenças religiosas protestantes e as estratégias de utilização das mesmas na resolução de dificuldades, enfrentamento de doença e saúde; além de buscar perceber se uma convergência entre psicologia e religião, como recursos cooperativos, auxiliam na saúde integral do indivíduo.

Para tanto, o período de entrevistas se deu em 3 meses, destacando-se apontamentos quanto às crenças religiosas no enfrentamento à saúde/doença e a posterior análise de seus conteúdos temáticos com apontamentos e destaques onde percebeu-se ações de Enfrentamento Religioso, doravante

será utilizada a sigla ER / Coping Religioso Espiritual cuja sigla será CRE a fim de pontuar algumas dessas situações.

Considerando-se as questões expostas até o momento são levantadas algumas hipóteses que acabarão orientando na busca destas respostas.

Uma dessas hipóteses é o fato que, dentre os múltiplos fatores que permeiam a construção do ser humano, no seu desenvolvimento e aquisição de valores, questões psicológicas, familiares, sociais são determinantes em suas ações, e a religião tem também um papel relevante neste processo sendo parte integrante de sua estrutura organizacional interna, estando vinculada aos processos de enfrentamento e resolução de problemas em seu dia a dia. Considera-se também o fato de que essa compreensão religiosa, dependendo da maneira como foi ensinada e absorvida pelo indivíduo, pode contribuir para a promoção da saúde mas também na promoção da “não saúde”.

A metodologia desta pesquisa consiste em pesquisa de campo através de um roteiro de entrevista semi-dirigida com sujeitos com idade entre 34 a 64 anos e de confessionalidade cristã protestante histórico, pentecostal e neopentecostal com a descrição de relatos de experiências pessoais quanto a crença pessoal e o processo terapêutico à promoção de sua saúde integral. Os sujeitos analisados foram doze ao todo e esses relatos serão descritos com a omissão de seus nomes por questões éticas, sendo estas entrevistas cruzadas e avaliadas qualitativamente. Valer-se-á também de uma revisão de pesquisas e revisão bibliográfica através da leitura de textos e comparação de autores nos campos da espiritualidade, coping religioso/enfrentamento, religião e psicologia.

REVISÃO DE LITERATURA

Buscando atender ao tema proposto, algumas obras serão destacadas, entre elas a do autor João Bosco L. Botelho, que em seu livro *Medicina e Religião: conflito de competências*, editado em 1991 pela Editora Metro Cúbico, ressalta aspectos históricos sobre a religiosidade e a saúde física e mental. Apresentam-se estudos antropológicos que apontam o processo de divinização

do desconhecido atribuindo-se aos deuses o poder de causar as doenças e também de curá-las; fazendo em outro momento, alusão ao surgimento do monoteísmo cristão, vinculando de certa forma a saúde à obediência à lei divina e a doença à desobediência da mesma. Essa proposta encaixa-se na pesquisa deste trabalho devido à sua abordagem da atribuição da saúde ou doença ao sagrado, desvinculando, portanto, os fatores naturais e biológicos, lançando mão de aspectos religiosos ensinados para as questões da saúde das pessoas, uma prática ainda adotada por algumas religiões. Outro autor que auxiliará com suas colocações será Fritz Heider. Heider em sua obra *Psicologia das Relações Interpessoais*, apresenta o caminho que a psicologia cognitiva oferece ao procurar compreender o fenômeno psicológico através do processo da cognição. Assim, a psicologia pode lidar com a experiência religiosa através dos processos cognitivos que abrangem desde a estimulação neurológica dos sentidos até a percepção propriamente dita, porque a experiência religiosa é adquirida ao longo da vida através do seu ambiente natural, social e da cultura e os processos cognitivos contam com a memória a longo prazo em que fatores como a familiaridade, os valores e as expectativas do ser humano podem influenciar no resultado da percepção. Em determinados momentos esses estímulos podem ser elaborados com perceptos religiosos já adquiridos.

Émile Durkheim, em *As formas elementares da vida religiosa*, do ano de 2008, colaborará com este trabalho por ter como objeto de pesquisa a análise da religião desde a mais simples que se conhece, buscando determinar as formas elementares da vida religiosa e a partir daí, entender as razões para se crer. O sociólogo aborda as definições do fenômeno religioso e da religião em si e seus desdobramentos na vida particular e social do ser humano. Harold George Koenig com sua obra *Medicina, Religião e Saúde*, de 2008 além de diversos artigos já publicados. Koenig é um destacado pesquisador na área da religiosidade e psicologia e endossa a associação do envolvimento religioso com maiores níveis de satisfação de vida, de bem estar, um maior senso de propósito e significado de vida, esperança, otimismo, estabilidade, menores índices de depressão e ansiedades. Esses e outros elementos abordados pelo autor colaboram com a hipótese de que a espiritualidade pode contribuir na promoção da saúde integral das pessoas. Finalmente, Geraldo José de Paiva,

que contribuirá com uma coletânea de todo material apresentado no 3º Seminário Psicologia e Senso Religioso na USP em outubro de 1999, no livro *Entre a necessidade e o desejo – diálogos da psicologia com a religião*, trabalhando temas como: a necessidade na religião, o desejo religioso, a teoria do desenvolvimento religioso, culpa, a vergonha, o senso religioso, colaborando com nosso tema fazendo a ligação entre aspectos psicológicos e a religiosidade.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Para atender ao tema *As influências das crenças protestantes na promoção da saúde: relatos de experiências*, este trabalho será dividido em quatro capítulos, onde:

O primeiro capítulo, *Fundamentos e conceitos da religião cristã*, pretende abordar especificamente as religiões cristãs provenientes do protestantismo histórico e devido à diversidade religiosa dos sujeitos que participarão, também as pentecostais e neopentecostais serão pesquisadas desde suas origens. A inserção do protestantismo no Brasil e a mentalidade evangélica brasileira. A religião como fator importante na personalidade e comportamentos das pessoas.

Já o segundo capítulo, *Coping Religioso Espiritual (CRE) e seus efeitos terapêuticos*, pretende elucidar a maneira de atuação e colaboração desta técnica terapêutica e seus efeitos no tratamento das pessoas, através de revisão de literatura e pesquisas na área.

O Terceiro Capítulo, *As influências das crenças protestantes na promoção da saúde*, não só abordará o que se entende sobre saúde integral como também pretende evidenciar as relações entre a religião e a saúde.

E finalmente, no Quarto Capítulo será apresentada a construção do método desta pesquisa, como se deu seu emprego, a síntese das entrevistas feitas tanto com relatos de experiências como com a análise temática de conteúdo dos mesmos.

Capítulo 1

Fundamentos e conceitos da religião cristã

1.1 A RELIGIÃO CRISTÃ, UM HISTÓRICO ATRAVESSANDO SÉCULOS

Na chamada do tema proposto dentro desta dissertação, torna-se de suma importância destacar um capítulo inteiro para definir através de uma pesquisa bibliográfica mais acurada o que se trata, neste caso, de religião cristã. Isto porque através de seus desdobramentos e formas de atuação e das crenças percebidas ao longo do tempo e na atualidade, teremos indicadores reais de suas influências na condução da vida das pessoas, particularmente no tocante a esse trabalho, nos aspectos relacionados à saúde do ser humano.

Pretende-se observar três segmentos da fé cristã de cunho protestante, a saber: igrejas de origem histórica, pentecostais e neopentecostais; estudando e descrevendo o conjunto de crenças decorrentes de cada uma delas. Entende-se que desta maneira, será possível compreender os fundamentos e conceitos da religião cristã nas práticas evangélicas de modo mais abrangente, havendo inclusive a possibilidade de compará-las e diferenciá-las entre si.

O fato é que a religião e a espiritualidade fazem parte dos múltiplos fatores que contribuem na construção do ser humano, ou seja, de quem ele é. Contribui no seu desenvolvimento através da aquisição de valores e no tocante às ações que toma na condução de sua vida.

Os conceitos relacionados à espiritualidade do indivíduo podem e devem ser compreendidos e considerados como parte integrante de sua estrutura organizacional interna.

Desta maneira a observação estará voltada para o vínculo das crenças religiosas cristãs pesquisadas nos processos de enfrentamento e resolução de problemas diários; indicando inclusive se elas contribuem ou não no processo da promoção da saúde dos fiéis.

Historicamente falando, a religião cristã data de mais de 2.000 anos, à partir do ministério de Jesus Cristo e que tendo durado três anos, revolucionou o pensamento religioso da época, influenciando comportamentos e mudança de vida entre seus adeptos a começar por seus discípulos.

Jesus Cristo através de seus ensinamentos, possibilitou ao homem comum uma aproximação de Deus de uma maneira jamais experimentada antes. Numa época em que a religiosidade era cercada e amparada por leis e regras de conduta, havia como que um pesado fardo imposto pelos maiores da lei aos homens do povo.

Segundo a abordagem bíblica, Cristo identificou naquela sociedade essa dificuldade religiosa que servia muito mais para afastar a pessoa de Deus do que aproximá-lo. Valendo-se de uma didática própria, Jesus então passou a ensinar o povo e fazendo isto, era reconhecido por sua autoridade e suas palavras de sabedoria e verdade, apresentando a ética cristã. Segundo relatos bíblicos, multidões desesperançadas e sem objetivos na vida, excluídos socialmente por sua condição humilde alimentaram-se desses ensinamentos e modificaram posturas de enfrentamento da vida.

Jesus Indicava quais os comportamentos esperados dos que realmente confiavam em Deus e quais os benefícios que seriam alcançados pelos mesmos por seu proceder correto. São as chamadas “Bem aventuranças” que traduzindo significa “mais do que feliz”. Estaria Jesus então ensinando uma nova postura de pensamento que auxiliaria aquele povo pobre a ter esperança e enfrentar suas dificuldades de uma maneira mais positiva e saudável para si?

Outro aspecto da vida humana que é abordado nestes ensinamentos, causa desequilíbrio na saúde das pessoas até os dias atuais: a ansiedade; assim, o que antes era vivido ou obedecido como lei a ser cumprida, passou a ser apresentada como uma possibilidade nova a ser experimentada com entendimento e liberdade pessoal de escolha.

Os apóstolos continuaram a propagar esses mesmos ensinamentos após a ascensão de Jesus Cristo, e passaram a conduzir as pessoas à fé cristã através dos ensinamentos recebidos.

No livro de Atos dos Apóstolos ve-se institucionalizar-se a igreja cristã e sua expansão pelas terras além da Judéia, alcançando os demais povos. Este fato foi relatado no livro de Atos capítulo 14, versículo 26 de que “em Antioquia, foram os discípulos, pela primeira vez, chamados cristãos”. Nasce uma identificação.

Muitas perseguições ocorreram e inexplicavelmente, a igreja ao invés de ser exterminada, crescia. Essas perseguições avançaram pelos séculos até o ano 310 d.C. quando então, o imperador Constantino converteu-se ao cristianismo e o estabeleceu como religião oficial do Estado (embora interpretasse a fé em Jesus Cristo de uma maneira que não o impedisse de adorar a outros deuses), em 324 d.C., um edito imperial ordenava que todos os soldados adorassem o Deus supremo no primeiro dia da semana. Imediatamente as perseguições cessaram mas paulatinamente o culto cristão passou a sentir a influência de um “protocolo imperial” (GONZALEZ, 1991).

O culto cristão até então era simples, e outros elementos passaram a ser incorporados ao mesmo: incenso (sinal de culto ao imperador), vestes mais ricas para os ministros, procissão para iniciar o culto, coros, e assim a congregação em si passou a participar menos ativamente do culto. Relíquias começaram a ser muito consideradas, veneradas e adoradas. Igrejas suntuosas foram construídas, muitos se convertiam e eram batizados sem no entanto, terem tempo para entender os caminhos novos e as novas implicações da vida cristã.

Os escritos deixados por Eusébio de Cesaréia demonstram que a nova política religiosa adotada por Constantino ia além das vantagens que a igreja agora passava a desfrutar, pois para ele eram provas contundentes da verdade do evangelho, ponto culminante da história humana. Sob essa perspectiva teológica, era proibida qualquer atitude crítica frente ao que estava acontecendo e em toda obra de Eusébio percebe-se como boa parte da teologia cristã foi se ajustando às novas condições, abandonando ou transformando alguns de seus temas e crenças tradicionais conforme o que lhe ia sendo acrescentado.

A partir de Constantino, a igreja que nos primeiros séculos mostrava que o evangelho era em primeiro lugar para os pobres e doentes (pois os ricos teriam mais dificuldade em entendê-lo e segui-lo); agora, adotava a riqueza e pompa como um favor divino. A igreja adotou uma aristocracia clerical semelhante à aristocracia imperial, que frequentemente estava afastada do crente comum, como também o Império o era do cidadão comum.

A igreja passou a imitar o império não só na sua liturgia, mas notadamente em sua estrutura social. Aos poucos o esquema que Eusébio concebeu em termos de história, obrigou-o a abandonar um dos temas principais da pregação e crença cristã primitiva, ou seja, a vinda do Reino, a volta de Jesus Cristo. Eusébio representava o que o cristão comum pensava na época, ele foi o criador de uma teologia oficial, apenas um porta voz de muitos cristãos que se acomodaram naquela situação pós perseguição e de mudanças em andamento, evidentemente não foram todos os cristãos que acolheram as circunstâncias com contentamento.

Em resposta a essas novas tendências da igreja cristã, sucederam-se uma série de reações dos que se entristeciam com os rumos e o triste estado em que se havia chegado. Justo Gonzalez chega a citar que:

A porta estreita de que Jesus tinha falado se tornara tão larga que uma multidão se apressava em passar por ela – muitos em busca de posições e privilégios, sem ter uma ideia do batismo ou da fé cristã. Os bispos competiam pelas posições de mais prestígio. Os ricos e os poderosos pareciam dominar a vida da igreja. O joio crescia junto com o trigo e ameaçava sufocá-lo.

A igreja católica romana ganhou assim prestígio, evidência e poder, subtraindo a essência dos ensinamentos de Jesus Cristo e dos primeiros apóstolos e voltando-se às práticas controladoras através da fé. (2011, p 57)

Daí derivaram as reações monástica, cismática, a controvérsia ariana e a reação pagã.

A reação monástica refere-se ao movimento de êxodo de muitos cristãos para uma vida solitária fugindo da sociedade humana, abandonando tudo, subjugando o corpo e as paixões para buscar a santidade na solidão.

A reação cismática caracterizou-se por cismas, ou seja, atritos e rompimentos constantes entre a religião cristã que ora era apresentada sob os cuidados de Constantino, envolvendo não só as questões de prática teológica mas também diversos aspectos políticos.

A controvérsia ariana envolveu puramente questões teológicas, e a questão principal era se o Verbo era co-eterno com o Pai ou não.

A reação pagã por exemplo foi liderada pelo imperador Juliano que em sua política religiosa buscou restaurar a glória perdida do paganismo e evidentemente, impedir o crescimento do cristianismo.

Atanásio também foi um grande nome no cenário de defesa da fé cristã naquela época, que seguiu os mesmos passos de Alexandre contra as heresias defendidas pelos arianos. Outros nomes, como já foram mencionados, alcançaram vulto por sua firmeza na defesa do povo contra a opulência dos ricos e abastados do império. Entre esses citamos João Crisóstomo – o homem da língua dourada; Jerônimo que traduziu a bíblia para o latim (Vulgata) e Agostinho de Hipona, que na sua busca pela verdade, experimentou o maniqueísmo, depois tornou-se neoplatônico e ainda, diante de suas dúvidas, passou a ouvir os sermões de Ambrósio e desta maneira, suas dificuldades intelectuais foram sendo resolvidas, abrindo espaço para sua definitiva conversão. Seus embates eram íntimos, ele admitia que tinha um grande conflito:

quando pensava em me consagrar por inteiro ao teu serviço, Deus meu,...era eu quem queria fazê-lo e eu quem não queria fazê-lo. Era eu mesmo. E porque não queria de todo, nem de todo não queria, lutava comigo mesmo e me rasgava em pedaços (AGOSTINHO, apud GONZALEZ, 1991 p 163)

Os escritos de Agostinho trouxeram luz a diversos assuntos debatidos pelos fiéis de então como: a origem do mal, o livre arbítrio, os sacramentos e sua validade em detrimento da virtude moral de quem os administrava e questões sobre a guerra justa. Ele trabalhou as questões do pecado e do pecador, salientando que o pecador por sua natureza primária, somente pode querer o pecado, mas mostrou ao povo um alento, pois afirmava que quando a redenção pela graça de Deus passa a atuar no homem, restaurava neste a liberdade tanto para pecar como para não pecar e que somente no céu teremos liberdade plena para não pecar, portanto, suas ideias mais aceitas foram as relacionadas à corrupção humana, o pecado original e à necessidade da graça de Deus. Foi o mais notável dos gigantes daquela época e muitos outros de seus pensamentos (graça irresistível, predestinação) foram

resgatadas mais na frente no movimento da Reforma Protestante no século XVI.

Deste período em diante, a história da igreja cristã passou por um período conhecido como Idade das Trevas marcada pelas invasões dos bárbaros, as questões do papado, igrejas dissidentes, as conquistas árabes, o sistema feudal e a atividade teológica, até a decadência do papado.

O papa Gregório, que recebeu o título de “o Grande”, desenvolveu as doutrinas do purgatório e da penitência. Também implementou uma maneira para os vivos ajudarem aos mortos a saírem do purgatório, oferecendo missas em seu nome. Gregório aceitou a mistura da doutrina cristã com superstições populares da época como se fossem verdades evangélicas e no final do século sexto, boa parte dessas crenças foi incorporada à doutrina cristã.

A igreja do Oriente entrou em controvérsia com a igreja em Roma e o papado em várias questões como o celibato que não deveria ser obrigatório e a veneração das imagens nas igrejas. Os papas não precisavam mais ter sua eleição ratificada pelos imperadores, tanto é que o papa Leão XIII em um culto de natal, coroou Carlos Magno imperador do ocidente, algo que não tinha precedentes.

Tanto católicos romanos como protestantes (evangélicos de diversas denominações) são herdeiros deste cristianismo ocidental. O cristianismo oriental desenvolveu características muito distintas das do ocidente. Vale lembrar que em Antioquia é que os seguidores do “caminho” foram chamados pela primeira vez de cristãos. No oriente quem tinha a última palavra era o imperador mas a igreja conseguiu trabalhar a unidade dentro de si. Enquanto isto, na região ocidental, a igreja assumia mais e mais autoridade junto ao governo e questões civis, intervindo com violência sobre os que se opunham a suas ideias sobre fé cristã.

Constata-se assim, a paulatina descaracterização da religião cristã. Uma igreja que agora era detentora de muito poder e que em nome do Deus que pregava, oprimia as pessoas e agia com total intolerância com os que considerava diferentes no tocante aos costumes religiosos, já na Idade Média, o cerco se fechava cruelmente para essas pessoas na forma do julgamento e

inquisição católica. Passa-se à seguinte pergunta: que deus aquelas pessoas conheceram naqueles séculos, que com tantas modificações, já não representava mais aquele Deus misericordioso e abundante em graça revelado então aos cristãos do primeiro século.

Que esperança poderia haver para eles? Como crer e amar a um deus tão cruel e sanguinário? Uma religião cristã dominante, altamente castradora e opressora não poderia gerar fé em alguém.

O tema que permeava aquele ambiente era o da salvação e condenação. Deu-se nesta mesma época o advento da reforma protestante século XVI, que não tinha em si o objetivo de destruir a igreja, mas sim, voltar ao que se havia perdido, voltar às escrituras.

Havia o anseio de mudanças mas por circunstâncias políticas, não havia forças para fazê-las. Caminhando rumo à reforma protestante, muitos sonhos e tentativas foram frustrados até que Lutero tivesse êxito. No final da Idade Média o que se via eram bispos muito mais parecidos com guerreiros do que com pastores, manchando a igreja cristã com intrigas políticas da época a favor de seus interesses e não das ovelhas. Deste modo, ao assumir o trono da Espanha, a rainha Izabel de Castela, uma mulher devota praticante da oração, decidiu intervir nos escândalos que permeavam o clero. Ela então deu início a um processo que buscava reformar a igreja, tanto administrativamente quanto no estudo das escrituras. Ela desejava uma única religião para a Espanha e que essa fosse ortodoxa, com o propósito de eliminar todas as outras religiões do solo espanhol, Izabel e Cisneros introduziram a Inquisição em 1478. A inquisição já existia por toda Europa mas não com tanto rigor como se percebe aqui, a supervisão da mesma era feita pela coroa e não pelo papa. Uma reforma baseada em crueldade e na tirania da intolerância religiosa. Os acusados de heresias não sabiam quem os acusava, não podiam então se defender. Os convertidos das outras religiões eram os principais alvos para quem fazia tais acusações pois só se tornando um cristão a pessoa poderia ser então considerada herege.

Nessa era dos reformadores, anos depois outro nome destacou-se, um homem que não era de origem nobre mas muito devotado quanto à sua fé e

sua relação com Deus. A razão principal da busca de Martinho Lutero foi sua preocupação com a sua salvação. Como afirma González, “o tema da salvação e da condenação permeava todo o ambiente da época” (2003, p 47), e ele chegava a se castigar muito física e mentalmente em função dessa preocupação. Lutero tinha conhecimento da Bíblia pois já era doutor em teologia, sabia o saltério de cor, porém, quando ingressou na Universidade de Wittenberg como professor das escrituras, e dessa forma passando a estudar a bíblia com mais afinco, percebeu nela própria respostas para suas angústias espirituais, interpretava a Bíblia cristologicamente, ou seja, centralizando-a na vida de Cristo e assim, pôde perceber Cristo passando pelas angústias semelhantes às que também ele passava. Encontrou consolo para si, esse ponto é muito importante pois ele sofria e suas crenças religiosas re-significadas lhe deram paz, a fé o aliviou.

Em seu livro *Cartas entre Freud e Pfister*, o então pastor e psicanalista Oskar Pfister tratando deste assunto escreveu suas impressões dizendo:

Experimentei como a neurose altera a prática cristã do devoto, de modo que esta adquire traços neuróticos [...]. Os dogmas são monstruosamente ressaltados, transformando-se por vezes em fetichismo dogmático. Desta forma, de uma religião de amor, o cristianismo transformou-se, talvez até na maioria das vezes, em uma religião de angústia perante os dogmas. Deus, de um pai celestial amoroso, transformou-se - em épocas especialmente sombrias de um cristianismo coercitivo - num pai sinistramente dogmático. (FREUD, 1998, p 7-15)

A religião cristã na época de Lutero trazia uma expressiva ênfase a dogmas e o controle do devoto pela igreja que o coagia e castigava, tornando o cristianismo em algo cruel demais para se suportar, uma época onde o medo movia os corações ao invés do temor a Deus, uma angustia que certamente não gerava saúde.

Afirmam que sua grande descoberta ocorreu em 1515 quando ao estudar o livro de Romanos, encontrou enfim respostas para suas dificuldades, meditou com afinco no capítulo 1 versículo 17 “pois nele a justiça que vem e Deus é revelada de fé em fé; como está escrito: o justo viverá pela fé”, e com esta meditação e através da fé que depositava nas escrituras, pôde compreender que a justiça de Deus não se referia ao castigo de Deus aos

pecadores, mas sim, que a justiça deste justo provém de Deus, é dom de Deus para os homens. Isto mudou radicalmente seus pressupostos teológicos e vivenciais do evangelho. Lutero mesmo comentou sobre sua descoberta

senti que havia nascido de novo e que as portas do paraíso me haviam sido abertas. Todas as escrituras tiveram um novo sentido. A partir de então, a frase 'a justiça de Deus' não me encheu mais de ódio, mas se tornou indizivelmente doce em virtude de um grande amor. (GONZALES, 2003, p 50).

O reformador alemão não percebia o quanto suas descobertas se opunham ao sistema usado na igreja bem como à teologia e doutrinas comuns da época; escreveu então 95 teses e as fixou na porta da igreja do castelo de Wittenberg, discorrendo sobre vários enganos que estavam acontecendo na igreja. A data em que isso aconteceu foi na véspera da festa de todos os santos, e pelo grande impacto deste ato, ficou marcada como o início da Reforma Protestante, 31 de outubro de 1517.

Os impressores ajudaram na divulgação das teses para o povo alemão, produzindo cópias em grande escala para divulgação, Lutero e suas teses ganharam forças e cada vez mais adeptos. Propôs-se na reforma um retorno às escrituras pois elas não seriam simplesmente um conjunto de livros chamada Bíblia, mas, a palavra de Deus era o próprio Deus e apresentava a Cristo, o Verbo que se fez carne e habitou entre os homens. Em Jesus, Deus se deu a conhecer. A Bíblia dava muito melhor testemunho de Cristo do que a igreja cristã do momento, corrompida do papa e suas tradições medievais que tanto afastavam as pessoas da fé e do verdadeiro Deus que ela pregava.

A reforma protestante promoveu mudanças no cenário religioso no século XVI, repensando o conhecimento de Deus com seu propósito da volta às escrituras, o entendimento da lei de Deus e dos evangelhos. Lutero não aboliu a necessidade da existência da igreja, ao contrário, comunicava ao cristão que ao ser batizado tornava-se um sacerdote e esse sacerdócio universal era para ser dividido entre todos na comunidade, conhecida como o "corpo de Cristo".

Sua colaboração de destaque foi evidentemente a tradução da Bíblia na língua alemã durante seu período de exílio, cerca de 12 anos, enquanto isto

vários de seus colaboradores deram sequência ao trabalho reformador em Wittenberg. O imperador Carlos V desejava ardentemente reprimir e enfrentar o luteranismo, porém, várias questões políticas o impediram de colocar seus planos em ação, o que favoreceu o avanço dos ideais da reforma e o relaxamento quanto à perseguição a Lutero em seu exílio.

A reforma se deu em um momento histórico paralelo ao nacionalismo alemão e o humanismo, mas não se incluía nem em um e nem no outro. Logo se expandiu por vários territórios e seguiu conquistando novos adeptos e vários líderes de fé católica apostólica romana abandonaram então essa fé para assumir os riscos da mudança. Podemos citar aqui Ulrico Zuínglio, dos anabatistas que começaram como um movimento pacifista e que paulatinamente foi ganhando contornos mais revolucionários, posteriormente com a conversão de Menno Simons esses anabatistas voltaram ao pacifismo e ficaram conhecidos como menonitas. João Calvino também assumiu um papel primordial na reforma protestante.

Enquanto Lutero era o entusiasta e propulsor do novo movimento, Calvino se destacou como um pensador cuidadoso que sistematizou as doutrinas protestantes. Por suas experiências particulares com o Sagrado, Lutero tinha em sua teologia a predomínio da justificação e Calvino, o da santificação.

Calvino iniciou sua obra com as Institutas da Religião Cristã em 1536. Obra que alcançou grande êxito, escreveu após este primeiro exemplar mais três volumes que compõem a obra prima da teologia protestante.

Tornou-se o grande reformador em Genebra e por isso mesmo, assim como a maioria dos líderes da reforma, sofreu com perseguição e exílio. Juntaram-se ao teólogo Farel, Beza e Knox, e os territórios influenciados por eles na Europa foram: Escócia, Holanda, Hungria, França onde surgiram várias igrejas então conhecidas como reformadas ou calvinistas.

A reforma chegou também aos territórios da Grã-Bretanha: Inglaterra e Escócia. A reforma na Inglaterra só avançou após a morte do rei Henrique VIII, as primeiras mudanças foram quanto à administração da ceia, o casamento no clero e a retirada das imagens das igrejas. Um dos principais propulsores deste

movimento na Inglaterra foi Tomás Cranmer, a quem o rei Henrique VIII havia feito arcebispo de Cantuária. Ele publicou o Livro de Oração Comum, que dava ao povo inglês uma liturgia em seu próprio idioma e vários homens até então exilados voltaram à Inglaterra com suas ideias teológicas baseadas em Calvino e Zuínglio. A Inglaterra voltou à obediência papal com o reinado de Maria, conhecida por sua antipatia à reforma, recebeu a alcunha de sanguinária devido à repressão aberta e contumaz aos protestantes, gerando centenas de mortes na fogueira e outras no cárcere ou exílio. O arcebispo Cranmer inclusive foi o mais ilustre mártir em seu reinado.

Após a morte da monarca em 1558, assumiu o trono sua meia irmã Elizabete I, e esta era protestante. Novamente as crenças religiosas foram palco de mudanças. Elizabete não era uma protestante radical e aplicou na reforma inglesa a política da inclusão teológica, entre as visões de Calvino e Zuinglio, uma combinação das duas formas. O propósito nesta junção era acomodar as opiniões e produzir uma via média onde todos os que não fossem mais recalcitrantes (católicos ou protestantes) pudessem participar.

A reforma na Escócia também seguiu uma onda de perseguições e lutas entre a permanência do catolicismo e a abertura para o protestantismo. Disputa essa que continuou gerando mortes e era sempre acompanhada de questões políticas da parte da monarquia.

John Knox foi o grande reformador na Escócia, chegou a ser exilado e em outro momento, já de volta à ação, combatido até pelos próprios lordes e a congregação que apoiavam a causa reformadora mas aspiravam o enriquecimento com as possessões eclesiásticas.

Enquanto os lordes se contentavam em apenas assegurar a garantia da liberdade para adorarem a Deus segundo suas convicções, Knox e os ministros se ocupavam com a organização da igreja reformada na Escócia cujos pilares foram o Livro de disciplina, o Livro de ordem e a Confissão escocesa.

Percebe-se uma Reforma que se tornou necessária tendo em vista o desvirtuamento dos ensinamentos da Bíblia, do abuso de poder e da crescente idolatria e ignorância espiritual que até mesmo o clero passava, mas isso também demonstra o quanto a religião estava enfronhada aos poderes

imperiais, controlando chefes de estado e interferindo ou contribuindo em suas decisões. Vitórias e derrotas militares nas investidas contra a religião, assassinatos constantes, uma intolerância própria de quem não tem a capacidade de refletir sobre o assunto mas simplesmente reagir a ele para se defender. Lógico que neste caso, a reforma não representou apenas uma mudança na área religiosa, ela invadiu também o campo do governo e o poder que a igreja até então usufruía. Na Alemanha o principal opositor a reforma era o imperador Carlos V cujos domínios se estendiam até aos países baixos, sempre ordenando através de seus editos, tanto a perseguição aos novos convertidos e seus chefes, como também: a execução de todos que estivessem neste caminho, resultado disto os chefes eram queimados, os seguidores decapitados e as mulheres enterradas ainda com vida.

Os impulsos reformadores eram muito fortes por toda Europa, sobreviviam mesmo em face a tantos atos de crueldade e perseguição, como no horrível episódio francês da Matança de São Bartolomeu com os huguenotes.

Esta era que aqui descrita foi sem dúvida a mais agitada na história do cristianismo, em menos de meio século o poder papal caiu também no ocidente, abriu-se mão do pensamento que surgiu nos primórdios com Constantino de que o Estado determinaria a religião da nação, e essa foi uma das principais causas das guerras religiosas que existiram, aos poucos os países europeus tiveram que adotar políticas de tolerância religiosa. Para os chefes do protestantismo a unidade da igreja era uma característica universal, porém, o cristianismo ocidental foi dividido em várias tradições que refletiam grandes diferenças entre si e pontos em que se aproximavam.

Essa foi uma época bastante agitada porque outras transformações estavam ocorrendo simultaneamente, era também a época de grandes conquistas, uma época de muita comoção social e política. O feudalismo saindo de cena para o surgimento do capitalismo. Uma época onde em nome de Jesus Cristo, o crucificado, tantas atrocidades foram cometidas com um sentimento de sinceridade e absoluta convicção!

A época dos reformadores se deu num momento muito intenso da história da humanidade e sem dúvida alguma, o pensamento dos reformadores acabou influenciando em parte algumas das mudanças que iam acontecendo em outras áreas da sociedade.

Em termos de fé, a cristandade europeia realmente foi sacudida por muitos movimentos reformadores. Todos vividos com intensidade e com reflexos em todas as classes sociais. As questões religiosas eram debatidas com grande interesse e como um fator de primeira importância sobre os demais assuntos. Em todas as partes havia sinceridade em termos de religião, ou pelo menos no cumprimento de exigências divinas e justamente em função dessas diversidades de visões e convicções é que se via, principalmente nas primeiras gerações, asperezas e debates mais intensos.

Após os horrores da guerra dos trinta anos, onde incontáveis vidas foram ceifadas e houve cruel destruição, uma série de negociações foram feitas até que se chegou à Paz de Vestfália:

Os princípios de tolerância a que chegou a Paz de Vestfália não provinham tanto de uma melhor compreensão da caridade cristã como de uma crescente indiferença diante de questões confessionais. Guerra dera mostras mais do que suficientes dos horrores que podiam acontecer quando se tentava determinar questões religiosas mediante o poder armado. O que se conseguira na última? Nada. Por que então não deixar as questões teológicas aos teólogos e resolver as políticas à base dos interesses de cada príncipe ou de cada Estado? (GONZALEZ, 1993, p 35)

Numa época de muitos dogmas e profundas dúvidas, a dificuldade crescente de se obter uma unificação nacional em termos religiosos surgiu um novo modo de lidar com a situação, uma espécie de flexibilidade religiosa onde havia o entendimento de que esses desencontros religiosos não deveriam chegar aos extremos de lutas armadas pois a tolerância política seria mais sábia; como consequência, o racionalismo foi conquistando espaço na alma europeia.

Os teólogos desta nova geração não produziam novas descobertas teológicas e nem eram tão vibrantes quanto seus antecessores Lutero, Calvino e Loyola; eram mais frios e rígidos ao defender o que já fora ensinado, aos

poucos a fé viva foi sendo substituída por dogmas e a prática do amor e caridade foi dando lugar às regras ortodoxas tanto com católicos, luteranos e reformados. Vale a pena mencionar que ainda houve os que permaneciam firmes na busca da verdadeira dimensão espiritual do evangelho e da vida piedosa, abandonaram suas igrejas de origem e dedicaram-se a esses propósitos de maneira mais intensa e pessoal.

Na Inglaterra os embates religiosos também ocorriam, sempre em torno da presença católica; os protestantes e em particular a ação dos puritanos que insistiam na necessidade e se levar uma vida sóbria, pautada nas escrituras. Diante dos embates o que resultou foi uma guerra civil onde o próprio parlamento convocou uma assembleia de teólogos para aconselhar-se, a conhecida Assembleia de Westminster cuja confissão passou a ser um dos principais documentos da ortodoxia calvinista. Ao final desta guerra os puritanos prevaleceram sobre o partido dos bispos e do rei, e logo se encarregaram de implantar suas reformas, mas também apresentaram falta de consenso entre si. Nestas circunstâncias, Cronwell, que era puritano, tomou as rédeas do Estado e dedicou-se a um programa de reforma tanto na igreja como no governo. A igreja ortodoxa também se opunha ao Papa, o movimento do galicanismo se levantou na França assim como outros movimentos paralelos na Europa que comprometeram a posição e o poder papal com teses muito semelhantes às de Agostinho.

Havia sim cismas entre uma confissão e outra, não uma unidade de crenças e pensamentos. Também os reformados durante o século XVII estabeleceram como seria sua ortodoxia, expressão fiel do calvinismo quanto à doutrina da eleição e as controvérsias que se seguiram, Jacó Armínio era um calvinista de boa qualidade, mas ao estudar as ideias do teólogo Dirk Koornhert, convenceu-se de sua autenticidade a refutar certas doutrinas calvinistas, entre elas as bases para se tratar da predestinação. Para Armínio a predestinação era um decreto soberano, que não dependia da resposta humana mas quanto ao decreto referente ao destino individual, baseava-se não na vontade soberana de Deus e sim no conhecimento, então havia a opção de poder perder-se a salvação.

Muitas denominações foram surgindo e se firmando à partir dessas divisões na igreja cristã e os discípulos dos primeiros reformados não viviam com a mesma intensidade o que haviam aprendido e muitas vezes, centralizavam suas atenções nas doutrinas, formando um sistema rígido que talvez os próprios Calvino ou Lutero não teriam reconhecido. Calvino por exemplo, descobriu em sua própria experiência a alegria libertadora da justificação pela graça imerecida de Deus, para ele a doutrina da predestinação era um modo de expressar essa alegria e esse presente de Deus que era a salvação, uma percepção muito mais consoladora e capaz de remeter o fiel à saúde e cura própria, do que os escritos de seus seguidores que tornou-se prova de uma ortodoxia e até do favor divino.

Nesta era de muitos dogmas e dúvidas, emergiu então o racionalismo; teólogos importantes reintroduzindo a filosofia de Aristóteles em suas considerações teológicas e esse novo movimento trazia em sua essência um interesse muito grande pelos fenômenos da natureza e a confiança no alcance da razão. Através do método de René Descartes no continente europeu, a existência de Deus, dos seres humanos passou a ser interpretada através da lógica, o ponto de partida do filósofo era o das dúvidas universais. Descartes era um homem de profundas convicções religiosas, cria na existência de Deus não a partir de evidências externas mas sim da própria ideia de Deus. Para muitos, suas ideias representavam heresias, já para outros, inspiração. A religião vista como unicamente a que já está gravada no coração de toda a humanidade não era mais vinculada a acontecimentos históricos como a vida e obra de Cristo, não permaneciam como importância fundamental. Voltaire na França passou a difundir a filosofia do iluminismo de Kant, Rousseau também já afirmava que não havia progresso pois o que percebia era que o ser humano se afastava cada vez mais do seu estado natural caindo no artificialismo. Estendia-se essa sua visão à política com sua corrupção e até à religião que deveria também voltar às suas origens naturais quanto à crença em Deus, na imortalidade da alma e no padrão moral. Todos esses homens acabaram contribuindo para o advento da revolução francesa.

A opção espiritualista enfocava principalmente a luz interior daquele que crê. Então se a pessoa tivesse o Espírito de Cristo, toda a Bíblia já estava nele

também. Ou, como Jorge Fox afirmava, a “luz interior” uma espécie de semente que todos os seres humanos possuíam e que os levava a Deus. Esses pensamentos de Fox ganharam vários adeptos que se autodenominavam filhos da luz, mais tarde chamados de quakers.

Entre os dogmas dos teólogos e o racionalismo dos filósofos, já no século XVII, surgiu o movimento pietista buscando a fé viva que era a marca do cristianismo. Esse movimento que se originou entre os luteranos, destacando principalmente Filipe Jacó Spencer que propôs na obra *“Desejos Piedosos”* (Pia desideria) despertar a fé de cada cristão, chamando os cristãos à sua responsabilidade no tocante ao sacerdócio universal – algo que completasse a Reforma interrompida com as lutas doutrinárias. Esse avivamento da fé estreitou o relacionamento das pessoas com Deus, trouxe experiências ricas de conversão como no caso de John Wesley e August Hermann Francke que declarou:

De repente, Deus me ouviu. Assim como se alguém estendesse a mão, todas as minhas dúvidas desapareceram. Em meu coração, tive a segurança da graça de Deus em Jesus Cristo. Desde então, pude chamar a Deus não somente “Deus”, mas também “Pai”. A tristeza e a angústia desapareceram imediatamente de meu coração. Repentinamente, sobreveio-me uma onda de deleite, de tal modo que, em alta voz, louvei, magnifiquei a Deus, que me mostrara tal graça. (González, 2011, p 340).

O movimento representava uma fé viva e que era vivida, por isso cativou milhares de seguidores; trazia paz, segurança e promovia mais saúde principalmente de alma os cristãos pondo fim ao ortodoxismo luterano e abrindo espaço para o movimento missionário protestante que se estendeu até as Américas, assumido de maneira sublime pelos morávios dos quais foram impressos vários conceitos impactantes sobre John Wesley e para o metodismo.

O metodismo teve êxito principalmente porque em sua época, conseguiu atender à demanda sempre crescente da população urbana resultante da Revolução Industrial na Inglaterra. Entre essa população o metodismo cresceu na Inglaterra e posteriormente também na América do Norte com a colonização

de novas terras. Na América do Norte, colônias foram estabelecidas e em termos de religião, a maior parte composta por anglicanos, puritanos, presbiterianos, metodistas e batistas que se dividiam entre as doutrinas arminianas e calvinistas, além de outros movimentos dissidentes, o catolicismo em menor parte entrou pela colônia de Maryland. Em algumas havia maior liberdade na expressão religiosa (inclusive levando em consideração a própria religião dos habitantes nativos) e em outras uma grande intolerância religiosa. Em todas, a uniformidade confessional tendia a desaparecer, a liberdade de consciência religiosa também se mostrou como uma alternativa contra a violência antes vivida na Europa e outros assuntos como: o sistema escravagista, as questões agrícolas, exportação dos índios e demais questões locais davam conta de esfriar o fervor espiritual dos primeiros colonizadores.

A América recebeu as correntes pietistas da Europa, principalmente da Inglaterra no século XVIII sob a forma de um Grande Avivamento onde se destacava a necessidade de uma experiência real quanto à convicção do pecado e do perdão por parte de Deus. Muitos americanos começaram a responder assertivamente aos apelos do pregador Jonathan Edwards primeiramente e assim, apresentou-se em muitos uma mudança real de vida e muitas conversões sinceras. Beneficiaram-se deste movimento principalmente os batistas e metodistas que tornaram-se as denominações mais numerosas nos novos territórios pois tomaram para si a tarefa de pregar o evangelho e prover às pessoas a vida eclesiástica. Várias décadas depois houve outro movimento de despertar religioso; mas é importante destacar que o grande avivamento teve reflexos de caráter político, gerando nas 13 colônias um senso de comunidade entre si e levando o cristianismo a se ver frente a novos desafios e novos horizontes.

Na América, as 13 colônias experimentaram um grande desconforto quando a Inglaterra resolveu marcar sua presença mais impositiva, visto que desde o início da colonização dos territórios essa intervenção era menos observada, havendo até uma certa autonomia dos colonos na direção de seus negócios. Os conflitos se agravaram por três questões principais: a presença ostensiva de 17 regimentos militares, a cobrança de altos impostos e a proibição de ocupação das terras indígenas.

A tensão entre colonos e a metrópole foi aumentando. Quanto maior a severidade das medidas inglesas, maior a desobediência. Em 1783 a Inglaterra reconheceu a independência dos Estados Unidos e esse movimento teve grande influência na vida religiosa estadunidense: foram introduzidas novas igrejas organizadas, ao mesmo tempo outras perderam seu espaço ao passar por esses reveses, ainda assim, tanto o metodismo quanto os batistas conseguiram se afirmar.

Durante o século XIX uma grande onda migratória voluntária se desencadeou da Europa para os Estados Unidos e uma outra involuntária, procedente da chegada de escravos africanos ao território. Isto também afetou o cenário religioso: a igreja católica romana tornou-se a mais numerosa quando antes era uma pequena fração. O catolicismo americano foi ganhando aos poucos, características próprias, tipicamente norte-americano e diferente dos catolicismos dos outros países que agregaram-se à América.

Aliado a isso temos o fato de que um novo movimento de avivamento chegou junto com os imigrantes, notadamente as pessoas de origem mais simples e menos instruídas. Esse despertamento religioso assumiu um tom mais popular e emotivo, mais tarde tornando-se inclusive anti-intelectual. Ocorriam inesperadas expressões de emoção entre os presentes, muitos passaram a crer que aquela era a verdadeira forma de dar a conhecer a mensagem do Senhor. Os presbiterianos foram os primeiros que organizaram esse tipo de reunião mas a denominação não via com bons olhos as tais manifestações de emoção, retiraram-se do projeto e por isso não estenderam o impacto de sua fé como os batistas e metodistas que continuaram com aquele modelo e simplificaram as pregações utilizando-se de pregadores leigos e agricultores.

Até aqui neste relato histórico do cristianismo, partiu-se de uma fé alicerçada basicamente nos ensinamentos deixados então pelo líder máximo dos cristãos desde o primeiro século, Jesus Cristo, e reproduzida por um tempo por seus apóstolos e discípulos; com a inclusão do cristianismo como religião oficial de Roma através de seu imperador Constantino, passa-se a perceber uma absorção de valores culturais e práticas religiosas alterando

paulatinamente tanto a estrutura como o modo de expressar essa fé, segundo o que os relatos evidenciaram a promoção de um distanciamento entre os fiéis e Deus. Em nome de Deus as religiões causaram grandes prejuízos à humanidade. Influenciaram “guerras santas”, causaram o sectarismo, incentivaram também o racismo, promoveram perseguições diversas, espalharam a ideia central da culpa do homem em detrimento da mensagem da misericórdia e da graça de Deus.

1.2 A INSERÇÃO DO PROTESTANTISMO NO BRASIL

Num breve esboço histórico, essa sessão dedica-se à presença do protestantismo no Brasil. A igreja católica romana instituída no Brasil, teve que se desdobrar muito para não permitir a entrada de outros grupos cristãos, oriundos da Reforma, em seus domínios, pondo em risco sua proeminência.

A primeira tentativa de colonização protestante em terras brasileiras se deu em 1555 com a expedição de Villegaignon e a pretensão de fundar a França Antártida com vistas a criar um refúgio para os huguenotes que poderiam praticar livremente o culto reformado. Quatro anos depois, mesmo já tendo realizado em solo brasileiro o primeiro culto protestante, a colônia da Guanabara foi destruída e esse primeiro intento foi frustrado.

De 1630 a 1645, com a chegada dos holandeses no nordeste do país, Pernambuco e outras áreas do nordeste foram protestantes, de modo que em Recife foi organizada a primeira igreja e abriu-se guerra contra a imoralidade reinante entre os locais e os próprios holandeses. O modelo de organização eclesiástica calvinista foi utilizado com presbitérios em Recife e na Paraíba. Essa igreja reformada holandesa era rigorosa na disciplina e seguia a linha puritana.

No século XVII uma nova tentativa francesa, agora no Maranhão, foi frustrada. O século XVIII foi representado pela presença da inquisição no Brasil, de maneira que em 1720 era proibida a entrada de qualquer pessoa no

país a não ser que estivesse a serviço da coroa ou da igreja. Basicamente até a vinda da família real, não houve mais protestantes no Brasil.

A vinda de Dom João VI modificou a política, pois Portugal tinha uma ligação de dependência em relação à Inglaterra e assim, protestantes anglo-saxões começaram a se estabelecer no Brasil gozando de uma pequena liberdade para suas práticas religiosas. A hegemonia era católica, mas progressivamente de 1824 a 1891, os protestantes foram conquistando seu lugar no espaço social da nação.

No Brasil Império houve cerrada oposição à fé protestante, a religião do Estado era a católica (e a única que deveria ser mantida por ele), sendo assim, se fosse respeitada a religião oficial, ninguém seria perseguido por questões religiosas. Havia sim restrições quanto aos lugares de culto, construção de templos e a pregação da doutrina e evangelho. Até os cemitérios permaneciam fechados aos não católicos.

O protestantismo americano do qual faz parte a herança brasileira era dividida em duas linhas principais oriundas da Reforma: luteranos e calvinistas.

No final do século XIX, com a liberdade dos agentes das sociedades bíblicas estrangeiras para a venda e distribuição de Bíblias, os protestantes aproveitaram a oportunidade que esse clima mais tolerante oferecia e praticamente todas as denominações históricas do protestantismo estavam aqui implantadas, a distribuição de Bíblias acabou sendo uma estratégia para a penetração do protestantismo no Brasil.

A expansão missionária das igrejas americanas trouxe os primeiros missionários ao país; isso já no final do século XIX quando havia um sentimento nacional de expansionismo e com fins teológicos, o desejo de levar a salvação aos “pagãos” era intenso. Nas palavras de Antonio Gouvêa Mendonça: “para muitos, a pregação da salvação era urgente...” (MENDONÇA, 2008, p 44).

Dessa forma foram chegando às terras brasileiras, missionários metodistas, seguidos pelos congregacionais, presbiterianos (que se destacaram em crescimento pela sua intenção principal de envolver-se com os

brasileiros conseguindo assim adeptos), depois os batistas americanos e por fim os episcopais que se instalaram no Sul do país após um acordo com os presbiterianos em função de distribuição territorial.

Esse protestantismo recém chegado à terra brasileira não era unificado, havia denominações com orientação calvinista e outras um pouco mais arminianas, ou seja, enquanto algumas criam na soberania absoluta de Deus no tocante à predestinação dos que seriam salvos, a eleição dos salvos em si; uma outra parte em sua crença abria o precedente de que tendo Deus amado a todos, e que seu propósito desde o início era que todos fossem salvos, há uma margem dentro desses propósitos soberanos de Deus para a decisão humana, garantindo assim ao homem a liberdade de aceitar ou não, pela fé a graça que é oferecida.

O plano de governo de Calvino era popular, democrático. Permitia eleições de baixo para cima, não se fixando portanto em nomeações e ações de cima para baixo. Os de linha puritana primavam pelas escrituras também mas não o faziam só como ensinamentos intelectuais adotando o compromisso de viver o que criam. Essencialmente um modo de viver. Os evangélicos conduzidos pela doutrina arminiana, como que se identificam numa posição intermediária, onde a graça está ao alcance de todos, extensão da obra vicária de Jesus Cristo e por fim, a responsabilidade do homem por sua própria salvação e um modo de vida espiritual e mensagem religiosa que também apelava para as emoções.

A projeção protestante no Brasil produziu uma sensível ambiguidade no confronto entre o catolicismo já imperante com o protestantismo; desta forma, alguns missionários se debatiam em questões de verdade e não verdade reproduzindo muito dos embates polêmicos da Reforma, outros preocupavam-se com questões e ideais democráticos e republicanos. Isso demonstra na inserção do protestantismo tanto a preocupação com a conversão como o desafio de transposição cultural.

É impossível ignorar o fato de que quando o protestantismo chegou ao Brasil já encontrou uma religião dominante e confortavelmente instalada, o

catolicismo romano, a religião do Estado, do povo. A conquista do espaço religioso seguiu três níveis:

Polêmico – para enfrentar o catolicismo era necessário conhecê-lo. Essa polêmica versou sobre as questões controversas da Reforma. Esse período polêmico terminou no século XX, mas foi importante auxílio no sentido de revelar as brechas do catolicismo por onde o protestantismo pôde entrar em cena. Um exemplo clássico dentre os primeiros missionários é o de Ashbel Green Simonton, presbiteriano, em seus sermões nunca se referia explicitamente à igreja católica, mas sim à religião da sociedade ou aos costumes religiosos do país e consolidava assim os princípios que distinguiam aquela nova fé que ora abraçavam.

Educacional – tanto se desenvolvendo em nível ideológico que objetivava introduzir elementos de transformação na cultura brasileira com padrões mais elevados, como também em nível instrumental, que focava o auxílio ao proselitismo e a manutenção do culto protestante junto às camadas inferiores da população. Assim, viu-se a implantação de grandes colégios americanos como também de escolas paroquiais.

Proselitista – caracterizado pelo esforço desenvolvido pelos protestantes para converter os católicos; representando um confronto direto com o catolicismo na tentativa de substituir os princípios de fé e modos de vida arraigados já há três séculos.

Acompanhando esta visão de que havia no Brasil um campo aberto para uma nova religião que trouxesse uma nova forma de vida em seus diversos aspectos, a educação constituiu-se numa importante estratégia missionária. Dentro daquele grande movimento de um transplante cultural, a educação foi um componente missionário, afinal, o protestantismo em si constituía um “modo de vida” e isso implicava em mudanças culturais.

O protestantismo preocupava-se com os homens da elite mas também com as classes menos favorecidas, para as quais representava a “religião do livro” o que evidentemente era um embaraço para os missionários já que em sua maioria, a população mais simples, rural, era analfabeta. Embaraço porque o postulado básico da fé no protestantismo está centrado na leitura da Bíblia

visto que é também instrumento de conversão; para atender essa demanda os missionários colocaram ao lado de cada comunidade uma escola, as chamadas escolas paroquiais alfabetizadoras e elementares. Em torno de 1870, surgiram os primeiros colégios em várias partes do país quase sempre nas capitais e cidades mais importantes sob o ponto de vista da estratégia missionária, já a maior parte das escolas paroquiais foi desaparecendo com o tempo e com a evolução das escolas públicas, aliás, mesmo antes de surgirem os salões de culto, já funcionavam as escolas nas casas particulares, às vezes dos próprios pastores.

Mesmo que num primeiro momento esse educador fosse o próprio pastor, mais tarde, com o progresso da obra educativa missionária, houve espaço para o magistério qualificado feminino. Mendonça (2008, p 150) traz a informação de historiadores onde principalmente os presbiterianos e os metodistas registaram chegadas anuais de missionárias educadoras. “São mesmo dezenas delas, nos primeiros anos da atividade missionária tornando-se algumas notáveis mesmo fora do âmbito exclusivamente protestante”. O ambiente escolar se tornou menos amedrontador e maçante, métodos novos introduzidos promovendo o saber. A Bíblia era lida tranquilamente no ambiente dessas escolas protestantes e seria a garantia da conversão, permanência e do progresso do protestantismo. Outro fator derivado dessa educação era certamente a valorização tanto da natureza como do trabalho na formação desses alunos, dessa maneira, o pensar e o fazer ser tornavam compatíveis (diferentemente da mentalidade dominante na época), claro, não podemos perder de vista que este era um modelo americano e que os métodos americanos eram superiores aos usados no Brasil havendo uma sensível mudança na pedagogia brasileira com a proclamação da República.

Ideologicamente as mudanças em terras norte americanas apontavam para o individualismo e o liberalismo, dois pensamentos antagônicos ao que tanto o catolicismo sustentava e a educação nos colégios protestantes reproduziam esses padrões da ideologia norte americana. No fundo talvez os missionários viam a necessidade de reproduzir em terras brasileiras o acontecido na América do Norte, assim o Brasil poderia ser colocado no mesmo caminho com um enxerto cultural; afinal, na área rural havia a

necessidade de alfabetizar para que o culto e o ensino religioso se tornassem possíveis e com relação às elites, uma transformação na mentalidade. Tanto essa preocupação com a elite era presente que expressões como “lugar de destaque na sociedade, melhores famílias da sociedade, famílias importantes das cidades etc eram encontradas nos relatórios oficiais de historiadores presbiterianos, batistas e metodistas...” (MENDONÇA, 2008, p 154).

A inserção do protestantismo promoveu o reconhecimento do magistério feminino, classes mistas, novos métodos pedagógicos e também disciplinares, além da valorização do trabalho.

A rota de penetração do protestantismo no campo social partia sim das capitais, mas este espaço já era dominado pela igreja católica, havendo maior resistência; desta feita, o caminho dos interiores se mostrou mais favorável, oferecendo condições boas para expandir-se e fixar-se de maneira definitiva e atingindo assim a burguesia rural, o homem pobre do campo e a população escrava ainda existente.

Nas áreas rurais as relações entre as pessoas eram de proximidade, cooperação e graus de parentesco o que não isentava-os de experiências de violência, vícios, disputas. A religião das pessoas pobres do campo era muito difusa, ou seja, estava em tudo e em todos. A religião era um componente fundamental de suas vidas mesmo que com uma visão mágica do mundo quer seja na crença comum em objetos ou palavras que definiriam a vida das pessoas.

As pessoas do campo viviam no catolicismo popular, onde a figura de Jesus Cristo (central para os protestantes) era praticamente desconhecida, os santos ocupavam a posição central. A familiaridade com o sagrado chegava ao ponto de haver desavenças pessoais entre o fiel e o santo.

Ora, quando a nova religião passou a ser anunciada, houve um grande stress intelectual, político e ideológico. Aos poucos a ética cristã protestante forneceu novos elementos, normas que afastavam-se radicalmente do que viviam, trouxe neste sentido uma organização e identificação social, um sistema diferente do que era vigente.

Algumas dessas normas destacavam que o crente não podia ficar ocioso, deveria ter sua casa limpa (mesmo que fosse um rancho), não poderia mentir, não deveria fazer dívidas, não deveria ser triste pois era o templo de Deus, não era fanático mas procuraria com amor atrair pessoas a Cristo, não deixaria de pagar impostos e não levaria arma quando fosse para o culto. Isso representava uma contracultura e o nível moral dos homens pobres elevou-se, diante do sistema eram vistos como esquisitos mas simpáticos.

O protestantismo seguiu se expandindo nas trilhas do café, saindo de São Paulo em direção à região Sul e zonas rurais, adiante também para Minas Gerais, regiões Norte e Nordeste, a mensagem que ia sendo plantada neste solo, no cotidiano dos brasileiros era ouvida de uma pregação igualitária, onde todos os seres humanos eram iguais perante Deus por causa da universalidade do pecado; porém, ainda junto desta mensagem, havia a consolação através da doutrina da salvação pela fé e pela graça. A visão era sim maniqueísta, o mundo presente era mau, o homem inserido neste mundo lutava e sofria como um peregrino até chegar a uma terra feliz, “a solução dos males presentes é projetada para o além, um mundo em que tudo é possível, uma vez que se trata de um mundo invertido em relação a este” (MENDONÇA, 2008, p 218).

Interessante o fato de que as questões escravocratas praticadas no Brasil suscitaram reflexões dentro das denominações protestantes que haviam vindo da América do Norte em situação bem parecida e que havia dividido aquela nação em duas partes opostas, assim também, aqui em nosso país os presbiterianos, por exemplo, se dividiram em 1857 formando a Igreja do Norte e a Igreja do Sul. Nos Estados Unidos em plena guerra civil, havia a linha mais ortodoxa dos puritanos chamada de velha escola e uma grande onda do avivamento que atingiu aos luteranos, metodistas e presbiterianos e claro, estas duas tendências acompanharam os missionários em seus trabalhos aqui.

As denominações protestantes que mais se destacaram foram os congregacionais, metodistas, presbiterianos e os batistas. Seu livro de cânticos religiosos era o mesmo no princípio, o chamado “Salmos e Hinos”. Essas igrejas tinham suas características próprias, seu sistema de governo eclesiástico, e sua teologia mais ou menos uniforme, mas bem espelhada na

dos avivamentos americanos. Todas mantiveram bons relacionamentos entre si no princípio, um clima de cooperação mútua, não havendo nenhum destaque especial para alguma denominação. Especialmente entre metodistas e presbiterianos houve grande simpatia na colaboração dos trabalhos, já os batistas brasileiros foram os mais arredios quanto a essa proximidade e colaboração com os demais grupos, isto porque guardavam muito suas características históricas que os distinguiram dos demais.

As igrejas possuíam a forma de culto muito simples, qualquer lugar, mesmo o chão batido, a sombra de uma árvore, era fisicamente a presença do “sagrado”.

A maioria dessas denominações se preocupava seriamente com o preparo de seus pregadores, quer com os estudos das confissões, símbolos e credos tanto no seminário com nas escolas bíblicas.

O pietismo vivido pelos protestantes de então, caracterizava um individualismo quanto à vida religiosa, a leitura solitária da bíblia e sua interpretação, além da vivência pessoal com Jesus. O protestante comum vivia no provisório porque com a negação do mundo e a recusa dos valores presentes, era sempre conduzido para as expectativas do porvir.

Até o início do século XX havia ainda um sentimento de peregrinação entre os protestantes, sentimento que foi sendo um pouco esmaecido quanto ao mundo do além, conseqüência das transformações sociais derivadas da industrialização e urbanização. Porém, a mentalidade conservadora e individualista não permitiu o engajamento nestes movimentos sociais que foram mudando aos poucos a sociedade brasileira, por isso foi quase nula a participação na política, cultura e mudança social.

Pode-se pensar que esta inadequação de alguns protestantes diante dessas mudanças sociais acabou comprometendo suas propostas iniciais e levando a uma certa paralisação e conseqüente perda de adeptos, enquanto prendiam-se a seus marcos históricos e a sociedade caminhava.

A Igreja cristã com relação ao protestantismo, experimentou dificuldades quanto a viver uma unidade, primeiro a própria cisão com a igreja de Roma,

depois os próprios protestantes se distinguindo uns dos outros por suas doutrinas diferenciadas (mesmo que pautadas na Bíblia) e agora, as igrejas brasileiras experimentariam disso; a unidade encontrou-se mais uma vez “maculada” pois na visão dos protestantes históricos a igreja pentecostal que estava chegando, representava uma seita. Nos idos de 1910, na região norte do país (Pará) nasceu a Igreja Evangélica Assembleia de Deus e no Sudeste (São Paulo), a Congregação Cristã do Brasil, ambas dissidentes de igrejas históricas tradicionais, respectivamente a batista e presbiteriana, fruto da pregação do batismo do Espírito Santo. De suas regiões espalharam-se pelo território nacional, mesmo tendo sido consideradas a princípio apenas uma invasão de seitas. Passaram a ser um desafio para as igrejas já estabelecidas em nossa Pátria e para a teologia em si. Por sua própria característica de religião de massa, essa nova maneira de ser cristão era rica num entusiasmo pessoal tanto individual como na sua coletividade, uma nova experiência de fé, a fé pentecostal.

Paul Freston indicava que em 1996 fôra feita uma pesquisa pelo Instituto de Pesquisa da Religião – ISER, sobre a tendência ao crescimento evangélico; a pesquisa apontou que na “Grande Rio” existiam aproximadamente 3.500 templos evangélicos e que a cada dia um novo templo evangélico era registrado em cartório (isso sem considerar os que não eram registrados). Nos bairros mais pobres da Baixada Fluminense para cada igreja católica havia 7 evangélicas. “Isso mostra que quanto mais pobre a zona da cidade, maior é o número de evangélicos” (FRESTON, 1996, p 11). A pesquisa concluiu sua apuração afirmando que o fenômeno evangélico no Brasil era de acelerado crescimento, essencialmente popular e também um fenômeno nacional. “É possível dizer que graças à ação e iniciativa de pessoas oriundas das camadas populares, o pentecostalismo cresce rapidamente” (FRESTON, 1996 p 12).

Em termos históricos há muito material referente ao protestantismo tradicional mas pouquíssimo sobre o pentecostalismo e neopentecostalismo. Se for-se comparar os relatos de um com os outros, teremos cerca de 300 páginas sobre o protestantismo histórico no Brasil contra cerca de 30 sobre os pentecostais. Sabe-se no entanto que o pentecostalismo chegou ao Brasil por meio de “3 ondas”. A primeira nos idos de 1910, Já relatada com a vinda tanto

da Congregação Cristã como da Assembleia de Deus. A segunda em 1950 com a aceleração da urbanização e a formação de sociedade de massas possibilitando um novo modelo de pentecostalismo. Nasce aí a Igreja do Evangelho Quadrangular como crítica à Assembleia de Deus. Havia no Brasil em 1950 a onda do nacionalismo e a Igreja O Brasil para Cristo foi fundada em 1955. E a terceira onda, já em 1980, após o regime militar, “esta última grande tendência pentecostal é chamada, consensualmente, de neopentecostalismo” (PASSOS, 2005, p 68).

As igrejas pentecostais surgiram por influência estrangeira mas hoje há no país um pentecostalismo totalmente adaptado e brasileiro.

Hoje há a consciência de que o pentecostalismo não se restringe a um modelo só e sim, a muitos. Não é correto falar de um único pentecostalismo visto que ele é fruto de influências diferentes e que por seus desdobramentos, adquiriram modos de ação e interpretação diversas da mesma Bíblia. Um dos desdobramentos do pentecostalismo é o neopentecostalismo na época presente.

A unidade da igreja citada na Bíblia por Jesus Cristo de ser um com ele assim como ele era com o Pai não acontece na realidade, pois além das denominações serem tantas, na mesma proporção são as crenças desses fiéis, fato esse que distancia os cristãos em sua fé e na condução de suas vidas através dessa mesma fé.

1.3 A IGREJA CRISTÃ PROTESTANTE ATUAL, OUTRO RETRATO OU UM ABISMO?

Todos esses fatos e muitos outros relacionados não tanto à fé e sim a questões de poder e política contribuíram para esse abismo que a religião passou a oferecer à humanidade de uma maneira cada vez mais inatingível, intolerante e desumana. Como poderia uma pessoa simples, já tão escravizada ou explorada como era principalmente na Idade Média, amar e ser fiel a esse Deus que tanto medo e controle lhe impunha por meio do que a igreja ensinava? Como afinal a religião ou as crenças religiosas poderiam ajudar as

peças comuns, simples e sem instrução a superarem suas dificuldades (quaisquer que fossem e não somente de saúde) e viver por fé?

Ainda nos dias atuais é possível deparar-se com religiões e seitas que agem sobre seus adeptos simplesmente controlando suas vidas com regras e punições. Mesmo fora do cristianismo isso é uma realidade, e evidentemente esse controle não leva essas pessoas a experimentar uma fé por convicção mas certamente a agir muitas vezes por conveniência e medo de castigos que poderão receber.

Que tipo de crenças protestantes são essas? Aproximam pelo amor ou afastam pelo medo o fiel do Deus que ele crê?

A reforma protestante sem dúvida levantou um grito que ecoou forte pois muitos há tempos já vinham descontentes. A reforma representou uma ação direta dos que desejavam ter um relacionamento mais próximo e saudável com Deus, a Reforma foi um movimento que quebrou paradigmas; uma página virada na vida da humanidade. Um movimento que buscou em sua essência o retorno às Escrituras e aos ensinamentos de Cristo focados lá atrás no primeiro século pela igreja representada no livro de Atos, porém, vivida 14 séculos depois. Sob a direção de alguns líderes os movimentos ganharam força, separaram-se do catolicismo romano e infelizmente motivados por interpretações humanas e teológicas, também separaram-se entre si.

Os próprios reformadores não conseguiram manter uma unidade na igreja, o que hoje também é fato, tendo em vista o número expressivo de denominações evangélicas tradicionais e as tantas outras que foram se formando por divisões causadas dentro de si. É como se a cada nova denominação, um pouco mais do cristianismo fosse se diluindo e se tornando mais parecido com os ideais de seus fundadores.

Quando foi citada acima a colonização dos Estados Unidos, várias denominações foram elencadas justamente apontando para essa realidade de multiplicação das igrejas cristãs, e embora já houvesse um avivamento espiritual por causa de igrejas que haviam se tornado excessivamente racionais (dando a impressão de uma religiosidade fria), neste contexto nas novas terras da América, um novo movimento espiritual começou a ser forjado

nos encontros de avivamento ou acampamentos, uma situação muito próxima do pentecostalismo atual. Esses movimentos todos representam uma continuidade dos eventos gerados a partir da reforma ocorrida no século XVI, ou seja, os princípios protestantes ainda eram a base para o suporte religioso, visto no entanto, como um protestantismo popular. A reforma protestante não criou uma formação homogênea, existem sim várias vertentes e tendências mas o protestantismo que assegurou uma diferenciação do catolicismo romano é um só, a origem dos protestantes, uma nova identidade socioreligiosa.

O campo religioso então, é um campo bastante complexo, onde é possível encontrar no segmento cristão o catolicismo romano, protestantismo histórico, o protestantismo denominacional, o de missão (ligados a agências missionárias de tradição pietista – de origem fundamentalmente norte americana), o pentecostalismo e o neopentecostalismo (CAMPOS, 2006).

Nos resultados divulgados no último Censo do IBGE datado de 2010, observou-se um crescimento na diversidade dos grupos religiosos no Brasil, a proporção de católicos acompanhou a tendência de redução que já havia sido observada nas duas décadas anteriores mas ainda se mantém como religião majoritária. Paralelo a esta informação, há uma consolidação no crescimento da população evangélica em cerca de 7% entre os anos de 2000 a 2010. Das declarações recebidas, 60% apresentaram-se de origem pentecostal, 18,5% evangélicos de missão e 21,8% evangélicos não determinados.

Então as amostras indicam que num período de 30 anos o percentual de evangélicos passou de 6,6% para 22,2%, o que representa cerca de 42,3 milhões de habitantes. A maior representatividade é de pardos (45,7%), quanto ao nível de instrução, apenas 6,2% tem curso superior completo em contraste com os 42,3% de pessoas com o ensino fundamental incompleto. Outro dado trazido nas pesquisas refere-se à distribuição de renda, observa-se que os evangélicos pentecostais são o grupo que encabeça a faixa de recebimento de até 1 salário mínimo em 63,7% dos entrevistados.

Em seu livro *Da Reforma Protestante à Pentecostalidade da Igreja*, Bernardo Campos ao falar sobre as hipóteses da relação entre o pentecostalismo e sociedade, traz uma pergunta à baila: “como o

pentecostalismo favorece ou impede, enquanto religião popular, a almejada transformação social para o desenvolvimento dadas as condições sócio-históricas do respectivo país?” (CAMPOS, 2006 p 35).

O pentecostalismo normalmente é associado às mudanças culturais e estruturais repentinas causadas pela migração; mudanças essas que tentam corrigir a nova situação através da integração desses novos adeptos ao meio urbano, um processo também de transformação.

A penetração do protestantismo aconteceu basicamente por causa de algum enfraquecimento nos controles sociais e eclesiásticos (situação observada na América no Norte por parte da Inglaterra), representando assim uma alternativa para o migrante, onde pudesse ser acolhido e ter afinidade emocional e até mesmo reconhecimento pessoal.

O pentecostalismo propõe às massas populares a fé em um Deus de amor, a certeza da salvação, a segurança da comunidade, a participação em responsabilidades comuns a serem cumpridas. Oferece-lhes com isso uma humanidade que a sociedade nega. (CAMPOS, 2006, p 38)

De certa forma o pentecostalismo se torna um refúgio das massas, onde buscam respostas para seus problemas e necessidades imediatas, sendo assim, ao mesmo tempo em que se ocupa com o sagrado, também não fica isento de relações de classe e questões políticas dos que aderem a esse movimento religioso. Em geral os pentecostais são classificados entre as camadas mais pobres ou camadas populares, especificamente em função das relações sociais no mundo de produção capitalista. Há um empréstimo da visão social de dominação e subordinação na ideologia pentecostal, citada por Campos da seguinte forma:

quando o pentecostal exalta o poder de Deus, apresenta-o com cura para os males presentes e sentidos de modo imediato, e recebe uma avalanche de adeptos, ele transfere para o transocial e para o ahistórico a aspiração de uma libertação latente nas camadas pobres, escondendo-lhes a possibilidade de se tornarem autônomas pelas atividades sociais (CAMPOS, 2006, p 41).

Evidentemente essa visão do pentecostalismo é feita de fora para dentro, considerando-se em primeiro lugar as questões sociais do movimento e deixando para outro plano a produção religiosa do mesmo. O fato é que o protestantismo nesta vertente pentecostal tem um caráter menos erudito e mais fervoroso no trato com Deus, ele responde às aflições e sofrimentos da sociedade e constitui ainda um espaço onde o crente é um agente direto em seus bens religiosos (cultos públicos, reuniões de oração, pregações em praças, cultos de cura, batismo, ceia etc), quer seja produzindo os ritos ou mesmo como consumidores do rito.

Na estrutura religiosa pentecostal, os crentes são os produtores diretos do mundo religioso e também, uma recriação da religião tradicional em uma nova religião onde há a busca de uma relação mais direta com o Sagrado, muitas vezes eliminando-se ou substituindo-se as mediações eruditas do sacerdote e a mediação de santos como intermediários (em comparação com o catolicismo) para um contato mais pessoal com Deus.

O pentecostalismo surgiu de uma dissidência religiosa com relação à igreja protestante histórica, provavelmente o pentecostalismo surgiu num momento de avivamento iniciado por John Wesley e a Igreja Metodista, a princípio surgindo como um movimento de reforma da Reforma Protestante. “A salvação tangível no sentimento imediato da santificação propõe uma prática religiosa do tipo ‘emocional’...” (PASSOS, 2005, p 48), firmando-se à vista das denominações históricas como nova seita e depois, evoluído até tomar a forma de igreja constituída. O cristianismo popular pentecostal rompe com as regras de racionalização das instituições cristãs e assume como referência maior a experiência emocional, então, a partir desta experiência, os grupos se organizam pelo sentimento contínuo da mística entre os fiéis.

As igrejas pentecostais podem se constituir em grandes ou pequenas organizações ou denominações; as igrejas menores têm o propósito de crescer numericamente e multiplicar-se e a ideologia reinante é a de que quanto mais pessoas forem ganhas para Cristo, mais espaço se ganha no mundo diminuindo o poder do inimigo (Satanás), apressando a iminente volta de Cristo.

Carlos Rodrigues Brandão (1980) fecha esse particular onde detalha as pequenas e grandes igrejas destacando que também existem as chamadas “mega igrejas”, onde a vida comunitária que é experimentada nas pequenas igrejas dá lugar à massividade. Elas possuem uma liderança vertical e uma pirâmide de outros líderes; havendo em si a possibilidade de uma competitividade interna pelo poder e uma ‘rivalidade’ com as igrejas menores.

A ideologia da santificação pentecostal (CAMPOS, 2006) comporta características próprias como: o sentido messiânico da eleição divina, o aparecimento de um líder carismático e uma ética de separação do mundo (que em casos extremos leva ao isolamento das práticas sociais).

Apóia-se também na primazia da festa religiosa do pentecoste como uma maneira de colocar ordem no caos estabelecido na Torre de Babel, sua escatologia é futurista na espera do Reino dos Céus, um reino que não será construído, e sim que virá por graça de Deus, sem a participação humana. Interpretam a origem do universo em termos literais: os 6 dias da criação, segundo o relato bíblico.

A questão da ética de separação do mundo é alicerçada na oposição direta e radical entre a carne e o espírito, uma feroz oposição entre o Sagrado e o profano e a visão de que o ser humano é um ser para Deus e não um ser para si. A inspiração bíblica parece favorecer uma compreensão do texto bíblico e experiência individual em detrimento da coletiva.

A ideologia é fortemente marcada entre imagens e símbolos apocalípticos e milenaristas, ligados ao fim do mundo e à segunda vinda de Cristo, podendo também estar ligada a mudanças radicais de cunho político e o engajamento nas funções sociais.

No campo neopentecostal, a doutrina enfatiza a guerra espiritual que se trava entre o bem e o mal, a cura divina, os exorcismos, o transe, muitas vezes marcada por surtos emocionais e uma relação com o Sagrado que se baseia numa troca onde o fiel com fé oferece seus bens com vistas a receber as bênçãos de Deus relativas a esta entrega. Na concepção da IURD por exemplo, o maior obstáculo à realização do plano divino é a ação do diabo. “o mundo e a vida humana estão cheios de demônios mas eles podem ser

localizados, reconhecidos e expulsos” (CESAR, 1999, p 190). A pregação enfatiza o desafio da entrega, a ofertas feitas diante de Deus como prova de sua fé mas que traz em si a ideia de que Deus está obrigado a responder. É uma nova forma de interação com o divino, “damos a Deus o que temos e Deus fica na obrigação de dar o que ele tem” (CESAR, 1999, p 195).

Qual é o caráter do cristianismo hoje? Como é esse cristianismo na evolução da história das religiões e os desdobramentos da igreja cristã?

Neste pluralismo encontrado dentre as crenças protestantes, considerando o fato de que a religiões nos remetem a um plano de fé e as referências dos conteúdos dessa fé, “o cristianismo quer ser antes de tudo, uma presença ou um prolongamento histórico de Cristo sobre a Terra” (CAMPOS, 2006 p 96). Uma identidade particular de pessoas que se identificam com Ele (Cristo) e para as quais seus ensinamentos têm validade e utilidade em suas próprias vidas.

O cristianismo ainda guarda conceitos do primeiro século como a santidade e eleição divina, no entanto, com o início da modernidade e o envolvimento com as expressões culturais e do próprio movimento histórico pelos séculos, foi sendo aberto um espaço para uma diversidade maior de expressões do ser cristão, fato esse que interfere na maneira como cada um desses cristãos dirige e enfrenta as diversas situações de sua vida. No universo evangélico são encontradas diferenças que ocorrem na área litúrgica, na forma da organização ministerial, na maneira como são alcançados novos membros.

Uma das diferenças na doutrina entre as igrejas diz respeito à questão da predestinação. Para a maior parte das denominações protestantes de origem reformada, Deus já escolheu quem será salvo, escolha feita por Sua soberania e através da graça salvadora. Os pentecostais acreditam também que a salvação é um dom de Deus e que se originou nele próprio, porém, em seu entendimento, o homem também tem a sua parte na salvação. Esta visão diferente entre os dois grupos certamente implica em posturas e ações discordantes para ambos os lados fato já observado anteriormente em debates longos na época da Reforma.

Como os protestantes históricos, pentecostais e neopentecostais vivenciam hoje, 6 séculos após a reforma protestante a fé que professam? Eles a utilizam em seu benefício? Possuem eles apenas uma aquisição cognitiva a respeito de sua fé ou experimentam juntamente com o saber, as vivências emocionais e volitivas de suas crenças? Enfim, a proposta das igrejas pentecostais do início do século XX de dar uma resposta ao sofrimento dos pobres deste mundo continua sendo uma meta? E as igrejas tradicionais do protestantismo como encaram esse compromisso para com os que sofrem dentro ou fora de suas igrejas? É o que deseja-se compreender deste ponto em diante.

Podemos classificar as diferentes vertentes evangélicas, mas é fato que o universo evangélico no século XXI é muito diversificado: há os protestantismos e os pentecostalismos com peculiaridades entre suas igrejas, interferindo diretamente no ethos de cada comunidade ou segmento evangélico. No trato teológico, na variação das interpretações bíblicas, aos discursos feitos de púlpito, as doutrinas, a frequência e a variedade de cultos com dias especiais na semana para curas e milagres, correntes etc. Essas diferenças estruturais são identificadas até mesmo na simples locomoção nas ruas, há placas estrategicamente preparadas propagando o que se dará ali, enfim, esses detalhes já oferecem uma percepção do distanciamento das crenças protestantes nas suas apresentações: tradicional, pentecostal e neopentecostal.

A religião pós-moderna é assim? Evidentemente não se pode desconsiderar a evolução da humanidade nas mudanças conceituais e vivenciais que cercam os assuntos religiosos. Em todas as épocas buscou-se definir a religião, ainda hoje existe esse esforço de tantos pensadores na busca de uma substituição de termos, o que se consegue é substituir um inefável por outro, algo incompreensível por algo desconhecido. Não se consegue cunhar uma definição racional para o que se experimenta com o Sagrado.

Baumann dedica um capítulo a esse assunto em seu livro *O Mal estar da pós-modernidade*, trazendo questionamentos quanto a essa fé vivida atualmente. O Sociólogo pergunta: “O mundo que habitamos é mais religioso

do que costumava ser? Ou menos?” (BAUMANN, 1998, p 206). São preocupações explícitas da sociologia da religião.

A ideia da autossuficiência humana adquirida na idade moderna através do movimento humanista, minou consideravelmente a expectativa do domínio da religião institucionalizada porque passou a se concentrar nas tarefas que os seres humanos podem fazer e experimentar aqui nesta vida. A religião na modernidade passou a ser vista como segundo plano e suas utilidades também questionadas visto que a autonomia e as buscas pessoais trouxeram uma descristianização nas condições e estratégias nas vidas pessoais.

Este enfraquecimento da religiosidade fez-se sentir nas igrejas e seitas existentes que em alguns casos assenhorearam-se de outras funções que não só os envolvidos com os mistérios da existência e da própria morte para alcançarem novos adeptos e se afirmarem na pós-modernidade, o que também refletiu um novo discurso na pregação, num certo distanciamento dos assuntos relativos às inclinações pecaminosas e à morte, ressaltando sim a manutenção da vida dos fiéis.

Numa sociedade secularizada e abastecida pelos estímulos hedonistas da busca da felicidade e ausência do sofrimento, temas como autoimolação, mortificação do corpo e conseqüentemente a rejeição das alegrias terrenas foram descartados numa tentativa de abrandar o sofrimento humano e da consciência da morte, desligando-se de alguma maneira esses temas de sua significação religiosa, incluindo aqui a busca da vida eterna e salvação.

Aos poucos a perspectiva da morte foi sendo diluída, minimizada. Passou a ser um acontecimento ordinário e não mais extraordinário, meramente representa o fim de uma história. A medicina contando com os avanços tecnológicos, ajudou neste processo apontando enfim suas causas de maneira lógica e palpável, tirando assim a imagem de um capricho do destino.

A experiência religiosa não é mais um privilégio do eremita, ou do santo ou místicos do passado. No mundo pós-moderno ela está muito mais próxima, como que...

surgindo seja como um milagre não solicitado, de maneira nada óbvia relacionado com o que o receptor da graça fez para

merecê-lo, seja como um ato de graça que recompensa a vida de autoimolação e abstinência, foi posta pela cultura pós moderna ao alcance de todo indivíduo, refundida como um alvo realístico e uma perspectiva de auto aprendizado para cada indivíduo, e recolocada no produto da vida devotado à arte do comodismo do consumidor. O que distingue a estratégia pós moderna da experiência máxima de uma promovida pelas religiões é que, longe de celebrar a insuficiência e fraqueza humanas assumidas, ela invoca o completo desenvolvimento dos recursos internos, psicológicos e fisiológicos do ser humano, e pressupõe infinita a potência humana (BAUMANN, 1998, p 225).

Esse retrato atinge hoje uma boa porção de religiões conhecidas em nosso século e que inclui igrejas evangélicas também. É uma forma moderna de religião, onde temos o indivíduo revestido de uma autossuficiência e autoconfiança que na verdade não são plenamente reais e satisfatórias. Essas novas opções atraem uma espécie diferente de convertidos e fiéis, crescendo as fileiras dos mais empobrecidos também incluídos no universo globalizado. O próprio fundamentalismo religioso é um produto da pós-modernidade, oferecendo uma alternativa de racionalidade em meio a uma religiosidade que, segundo seus adeptos, perdeu os fundamentos da religião, ou por falta de atenção ou ainda negligência. Em meio ao pensamento e estilo de vida moderno, este movimento tenta salvar a identidade religiosa para não ser absorvida pela cultura ocidental, uma reação contra o modernismo.

As igrejas passaram a sofrer um esvaziamento em suas comunidades (principalmente nas igrejas históricas), e entre os membros novas categorias entre seus frequentadores. Nas igrejas históricas e em algumas pentecostais mantem-se ainda o rol de membros, já na maioria das igrejas neopentecostais a membresia não existe. Brandão cita em seu livro *Deuses do Povo*, nos idos de 1980 as seguintes categorias de pessoas que frequentam as igrejas: leigos, fiéis e clientes.

Os leigos são aqueles incorporados legitimamente em suas igrejas, rotineiramente participantes em seus rituais e reuniões coletivas, engajados com os esforços da igreja num todo. Os fiéis são também sujeitos da vida religiosa porém, com menos assiduidade e envolvimento no trabalho religioso visto que controlam por sua própria conta sua frequência e qualidade da

participação na vida da igreja e finalmente, os clientes são aqueles sujeitos religiosos que não afiliados a nenhuma denominação. Procuram grupos e serviços religiosos alternativos de acordo com seus gostos e necessidades pessoais.

Entre as igrejas protestantes históricas valoriza-se muito o leigo através de um programa de aprendizado e compromissos progressivos. Nas igrejas pentecostais, observa-se uma mescla entre os leigos e alguns fiéis, mas no desdobramento para as dos movimentos de cura divina oferecidas pelas igrejas neopentecostais, passa-se às populações classificadas como fiéis e predominantemente os clientes. Claro que neste processo há um aumento pela busca de serviços oferecidos por essa ou aquela igreja como uma marca de consumidores na sociedade atual e um relaxamento da demarcação entre sacerdotes e afiliados. Em geral as lideranças buscam controlar as diferentes demandas destes três grupos buscando manter o equilíbrio entre suas necessidades pessoais e os interesses da igreja, buscando assim manter cada uma a sua própria estrutura.

Em sua grande maioria, as igrejas tradicionais creem na soberania exclusiva de Deus. Deus é um ser incriado, autor de toda criação e autônomo em suas ações. Todo ser criado existe para glorificar este Deus que o criou, todas as criaturas, desde a natureza como os seres humanos.

Encontramos outro posicionamento quando observamos as crenças neopentecostais, por exemplo, numa frase retirada da página da web chamada “Centro de Ajuda” da IURD, (<http://iurd.pt/na-obrigacao-de-dar-resposta/comment-page-1/>) e que se enquadrou como o teor da reunião daquele dia:

Quem se autopromove, atrasa sua vitória pois, está a forçar uma situação, demonstra ansiedade, mas quem derrama seu sangue no altar e confia em Deus, seu sangue clamará e Deus não apenas ouve mas, fica na obrigação de dar resposta, houve sacrifício, a mais pura e maior expressão de fé.

Neste caso, Deus é visto como um ser poderoso ainda, porém, com menor autonomia visto que é obrigado a fazer a vontade das pessoas em

detrimento da sua própria, nesta visão ele atende pedidos por constrangimento e não pela sua graça e misericórdia como afirmam os de tradição histórica.

Em igrejas pentecostais e com muito maior ênfase nas neopentecostais, induz-se ao pensamento de que quanto maior a oferta, maior também será a benção que se receberá. Assume-se um caráter mais especulativo, como se fosse feita uma barganha com Deus estipulando-se um preço para seus serviços, dentre os quais também incluímos aqui as curas de enfermidades (mesmo que o fiel não perceba essa situação - aja visto que não podemos generalizar como se todos estivessem comprando sua cura). O princípio básico da Prosperidade é a doação financeira, mas na teologia da prosperidade assumida principalmente pelos neopentecostais, a doação não é devolver a Deus o que é Dele num ato de gratidão, mas sim, um investimento. “A relação é oposta, nós devemos dar a Deus para que ele nos devolva com lucro” (FRESTON, 1996 p 46), nesta devolução incluem-se todas as chamadas benções, inclusive a da saúde.

O modo de lidar com a doença (e conseqüentemente com a morte) tem orientações também diferentes. A religião também é um elemento que se integra ao sistema cultural de um povo, ela dá sentido e respostas para quem a procura e propósitos para a vida, incluindo-se aqui as questões referentes à saúde das pessoas. No tocante a essas diferenciações entre crenças, os protestantes de origem reformada ou históricos se sustentam e consolam através da idéia do devir, da vida eterna; já os neopentecostais focam suas esperanças no presente, nas bênçãos divinas recebidas hoje, na cura divina que lhes garantirá viver com mais saúde. Uma experiência mais imediatista e preocupada com a solução de problemas da vida aqui na Terra.

De certa maneira, os protestantes pentecostais e neopentecostais acabam desafiando os protestantes históricos com relação às questões de saúde como se os acusassem de não terem fé suficiente para que Deus opere em suas vidas com milagres de cura, prosperidade ou restauração. Isso leva a crer que a aceitação e convivência com alguma enfermidade seja mais tranqüila na experiência dos mais tradicionais. Na prática religiosa pentecostal, a doença e a morte não são assuntos bem vindos, sendo tratados com muita

distância, de maneira que nas igrejas neopentecostais não se celebram ofícios fúnebres em seus templos, nem tratam de assuntos relacionados à morte em seus cultos e quando se fala em doença, a repreendem como ação das hostes malignas e evidentemente buscando a cura divina. Assim, em igrejas como a IURD e outras neopentecostais, onde quem envia a doença é Satanás, a posição é de buscar e enfrentar estes demônios.

A ideia da ressurreição é central nas doutrinas históricas, os neopentecostais encaram na morte o fim do fluxo normal de recebimento constante de bênçãos que os fiéis recebem e devem buscar em vida.

Passando pelo crivo da decisão de Deus sobre nossas vidas, os presbiterianos por exemplo aceitam mais facilmente a decisão do Deus que tudo pode, mas que age de acordo com seu próprio querer podendo desta forma atendê-lo ou não. Os neopentecostais não conseguem admitir esse querer divino que vai além da fé. Se o pedido feito não for atendido, a causa será a interferência de algum espírito maligno ou até mesmo a falta de fé daquele que pediu a benção. Com muita fé e nenhuma dúvida o milagre tem que acontecer.

Com efeito, quando o fiel está em plena comunhão com Deus, a obra cura por completo, limpa e restaura a alma e o corpo também, sendo assim, se o fiel da igreja neopentecostal fica enfermo, é classificado como alguém que está em pecado, que está fora da comunhão com Deus. Mesmo se olharmos para os pentecostais, a ideia de ser habitado pela divindade significa poder ser usado por Deus a qualquer momento para a manifestação de seu poder, o que nos leva ao raciocínio lógico de que se houver um afastamento desse Deus, esse poder de Deus também se retira, ficando a pessoa suscetível aos ataques de Satanás e suas hostes malignas, inclusive no campo da saúde.

De certa maneira, fica expressa aqui uma pressão para não adoecer. O fato de adoecer passa a ser antinatural, proibido, fruto de uma fé muito pequena.

A indagação que surge é: quais as consequências que esse tipo de ensinamento religioso causa nos adeptos destas igrejas? A procura pela

medicina explicita algum tipo de dúvida com relação ao poder de cura de Deus e nos milagres que ainda pode operar?

Quando a doença fica associada à vida pecaminosa da pessoa, ou à religião falsa que ela pratica, ou mesmo a rituais malignos feitos com esse fim, “a doença está, assim, associada à atração ou manipulação de forças sobrenaturais sobre a pessoa” (PASSOS, 2005, p 77), da mesma forma, os rituais de cura têm o poder de reverter essas forças.

Numa visão simplista, se Deus é soberano como já foi dito, por Seu exclusivo querer, ele pode ou não curar. É uma prerrogativa particular sua. Talvez a não aceitação completa deste fato entre as vertentes protestantes é que gere esse desconforto tão grande, afinal, pela sua fé alguns creem que se Deus quiser curar ele curará, mas aceitam em obediência à sua soberania a possibilidade de não serem curados, consolando-se no cuidado de Deus nos momentos difíceis e na promessa da vida eterna; outros (e hoje no Brasil em termos estatísticos, a maioria) rejeitam abertamente a possibilidade da doença em suas vidas, desejam pelo imediatismo que seus problemas sejam solucionados e buscam neste Deus essa saída para eliminarem o sofrimento (um reflexo da sociedade imediatista atual). O fiel até aceita o fato de que Deus é onipotente, porém, quer que tudo seja feito de acordo com sua própria vontade e no seu próprio tempo. Características impressas na sociedade atual tão apressada, autônoma e voltada para o aqui e agora, como a religião evangélica está se tornando uma religião de massas, “na medida que uma religião cresce e se torna de massa, vai se tornando cada vez mais parecida com a sociedade ao seu redor” (FREESTON, 1996 p 66).

Além de suas pregações que determinam essa cura “em nome de Jesus”, até em músicas gravadas se divulga esse conceito. Há uma música cujo título é *O médico errou do álbum Fenômeno de Glória* gravado por Eliane Silva em cujo teor encontra-se a afirmação deste conceito e o incentivo a desconsiderar a medicina e negar a doença.

A música começa narrando dois milagres de Jesus, ao ressuscitar a filha de Jairo e também a cura da mulher hemorrágica (ambos citados na Bíblia no evangelho segundo Marcos capítulo 5 dos versículos 21 ao 42. Na sequência

destes fatos bíblicos a letra continua dizendo: “Quem sabe o médico disse agora acabou. Não tem cura pra sua doença mulher. Infelizmente esse médico errou por não entender os mistérios da fé. (inicia-se o coro que se repete várias vezes) O médico errou quando disse que você nunca mais vai andar, quando disse que você nunca mais vai ver a luz. Quando disse que você vai ser sempre doente, é porque não conhece o poder de Jesus. O médico errou, o médico errou quando disse que o câncer está em você e que em pouco tempo você vai morrer. Mas ele se enganou, porque Jesus te curou o médico errou. (fim do coro) Pode fazer o exame, tirar o raio X; se a medicina te desenganou, creia que o médico errou”.

No pensamento ocidental sobre a doutrina cristã de Deus, há uma junção entre a filosofia de Platão sobre a ideia que preside este mundo que é a Ideia do Bem (em sua forma de encarar a vida voltada para o Belo e o Bem) conjugada com a busca de Deus que é acentuada na tradição bíblica. Deus sendo a origem de todas as coisas não poderia promover o bem também através dos recursos da ciência? Estaria Deus impedido de usar os meios que melhor lhe aprouvesse para a cura, ficando restrito apenas à Sua ação miraculosa?

Importante perceber que o desequilíbrio nestas visões pode gerar ações radicais que tem um fim em si mesmas; sem proveito real para a saúde dos envolvidos.

Em uma pesquisa minuciosa no livro *Feridos em nome de Deus*, Marília de Camargo Cesar (2009) relata o caso de abuso espiritual ocorrido com diversos evangélicos que acabaram afastando-se de suas igrejas, entre vários relatos, direciona seu foco para a história de Célia que cansada de ouvir nas igrejas tradicionais que os milagres existiam apenas nos tempos bíblicos, resolveu procurar um Jesus que curasse hoje. Ela encontrou essa “oferta” no cenário religioso, mudando de sua igreja para uma de característica neopentecostal.

Lá, Célia sofria de uma doença autoimune chamada miastenia gravis, doença que já a acometia há 18 anos. Em sua busca pela cura, submeteu-se aos ensinamentos de seus pastores que afirmavam que sua doença era

causada por fatores espirituais, foi exorcizada, passou por sessões de libertação e seguiu o conselho de seus líderes, deixando de tomar os remédios de que tanto precisava.

Aprendeu com seus pastores que suas quedas frequentes eram rasteiras de Satanás. Nesta época, Célia experimentou momentos de grande confusão quanto ao Deus que aprendeu que a amava e cria nisto, mas que também permitia que o inferno estivesse sempre a rodeá-la.

Mesmo tendo melhorado após uma cirurgia e o uso novamente de seus remédios, os pastores continuavam a dizer-lhe que sua cura completa não se efetivava porque lhe faltava fé. Os amigos da igreja a acusavam de perder as bênçãos porque duvidava delas. Satanás havia roubado suas bênçãos e ela precisava lutar para recuperá-las.

Celia só conseguiu sair deste engano quando viu sua doença e assim também a doença dos demais que estavam ali envolvidos. Decidiu sair da igreja e procurou os cuidados de um terapeuta para se reequilibrar.

Lançar um olhar para a relação entre saúde e religião possibilita-nos ver, de uma maneira mais criteriosa, que existem muitas pessoas em busca de uma vida saudável sem no entanto, considerarem que a saúde não é só um aspecto físico, envolvendo também questões mentais e espirituais.

Este capítulo se propôs a tratar das crenças protestantes, ou inicialmente do cristianismo, para poder trazer à nossa memória e quem sabe até um conhecimento um pouco mais enriquecido de transformações de temas e aspectos religiosos ocorridos ao longo de muitos séculos e perceber que em diversas situações a fé/religiosidade que é traduzida por muitos como um fator de fortalecimento e esperança, também assumiu um papel de culpa e desmerecimento. A visão dos protestantes no século XXI é uma visão já carregada por todas essas transformações, quer seja o protestante de origem reformada como também os pentecostais ou neopentecostais (guardadas as devidas proporções) todos tem uma visão diferente da forma e do contexto original.

Assim, é bastante plausível que os três nichos do protestantismo no Brasil tenham opiniões diferentes quanto à maneira de relacionar-se com o Sagrado, uns tendo a concepção de total dependência à vontade de Deus, à sua soberania e outros que não aceitam, veementemente rejeitam o que lhes acomete pois sua visão está mais focada na intervenção do oposto de Deus, ou seja, na atuação do diabo.

Alguns se resignam, oram, confessam pecados. Outros fazem campanhas, fazem votos, fazem 'agir a sua fé'. Uns estreitam sua comunhão com a comunidade local, apoiam-se mutuamente em oração, visitação, acolhimento. Outros lutam sozinhos. Todos com suas crenças, reagindo de maneira diferente em situações de conflitos, perdas, stress e até alegrias.

Pensando em vida real e não somente em crenças e ideais filosóficos, esse trabalho busca compreender de que maneira esses fiéis reagem, enfrentam, entendem as suas situações adversas com base no que creem e no que ensinam suas igrejas. Eles são bem sucedidos em seus resultados? E se não são, como percebem e reagem à resposta negativa se não houver cura para uma doença por exemplo? Se não houver a cura, é a vontade de Deus ou prevalece a falta de fé do fiel? Que angústias ou seguranças essas crenças podem trazer ao coração do indivíduo?

E quando a crença entra em choque com a ciência e a religião contesta ou resultados ou afirma que a medicina está errada, como reagir?

Pode-se pensar que uma pessoa que deposita em Deus sua confiança e aceita seu querer em sua vida por manter os olhos no 'celeste porvir' reage de maneira diferente de uma que afirma, como serão apresentados nos relatos de experiências no quarto capítulo, que "se ela fizer o que Deus quer, Ele também fará o que ela quer". São relações diferentes, crenças e ações diferentes com o mesmo Sagrado que gerarão maneiras diferentes de responder positiva ou negativamente quanto ao Coping Religioso Espiritual. A maneira pela qual cada crença arraigada versa, influenciará no enfrentamento das situações estressantes da vida, incluindo aqui uma relevância maior sob o aspecto da saúde, foco de nosso estudo.

Leonardo Agostini em um artigo publicado na Revista Diálogo fala sobre a saúde como benção de Deus, entre a enfermidade e o bem estar, a fé pode ajudar? Em sua abordagem, o autor deixa claro o ideal do ser humano que é viver. O ser humano sempre buscou meios de manter-se saudável inclusive utilizando elementos da natureza ou médicos; o fato é que se houve um momento na existência humana onde havia a saúde perfeita, esse momento se deu, segundo o Cristianismo, antes da queda cuja consequência foi a entrada do “vírus” pecado original resultante da desobediência da criatura ao seu criador.

A saúde perdida e sempre desejada começou a ser buscada através dos cuidados com o corpo, entra em cena o dado da fé, como um pressuposto e um elemento que não pode ser dispensado diante do dilema entre a luta contra a enfermidade e anseio pela saúde” (AGOSTINI, 2011, p 18).

Capítulo 2
Coping Religioso e seus efeitos terapêuticos

2.1 COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL, DEFINIÇÃO E UTILIDADE

Neste capítulo será proposta uma síntese de várias pesquisas e artigos sobre o Coping Religioso Espiritual e seus efeitos terapêuticos. O termo coping não possui uma tradução exata para a língua portuguesa mas é mais difundido como um enfrentamento, por isso é que CRE também é conhecido como Enfrentamento Religioso. Seu significado real parece bem mais complexo pois envolve aspectos da fé na superação de dificuldades.

Serão explorados artigos que contribuam com o tema proposto pela autora, com atenção voltada para dois autores em especial, por suas participações relevantes nesta área; Harold George Koenig e Kenneth I. Pargament entre outros autores destacados e comprometidos com o estudo em torno do coping religioso.

Pôde-se verificar por meio das pesquisas consultadas que no ano de 2000, o número de estudos que se detiveram ao exame da relação entre algum aspecto da religião, espiritualidade e saúde subiu para quase 1.200 nos Estados Unidos, 70% com foco na doença mental. De 2001 para cá, centenas de outros estudos foram publicados, um grande número de pesquisas observando de maneira qualitativa a relação entre esses três aspectos, e muitos deles relatando resultados animadores (KOENIG, 2012 p 22), esses estudos pesquisados foram feitos sistematicamente sobre o coping religioso observando a qualidade de vida das pessoas.

Em linhas gerais o CRE é a utilização da fé, religião ou espiritualidade para lidar com o stress. São ações que representam esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações de dano, ameaças ou ainda uma situação inusitada e desafiadora. Estratégias usadas pelas pessoas para se adaptar a circunstâncias adversas ou estressantes da vida.

Se este assunto não fosse realmente reconhecido e importante, dificilmente motivaria mudanças significativas no Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais IV, mudanças estas feitas quanto à remoção de ilustrações negativas da religião na área da psicopatologia e gerando a

inclusão do código V especificamente para problemas religiosos e espirituais. Evidentemente não pretende-se trabalhar com uma visão generalista quanto às conexões positivas encontradas, nisto há concordância com o pensamento de Koenig porque não estaria totalmente correto afirmar que todas as religiões, ou uma especificamente, sempre promovam emoções humanas positivas, ou ainda, que promovam relacionamentos humanos positivos e até mesmo um estilo de vida saudável. Isso porque segundo o estudioso, a religião pode ter efeito adverso na saúde quando “crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais” ou ainda quando “pode ser usada para induzir culpa, vergonha, medo ou justificar raiva e agressão” (PANZINI, 2007 p 127). O que se nota e que se torna importante destacar é que as religiões com tradições consolidadas e estabelecidas, tendo lideranças responsáveis, tem a tendência de promover mais experiências positivas do que negativas.

A espiritualidade ou o envolvimento com as crenças religiosas ultrapassa a visão materialista, notadamente próprio da vida humana, e agem no sentido de promover um senso de propósitos e de significados para a vida. Ter propósitos claros auxilia o ser humano a desenvolver tanto a capacidade de experimentar a resiliência diante de dificuldades como também maior resistência com relação ao stress gerado pela situação da doença. Os instrumentos de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde além de considerar a saúde física e psicológica, também se referem aos aspectos ambientais, culturais, sistemas de valores, relacionamentos interpessoais e tem incluído em sua avaliação os aspectos religiosos, ou seja, a dimensão espiritual das pessoas.

Koenig (KOENIG apud PANZINI, 2007, p 127) afirma ainda que existem quatro razões para associar a religião e a saúde:

- Crenças religiosas provém uma visão do mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências
- Crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas;
- A religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida tais como adolescência, casamento ou morte.

- Crenças religiosas, vistos como agentes de controle social, direcionam e dão estrutura para comportamentos socialmente aceitáveis.

A maneira pela qual esses mecanismos afetam a saúde não está definitivamente esclarecida, e vários estudiosos têm se dedicado a esse entendimento, trabalhando com duas hipóteses principais: ou as crenças podem influenciar de forma direta (a partir de si mesmas) ou talvez o façam mediadas por explicações dadas pela psicologia, aspectos sociais ou fisiológicos. O que se concorda de fato é que o coping/enfrentamento religioso espiritual pode contribuir nessa investigação.

O conceito do CRE está inserido nas áreas de pesquisa ligadas à psicologia cognitivo comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva e da saúde; faz parte também do interesse de estudos sobre religião e saúde ou medicina e espiritualidade.

O foco de atenção para o coping são as situações geradas pelo stress, entendendo-se por stress, uma situação de muita tensão; mas o artigo publicado por Panzini traz também a definição de Richard Lazarus e S. Folkman que definem o “stress psicológico como a relação entre pessoa e contexto ambiental que é percebida como indo além do que aquela pode suportar”. Este é o retrato de uma situação de desgaste e ameaça ao bem estar do indivíduo e que representando uma demanda exagerada, pode ser capaz de gerar certos distúrbios emocionais.

É importante também considerar não só o stress em si mesmo, mas também notar que além do impacto do stress, há que se considerar o modo como a pessoa lida com o stress. E justamente neste fato é que entra o processo aqui denominado de coping. Que estratégias cognitivas ou comportamentais serão usadas para manejar essas situações estressantes quando são vivenciadas? Essas estratégias de coping referem-se a um processo de interação entre o indivíduo e seu ambiente; a função do coping é “administrar (reduzir/minimizar/tolerar) a situação estressora, mais que controlá-la ou dominá-la” (PANZINI, 2007 p 128).

Essas estratégias podem ser focadas na emoção ou no problema. A primeira regula a resposta emocional causada pela situação-problema e “pode apresentar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de stress, como negação ou esquiva” (FARIA, 2005 p 382) e a segunda, regula as ações práticas para solucionar o evento estressor. O coping religioso está enquadrado nas estratégias focadas na emoção.

Pargament afirma no entanto, que é muito importante considerar que “os eventos são interpretados pelas pessoas de acordo com os significados que tem para si” (PARGAMENT, apud FARIA, 2005 p 383); olhando por esse prisma, percebe-se que o que torna uma experiência estressante pode não ser só o evento em si mas a avaliação que a pessoa faz da situação pois a partir dessa avaliação é que pode-se ter uma percepção negativa e ameaçadora. Todas as pessoas possuem um sistema próprio de orientação que define como irá compreender e lidar com suas dificuldades; o que diferencia as pessoas é justamente essa maneira como manejam o stress; o processo do enfrentamento/coping é influenciado por esse sistema pessoal.

O CRE ocorre quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o stress, em síntese, tanto Pargament quanto Koenig concordam nesta definição, entendendo o uso de crenças e comportamentos religiosos como forma de facilitar a resolução de seus problemas; porém, não só de resolvê-los mas também de preveni-los e/ou aliviar as consequências emocionais negativas. Os autores não falam de uma religião específica mas sim de uma fé e o uso dessa fé pessoal para lidar com o stress e problemas da vida. A tradição religiosa ocidental na qual estamos inseridos, enfatiza uma relação pessoal do indivíduo com Deus e com o próximo. Essa visão pode resultar numa importante ferramenta para enfrentar circunstâncias difíceis da vida, das quais as questões de saúde sem dúvida fazem parte, afinal, “crenças e práticas religiosas podem reduzir a sensação de desamparo e perda do controle que acompanham doenças físicas” (SALGADO, 2008, p 429). Essa descrição pode num primeiro momento soar como defensiva ou passiva, mas de maneira inversa, pode ser combustível para a ação construtiva e de confiança visto que se baseia na fé pessoal.

Para Pargament, “a religião oferece uma variedade de estratégias ou métodos de coping” (PANZINI, 2007 p 129) que podem auxiliar no atendimento dos objetivos do coping que são: a busca do significado, controle, o conforto espiritual, ter intimidade com Deus e outras pessoas e por fim, transformação de vida. Esses cinco objetivos listados são objetivos chave da religião. Fora esses, há também a busca do bem estar físico, psicológico e emocional sem deixar de lado o crescimento e conhecimento espiritual.

As estratégias do CRE às vezes podem apresentar uma resposta não adaptativa, dessa forma, a classificação em relação aos resultados pode ser tanto positiva quanto negativa. A maioria dos resultados das pesquisas consultadas tem mostrado que há um uso consideravelmente maior de estratégias positivas que negativas, em dados estatísticos, um estudo com uma amostra geral brasileira revelou que 82,4% apresentaram o uso de coping religioso positivo médio a alto e 48,5% apresentaram uso de negativo baixo; deste mesmo artigo traremos a definição do CRE positivo e negativo:

o CRE positivo por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico/positivo ou praticante, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem estar dos outros, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor como benéfico etc. Define-se CRE negativo por envolver estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação/descontentamento em relação a Deus ou frequentadores/membros de instituição religiosa, redefinir o estressor como punição divina ou formas do mal etc (PANZINI, 2007 p 129).

2.2 ESTILOS DE CRE E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O estudo feito por Koenig, Pargament e Nielsen de 1998, citado no artigo *Escala de Coping Religioso Espiritual (escala CRE): elaboração e validação de constructo* (PANZINI, 2005 p 508), indica que as estratégias positivas de CRE apresentaram correlação positiva com melhor saúde mental (menores sintomas depressivos aliado a melhor qualidade de vida, crescimento

relacionado ao stress, crescimento espiritual e cooperatividade); já as estratégias negativas de CRE tiveram correlação negativa com a saúde física, depressão e baixa qualidade de vida.

Dentro deste tema foram propostos por Pargament três estilos de CRE:

- O estilo auto direção – este estilo considera o indivíduo mais ativo e Deus mais passivo na resolução dos problemas. Sua premissa básica é de que Deus dá às pessoas liberdade e recursos para dirigirem as próprias vidas.
- O estilo delegação – ocorre o contrário, neste caso, o indivíduo passivamente espera que Deus solucione os problemas, dando-lhe responsabilidade.
- O estilo colaboração – tanto o indivíduo como Deus são ativos, há corresponsabilidade e parceria na resolução dos problemas.

Posteriormente, Pargament propôs outros dois estilos: o da súplica, no qual o indivíduo tenta ativamente influenciar a vontade de Deus com petições por Sua intervenção divina e ainda, o estilo renúncia, baseado em sua auto renúncia, o indivíduo escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus.

De maneira usual, esses cinco estilos de CRE são categorizados como positivos e negativos. Os estilos considerados como CRE positivo são os de auto direção, colaboração e renúncia e os outros dois modelos, tanto o de delegação como o de súplica são então considerados como de CRE negativo. Analisando a forma como cada indivíduo se direciona, pode-se realmente perceber as características de cada modo de reagir ao stress e a partir destes modelos de enfrentamento obter-se resultados promissores e benéficos para o si porém isto não elimina a possibilidade de um enfrentamento que também gere malefícios à pessoa afinal, o enfrentamento ou coping religioso está relacionado à cultura e meio social em que está inserida a própria pessoa, e isso influenciará sempre na avaliação das mais diversas situações de vida e as orientações que foram recebidas de todas as esferas e que certamente

orientarão na atuação e nas estratégias de enfrentamento já aprendidas e estimuladas através de seu meio e de suas crenças.

Uma boa parte da literatura produzida sobre o enfrentamento está concentrada na área da psicologia da saúde com direcionamento voltado para situações médicas. Neste sentido, o artigo *Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença* faz um destaque a tarefas que são identificadas no cotidiano da prática clínica do psicólogo que atua em saúde, são tarefas descritas por Aldwin (FARIA, 2005, p 383), tarefas adaptativas para o manejo de enfermidades ou agravos à saúde dos pacientes. Essas tarefas se concentram em saber lidar com possíveis consequências fisiológicas da doença às quais o paciente pode estar vivenciando como dores, sintomas do tratamento e até mesmo incapacidades; saber lidar também com o ambiente e o tratamento hospitalar ao qual está submetido; desenvolver e manter boas relações com a equipe de saúde; manutenção do equilíbrio emocional; manter um senso de self (ou seja, de si mesmo); manter boas relações com sua família e amigos e por fim, preparar-se para contingências futuras.

Essa atuação da prática psicológica em saúde é importante porque como já foi dito, muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução de seus problemas relacionados à saúde e dessa forma, recorrem a esse mesmo Deus para suas considerações cognitivas, emocionais ou de comportamento na hora de enfrentar tais adversidades. Por este motivo é que Tix e Frazier (FARIA, 2005, pg 383) definiram essas estratégias cognitivas e/ou comportamentais oriundas da religião ou da espiritualidade para lidar com eventos estressores como o que temos então chamado de enfrentamento religioso. A característica da situação do ER assim como do CRE é a mesma, observar a oportunidade de pessoas que se deparam com situações adversas em termos de sofrimentos, desafios e tantas transições ao longo da vida e utilizam desse recurso do ER ou CRE como mola propulsora que os impulsiona a irem além de suas próprias capacidades e experimentarem esse processo dinâmico de enfrentamento onde há espaço para o uso de suas crenças e práticas religiosas que estão em si inseridas.

O indivíduo aqui não é um ser passivo, ao contrário, ele é visto como um agente proativo, que é capaz de fazer opções e ver possibilidades de ação baseando-se neste sistema de valores e crenças que já estão estabelecidos. Claro que não se pode afirmar que todas as pessoas que passam por situações de stress e dificuldades utilizarão desses recursos para o enfrentamento de tais questões, mas é certo dizer que pessoas que consideram a religiosidade como parte relevante em sua orientação de vida, estão mais propensas a fazer uso de suas crenças e práticas religiosas para lidar com sua realidade. A religiosidade assim ganha contornos de uma perspectiva favorável à resolução de problemas e não só como afirmam tantos outros pensadores que atrelam a religião à busca de defesa ou esquiva ou como uma grande ilusão. De fato, a perspectiva lançada por Pargament, Park e Koenig é de que a religião contém em si aspectos de conforto, alívio, consolo, busca de significado para os problemas importantes da vida, busca de intimidade com pessoas, melhor compreensão de si e do Sagrado.

Foi discorrido acerca do CRE, com a descrição de 5 estilos de coping e não é diferente quando se fala do ER, afinal, por essa perspectiva a religião também é vista como parte no processo de solução de problemas e não só como uma maneira de se defender ou esquivar deles, de fato, isso vai realmente depender do senso de responsabilidade e do nível de participação do indivíduo neste processo da resolução de seu problema. Porém, utilizam-se apenas dos três estilos iniciais já mencionados anteriormente, ou seja, os estilos autodirigido, delegante e o colaborativo.

Neste ponto, é interessante notar que uma mesma pessoa pode de fato, lançar mão de mais de um desses estilos de solução de problemas em situações diferentes de vida, o que parece influenciar a maneira como cada pessoa percebe sua própria competência. Então, pessoas que se percebem menos competentes podem ser mais atraídas pelo estilo delegante em contrapartida, pessoas que se percebem mais competentes podem fazer mais uso dos estilos autodirigido ou o colaborativo por terem mais iniciativa pessoal e responsabilidade.

Os próprios estilos apresentados falam um pouco sobre esta questão. O estilo delegante por exemplo, não encoraja a pessoa a experimentar o mundo e valorizar as oportunidades de aprendizado, pois remete à espera passiva de que um outro ser que não ele próprio resolva seus problemas, já os outros dois estilos não, justamente eles promovem a ação oposta no indivíduo. Se formos lançar nosso olhar apenas para o estilo delegante talvez parássemos para concordar com as afirmações de que a religiosidade favorece apenas a esquiva ou defesa nos tratamentos de saúde quando o paciente se acomoda na espera de uma solução fora dele, mas os outros dois estilos citados – autodirigido e colaborativo – suscitam algo mais.

Focados nesta dificuldade em distinguir quando a religiosidade constitui-se em ajuda ou obstáculo no alcance dos resultados adaptativos neste processo de enfrentamento, Pargament, Smith, Koenig e Perez (FARIA, 2005, p 384) após investigações empíricas, propuseram indicadores referentes à perda de integração da pessoa com suas crenças, emoções, comportamentos e outros aspectos que poderiam influenciar numa resposta ineficaz da religiosidade no enfrentamento.

Assim, os exemplos citados pelos autores em sua pesquisa, sugerem como sinais de alerta a autonegação da pessoa em favor dos objetivos da igreja, o sentimento de que a situação estressora é uma punição de Deus e conflitos com dogmas religiosos do grupo do qual faz parte. Vale a pena ressaltar que os autores não citam esses exemplos como causa dos problemas, mas sim como “indícios da possível existência de dificuldades no envolvimento da religião no processo de enfrentamento” (FARIA, p 384) e deixam a indicação para que os profissionais da saúde identifiquem no ER tanto as potencialidades de ajuda como as de prejuízo.

Dentro do conceito de ER, há um modelo interessante para a análise e intervenção clínica de psicólogos da saúde que foi desenvolvido por Pargament e vários colaboradores onde se pode identificar padrões positivos e negativos de enfrentamento religioso e a partir desses, examinar as implicações diretas e indiretas sobre aspectos relacionados à saúde. Foram consideradas como padrões positivos aspectos como busca de apoio espiritual, perdão religioso,

enfrentamento religioso colaborativo, ligação espiritual, purificação religiosa e redefinição benevolente do estressor. Já o padrão negativo inclui: descontentamento religioso, redefinição punitiva do estressor por Deus, presença de conflitos interpessoais com membros de seu grupo religioso, atribuição da causa do problema ao demônio e dúvidas quanto aos poderes de Deus para interferir no problema, ou seja, na situação estressora.

Em suas pesquisas, Pargament e seus colaboradores criam que os padrões positivos estavam associados ao crescimento psicológico e espiritual, a uma avaliação positiva da qualidade de vida e uma redução de sintomas que sugeriam problemas de ordem emocional. Os padrões negativos do ER relacionaram-se com os sintomas da depressão. Esses resultados fizeram com que os autores concluíssem que a religiosidade pode representar tanto uma estratégia para um enfrentamento adaptativo como pode se tornar também um elemento estressor (o que de fato, intensificaria a gravidade do problema vivido).

São utilizados instrumentos ou medidas de avaliação idênticos tanto no CRE como no ER. No princípio as pesquisas investigavam a religião por meio de medidas genéricas ligadas à religiosidade como a afiliação ou preferência religiosa, frequência às reuniões religiosas, tempo gasto em orações, estudo e leitura da Bíblia, importância da religião e a auto percepção de sua espiritualidade/religiosidade. Assim começaram suas pesquisas os cientistas Koenig, Nooney, Woodrum, Pargament e Tarakeshwar. Usavam-nas como variáveis únicas (separadamente) ou um índice global com uma ou duas dessas variáveis. Não eram no entanto medidas tão precisas e abrangentes, havia realmente a necessidade de um instrumento mais fidedigno que melhorasse a visibilidade do benefício da questão religiosa nas pesquisas com os pacientes.

Em 1997, o Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde (National Institute of Healthcare Research) e outros dois institutos fizeram uma revisão dos domínios e medidas religiosas/espirituais com ênfase em sua relação com a saúde a fim de identificar o coping religioso/espiritual, criando mais tarde uma bateria multidimensional de medidas de religiosidade/espiritualidade para ser

usada em pesquisas de saúde. Esse meio de pesquisa reúne uma série de instrumentos de escolha referentes a alguns domínios: significado, valores, crenças, comprometimento, perdão, preferência religiosa, história religiosa/espiritual, práticas religiosas privadas, suporte religioso, religiosidade organizacional, experiências espirituais diárias e coping religioso/espiritual. Os dois últimos itens são os mais usados nas pesquisas e das escalas existentes, a RCOPE e a Brief RCOPE são os instrumentos mais escolhidos a fim de acessar o CRE.

Esses instrumentos são evidentemente mais robustos do que os primeiros usados nos idos de 1998, afinal, elas acessam uma gama maior de comportamentos espirituais/religiosos. A maioria deles é de análise quantitativa, apresentando os resultados por meio de escalas, inventários, índices e questionários; há no entanto também um esforço para medidas que apontem aspectos qualitativos, e isto tem sido feito através de entrevistas com questões abertas, estudos de caso ou processos narrativos. Koenig e Ganzevoort propuseram um instrumento que pudesse envolver as duas abordagens.

Atualmente o CRE tem sido acessado por meio de diversas escalas específicas deste conceito de nível internacional e temos aqui no Brasil escalas nacionais também como a Escala do Coping Religioso/Espiritual (Escala CRE); Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada (Escala CRE – Breve) e Escala Breve de Enfrentamento Religioso.

Entre as escalas internacionais, destaca-se a RCOPE que foi baseada à partir da escala COPE e que possui suas abreviações e versões brasileiras. A RCOPE envolve os cinco estilos de CRE propostos até hoje e foi desenhada para ser tanto teórica como empiricamente embasada e coerente com enfoques reconhecidos na área, como os modelos do stress e enfrentamento. Outros requisitos em sua criação é que fosse funcionalmente orientada e abrangente, que fosse válida e significativa clinicamente falando e aberta tanto a aspectos positivos quanto negativos da religião. Na avaliação de Pargament, Koenig e Perez (FARIA, 2005, p 385), o desenvolvimento e a validação da RCOPE “permitiu uma melhor compreensão dos papéis da religião no processo

de enfrentamento”, e isso tem possibilitado uma integração maior dos temas religiosos em procedimentos da área psicológica, de aconselhamento ou na própria capacitação de profissionais da saúde. Ela é funcionalmente orientada porque o olhar no aspecto funcional da religião observa os papéis que ela desempenha no processo do enfrentamento, o mais importante então não é simplesmente descrever as práticas religiosas mas sim compreender como os indivíduos fazem uso da religião quando lidam com eventos estressores de suas vidas. À partir desta escala, considera-se também o lado negativo da religiosidade visto que também se identificam formas disfuncionais do ER.

O RCOPE é um instrumento considerado longo pois possui ao todo 100 itens que são divididos em 17 sub escalas. Cada sub escala se refere a um fator do instrumento e as respostas vão de 0 a 5 indicando o quanto a pessoa fez uso de enfrentamento religioso descrita em cada um desses itens.

O BriefCOPE foi desenvolvido exatamente pela extensão do RCOPE, é uma versão breve dele. Ele possibilita uma avaliação menos detalhada mas é mais prático em sua utilização. Ele contém sete itens do ER positivo que são baseados na religiosidade como fonte de amor, cuidado, força, ajuda, purificação e ressignificação positiva do estressor; do outro lado, analisa também sete itens do ER negativo, onde a religiosidade é tratada como fonte de conflito intra e/ou interpessoal, sentimento de culpa e punição, insegurança e ressignificação negativa do estressor.

Faria cita ainda em seu artigo *Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão de Literatura*, diversos resultados de pesquisa sobre o enfrentamento religioso principalmente se valendo da revisão de literatura demonstrando resultados animadores quanto aos resultados obtidos. Harrison e colaboradores (2001) “verificaram que há evidências recentes das relações de ER e uma ampla variedade de medidas de adaptação psicológica” (HARRISON, apud FARIA, 2005 p 386); assim, sintomas de ansiedade associaram-se claramente a estratégias de ER negativo e com um estilo de religião chamada extrínseca, onde ela se torna um meio para atingir um objetivo ou obter algo específico. Associadas ao padrão positivo estão a autoestima, satisfação com a vida e uma percepção melhor de qualidade de

vida, todas encontradas no estilo de religião intrínseca, onde o foco é a crença religiosa em si, independente de ganhos secundários.

No mesmo artigo de Faria, Siegel e colaboradores (2001) num estudo de revisão bibliográfica envolvendo o uso da religiosidade em contextos de saúde e doença, verificaram que os estudos com idosos e com câncer, apontaram a “associação de religiosidade com uma percepção positiva com relação à eficácia do enfrentamento” e que idosos geralmente empregam mais a religião como um recurso de enfrentamento. Tix e Frazier (1998) mostraram que o ER “esteve associado a um melhor ajustamento psicológico entre pessoas afetadas por estressores em geral”, porém, salientam em sua pesquisa, que a sua utilização parece ter sido mais eficaz entre protestantes (evangélicos) no tocante à diminuição da angústia e promoção de satisfação de vida. Pollner (1989) defende que “as pessoas podem construir relações com o divino tanto quanto constroem relações sociais”; assim o ser divino torna-se fonte de consolo e de orientação (FARIA, 2005, p 387).

Nem todos os resultados das pesquisas no entanto são positivos, o pesquisador Jenkins em 1995 apresentou resultados que trazem controvérsias sobre a religiosidade com a situação da AIDS num momento onde não havia ainda tratamento eficaz junto à enfermidade. Numa população de 477 pesquisados, todos soro positivo, 41% responderam o questionário com o estilo autodirigido, 42% o estilo delegante e os outros 18%, o estilo colaborativo. A maioria atribuía a Deus a perspectiva da cura da doença, o que poderia reduzir o empenho do paciente em seu tratamento, pois o alvo da responsabilidade na cura estava focado somente em Deus.

A RCOPE foi estruturada segundo os padrões da cultura religiosa norte americana, cuja tradição é judaico-cristã que comporta uma maioria de evangélicos tradicionais e também católicos, porém, seus autores afirmam sua aplicabilidade com outras populações, ou seja, que tenham diferentes crenças e diferentes níveis de envolvimento religioso. As pesquisas acima citam formas igualmente desenvolvidas entre a população norte americana.

A primeira publicação nacional deste nível foi a Escala CRE feita por Panzini e Bandeira em 2005. Após a autorização de seus autores passou-se à

tradução, adaptação e posterior validação do instrumento, critério e conteúdo da RCOPE. A Escala CRE foi então adaptada à maior variedade cultural-religiosa brasileira incluindo-se itens nacionais identificados em entrevistas com líderes religiosos de diversas crenças, algumas mais adequadas a pessoas de outras religiões, outras focadas em pessoas sem religião mas espiritualizadas e outros itens envolvendo ação comportamental direta no problema. À partir da Escala CRE, foi elaborada a Escala CRE-Breve (usada para validação concorrente do WHOQOL-SRPB) e finalmente, a Escala Breve de Enfrentamento Religioso desenvolvida por Faria e Seidl em 2006, uma versão brasileira da Escala Brief RCOPE desenvolvida inicialmente por Pargament em 2001.

De acordo com Harrison e colaboradores (Faria, 2005, p 385) as medidas e avaliações dos métodos de análise do enfrentamento religioso uma vez aprimoradas, levam em consideração aspectos multidimensionais que incluem as mediações cognitivas relacionadas ao evento que está sendo focado, os resultados esperados e as estratégias que foram usadas para alcançar esses resultados.

As abordagens tem sido desenvolvidas com base no levantamento de dados sobre as práticas religiosas (frequência de participação em cultos, reuniões, orações, leituras bíblicas etc); avaliação baseada numa medida única (um item que se refira ao envolvimento religioso no enfrentamento de uma questão específica); inclusão de um ou mais itens sobre crenças e/ou práticas religiosas em escalas que possam mensurar tanto estratégias de ação religiosas como não religiosas; uso de instrumentos de mensuração para aferir a utilização e frequência de estratégias específicas do ER e o uso de medidas mais enxutas como a exploração de padrões positivos e negativos.

Os pesquisadores da saúde não estão ainda tão acostumados com o estudo psicológico da religião. A maioria das pesquisas e estudos estão publicados em periódicos ainda não amplamente divulgados, revistas especializadas com as quais não estão familiarizados.

A literatura nacional também tem apresentado pesquisas de investigação quanto ao CRE e ER com a população brasileira, como exemplo

serão destacadas aqui pesquisas feitas por Faria e Seidl em 2001 e por Panzini em 2004.

Estas pesquisas foram extraídas da revisão de literatura sobre *Coping (enfrentamento) religioso/espiritual* de Panzini, 2005. Em sua página 131 são relatados dois estudos que serão descritos a seguir. O primeiro foi feito por Faria e Seidl em 2005, investigando a relação entre o CRE e o bem-estar subjetivo (BES) em 110 pacientes adultos em acompanhamento ambulatorial portadores de Aids. Dessa amostra quase a totalidade dos entrevistados relatou possuir crenças religiosas e 90% desses, afirmou crer que a religiosidade poderia ajudar no coping com problemas de saúde, inclusive a maioria demonstrou utilizar especialmente do coping positivo que estava associado à frequência de suas práticas religiosas tanto públicas quanto privadas. Já Panzini em 2004, investigou a relação entre CRE, saúde e qualidade de vida com 616 pessoas de 13 a 82 anos de idade. Essas avaliações foram feitas em locais diversos relacionados ou não a atividades religiosas. Dos números encontrados, 97,9% acreditavam em Deus, 91,6% consideravam que a religião/espiritualidade tem ajudado no coping com o stress, 56,4% apresentaram alta frequência religiosa e ainda, 45,5% alta frequência de atividades religiosas privadas. Em sua média, apresentaram alto uso de CRE com predomínio do positivo e especialmente as pessoas de 46 a 82 anos de idade.

Um grupo do programa de pós graduação em psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo desenvolveu uma pesquisa com crianças de 6 a 12 anos de idade, atendidas pelo serviço de oncologia em um hospital público de Vitória/ES. A proposta era perceber como a criança lidava com a sua situação de hospitalização, e assim, se o 'brincar' seria uma estratégia de enfrentamento. A equipe utilizou um instrumento de avaliação chamado AEH – Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização dividido em dois conjuntos para análise: um sobre o enfrentamento da hospitalização e o outro quanto ao brincar no hospital.

É fato concreto que o tratamento do câncer efetivamente apresenta a necessidade de momentos de internação em hospital o que caracteriza

períodos de grande stress físico e emocional e isso não ocorre só com o paciente adulto, a criança também sofre as consequências assim como sua família. Motta e colaboradores perceberam que “a inserção do brincar no hospital motivou estudos sobre a sua importância no processo da humanização hospitalar” (MOTTA, 2002, p 25).

Nas pranchas aplicadas quanto à categoria do enfrentamento da hospitalização havia cenas que representavam comportamentos classificados previamente como positivos, e os resultados obtidos demonstraram que mesmo as crianças, deram respostas representativas de estratégias de enfrentamento positivas e entre essas respostas, o item REZAR obteve 82,1% das escolhas feitas pelas crianças.

Avançando um pouco mais neste estudo foi feita uma análise fatorial e apareceram questões como pensamento mágico-religioso, rezar e pensar em milagre. Claro que de todos os itens a atividade do brincar constituiu-se na mais citada, afinal, a pesquisa estava sendo feita com o público infantil que necessita da atividade lúdica, mas o fato da pesquisa trazer elementos ligados à religiosidade/espiritualidade nos permite perceber que a fé, as crenças também direcionam uma maneira boa de enfrentar a doença, as crianças puderam também refletir sobre seus comportamentos e sentimentos.

A pesquisa certamente se tornou um recurso de ajuda para equipes de saúde mental e demais profissionais indicando técnicas de modificação de conduta que precisam ser instauradas; visando justamente tornar mais positivas e adequadas as estratégias de enfrentamento usadas pelas crianças hospitalizadas.

Esta pesquisa pode ser um projeto piloto para o despertar de um trabalho maior e fundamentado metodologicamente para que possa ser validado como um instrumento capaz de contribuir no aspecto ao qual se destinou. Os resultados indicaram que há novos caminhos a serem trilhados em pesquisas nesta área. Os autores salientam quanto a essa necessidade de mais pesquisas dizendo:

pesquisas mais dirigidas a determinados conteúdos das pranchas, como, por exemplo, as crenças religiosas e os

pensamentos mágico-religiosos, como estratégias utilizadas por crianças com câncer para enfrentar a hospitalização (MOTTA, 2002, p 39).

Com relação às estratégias do CRE positivo (Quadro 1) e negativo (Quadro 2) ilustra-se relatos colhidos no artigo de Stroppa e Moreira intitulado *Religiosidade e Saúde* como segue:

QUADRO 1. CRE POSITIVO

CRE Positivo	Exemplos de relatos
Reavaliação religiosa benevolente	“Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu”
Coping religioso de colaboração	“Senti que Deus estava atuando junto comigo”
Foco religioso	“Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos”
Ajuda através da religião	“Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas”
Apoio espiritual	“Procurei o amor e a proteção de Deus”
Apoio de membros da instituição religiosa	“Me juntei a outros que tivessem a mesma fé”
Perdão religioso	“Pedi ajuda a Deus para perdoar outras pessoas”
Conexão espiritual	“Procurei realizar tratamentos espirituais”

Fonte: (STROPPIA E MOREIRA, 2008, p 4)

Essas investigações buscam verificar como crenças e comportamentos religiosos se relacionam e como interferem na saúde e outros aspectos da vida das pessoas.

QUADRO 2. CRE NEGATIVO

CRE Negativo	Exemplos de relatos
Reavaliação de Deus como punitivo	“Culpei Deus pela minha situação”
Reavaliação demoníaca ou malévola	“Convenci-me que forças do mal atuaram para isso acontecer”
Reavaliação dos poderes de Deus	“Questionei se Deus tem limites”
Coping religioso por delegação	“Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora”
Descontentamento espiritual	“Questionei se Deus realmente se importava”
Descontentamento religioso espiritual	“Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando”
Intervenção divina	“Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas para mim”

Fonte: (STROPPA E MOREIRA, 2008, p 4)

Para a área clínica o que importa é avaliar o impacto que a religião, religiosidade ou espiritualidade podem ter sobre a saúde física e mental, tanto individual como coletivamente.

A saúde e a espiritualidade dão de certa forma uma nova visão da medicina, como já foi mencionado, a ampla maioria dos estudos de boa qualidade tem mostrado que

quanto maiores os envolvimento religiosos tanto melhores são as associações positivas nos indicadores de bem-estar psicológico, maior satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, melhor saúde física e mental (STROPPA, apud SALGADO, 2008, p 427).

As leituras efetuadas nos artigos e estudos pesquisados remetem-nos à ideia clara de que o nível de envolvimento religioso tende a estar relacionado de maneira inversa à depressão, pensamentos e comportamentos auto destrutivos, uso e abuso de drogas ilícitas além das lícitas. Reconhecendo desta maneira essa ligação saudável entre a religiosidade/espiritualidade e a tendência de uma promoção de saúde, é de se admirar que ainda tão poucas

universidades e faculdades ligadas à medicina tenham incluído em seu currículo disciplinas que enfoquem a questão medicina e espiritualidade; isso de fato prepararia os profissionais da saúde para ampliar sua visão do homem a ser tratado através da prática clínica.

Como percebemos, o CRE ou ER são bastante difundidos nos Estados Unidos e seus estudos têm sido ampliados e considerados como parte importante na formação dos profissionais da saúde; há um bom investimento nesta área do saber de maneira que aproximadamente 70% das escolas médicas em 2008 já haviam inserido em seus currículos cursos referentes a espiritualidade e medicina. Em contrapartida, aqui no Brasil, ainda persiste um certo abismo religioso principalmente entre profissionais de saúde mental e seus pacientes (psiquiatras e psicólogos no geral parecem ser menos religiosos) e quanto aos outros profissionais da saúde por não terem recebido um treinamento adequado sobre o assunto, tendem a ter dificuldades para lidar e entender pacientes com comportamentos e crenças religiosas.

No Brasil, a pioneira em oferecer disciplinas sobre medicina e espiritualidade é a Universidade Santa Cecília (Santos/SP) no ano de 2002. Dois anos depois, a Faculdades de Medicina das UFMG e do Ceará. Em 2005 a Faculdade do Triângulo Mineiro fez parceria com a UFMG com disciplina optativa, em 2006 a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e nos últimos anos tem se aberto um espaço para esse tema na Unesp e Universidade de São Paulo na forma de cursos, grupos acadêmicos ou seminários/congressos. A USP atualmente oferece um curso de pós graduação nesta área.

Tendo em vista que este é um assunto multidisciplinar seria muito interessante que os cursos voltados à área da saúde oferecessem essa matéria para que houvesse a possibilidade de uma reflexão maior quanto ao assunto. Poucas são as instituições que oferecem a disciplina psicologia da religião em sua grade curricular dos cursos de graduação; um assunto relevante no contexto da psicologia principalmente por estar inserida em um país tão religioso. A psicologia da religião é mais encontrada em cursos de teologia e ciências da religião do que na própria psicologia. Como profissional

da área, a autora percebe que a psicologia poderia contribuir com uma reflexão séria afinal, religiosidade e espiritualidade estão inseridas na vida das pessoas e muitas vezes o indivíduo que é atendido na clínica psicológica traz à tona suas crenças na busca de espaço para uma reflexão sobre as mesmas e seus enfrentamentos no cotidiano. É importante que os profissionais da saúde investiguem a influência que a religiosidade/espiritualidade tem na vida de seus pacientes para poder trabalhar de maneira mais adequada com esses sentimentos e comportamentos que independente do terapeuta, médico, enfermeiro ou outro profissional, fazem sentido para o paciente.

Desta maneira, é importante saber se o paciente tem alguma forma de religião ou como é sua espiritualidade, saber qual a importância que dá a esses aspectos; saber se o paciente usa esses elementos para lidar com sua doença ou dificuldades; saber se pertence a alguma instituição religiosa e se tem apoio nela, dos membros, do pastor/padre ou seu líder religioso. Se possui conflitos significativos entre sua religiosidade e seu estado de saúde e identificar quem poderia auxiliá-lo nas mesmas. Os serviços de capelania encontrados em hospitais oferecem esse recurso mas de maneira voluntária, não contratada pelos próprios hospitais. A maioria dos estudos na área ainda são feitos em grande parte entre cristãos e judeus, se fossem ampliados os estudos para outras culturas e expressões religiosas teríamos inclusive um modo de comparação interessante e mais abrangente quanto ao CRE e seus indicadores na saúde desses fiéis.

2.3 COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL E A PRÁTICA CLÍNICA

Não há um consenso sobre como os resultados alcançados nos diversos estudos que mostram a associação entre a religião/espiritualidade, saúde e qualidade de vida, eles parecem fazer mais sentido para os pacientes e pesquisadores. A maioria dos estudos tende a verificar se há a associação entre os três itens expostos acima, ou seja: entre religião/espiritualidade, saúde e qualidade de vida, mas não se detém em verificar o uso da

religiosidade/espiritualidade nas intervenções clínicas, ou seja, a prática vivencial.

No ano de 2001, um estudo foi publicado na Revista Internacional de Psiquiatria com a colaboração de renomados pesquisadores da área do CRE como Harrison, Koenig, Hays, Akwari e Pargament. Esses grandes pesquisadores têm somado esforços para o avanço da compreensão do CRE e sua utilização na prática clínica. Nesta pesquisa datada de 2001, trouxeram uma revisão de estudos resumindo resultados recentes na época sobre prevalência e resultados do uso do enfrentamento religioso. Esses estudos empregaram diversos métodos mas não desconsideraram entre eles o do enfrentamento religioso, que aliás, foi encontrado em alta escala tanto aparecendo em fatores sociais como pessoais e situacionais. Neste caso, o enfrentamento religioso pôde ser observado de modo qualitativo, com implicações para a saúde física, como gerador de bem estar psicológico, na demonstração de comportamentos e sentimentos saudáveis.

Em um desses estudos divulgados, os autores compararam a eficácia da terapia cognitivo-comportamental religiosa e não-religiosa; e neste caso, “a psicoterapia religiosa com pacientes religiosos resultou recuperação mais rápida de depressão, comparada a terapias seculares” (HARRISON, 2001). Nota-se também a liberdade do uso de termos como ‘psicoterapia religiosa’ na realidade da academia estadunidense, o que não se compara com nossa realidade brasileira, onde enfrenta-se um grande distanciamento entre a psicologia em si e os assuntos ligados à religiosidade, o trabalho do psicólogo deve ser alicerçado no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e integridade do ser humano. O psicólogo deve trabalhar visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e coletividade, contribuindo também para que se elimine quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, opressão. O psicólogo enquanto profissional não é um religioso, e embora possa ter suas crenças, não é sua função doutrinar as pessoas com sua fé, inclusive neste ponto o artigo 2º do Código de Ética do Psicólogo é muito claro quando é vedado ao psicólogo na alínea b, a indução a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou de qualquer outro tipo de preconceito

estando no exercício de suas funções profissionais. Nota-se uma preocupação em considerar tudo que faz parte do indivíduo dentro de sua particularidade como ser humano, seu ethos, e uma advertência aos profissionais para que mantenham esse respeito no tratamento afastando-se da indução dos mesmos através de suas próprias crenças particulares.

Na teoria deve haver a aceitação das crenças das pessoas a serem atendidas (independente de serem as mesmas do profissional), mas na prática, como profissional, esta pesquisadora já pôde testemunhar diversas indignações de conhecidos ou mesmo pacientes que atendeu e que não foram respeitados em suas crenças religiosas, notadamente evangélicas, alguns inclusive sendo estimulados a crer de outra forma ou perceber seus valores como ultrapassados. A fé individual do paciente pode ser uma ferramenta útil no processo terapêutico como demonstram os estudos feitos do CRE, mas de fato, só pode realmente ter esse efeito benéfico na saúde do indivíduo quando é considerada como importante neste processo também pelo profissional. Academicamente os profissionais da área de psicologia não têm sido estimulados a refletir desta maneira, o que interfere na condução do processo terapêutico quando o cliente/paciente traz à tona conteúdos religiosos ou espirituais como causa ou solução de seus males. Paiva alerta, após várias considerações em artigo sobre algumas relações entre psicologia e religião publicado pela USP, que a psicologia cognitiva “oferece um caminho interessante ao procurar compreender o fenômeno psicológico através do processo de cognição” (PAIVA, 1989, p 29). Considerando que os processos cognitivos são vastos e vão desde a estimulação neurológica dos sentidos até a percepção propriamente dita, e que entre as experiências adquiridas no curso da vida está a religiosa, entende-se que referências importantes ligadas à religião são oferecidas às pessoas e muitas vezes então, alguns estímulos religiosos são elaborados como perceptos religiosos. A religião é um sistema constituído de uma série de símbolos que tem como referencial o sobrenatural.

Dentro das linhas de estudo da psicologia cognitiva comportamental, área de atuação da pesquisadora, a chamada Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia-se em dois princípios centrais:

- Nas cognições que exercem uma influência de controle sobre as emoções e comportamentos;
- O modo como se comporta alguém pode afetar profundamente os padrões de pensamento e emoções.

A terapia cognitiva considera a cognição, ou seja, a função de nossa consciência que envolve as deduções sobre as experiências que as pessoas passam, bem como o controle dos eventos da vida como o principal elemento desencadeante de transtornos psicológicos. Claro que este pensamento nos leva a considerar que cada pessoa que existe é uma “construção” feita a partir de uma série de aprendizados obtidos ao longo da vida incluindo um jeito de pensar, de sentir e de se comportar. Cada pessoa é o resultado de um aprendizado. A terapia cognitiva levanta a hipótese de que as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados pelas suas percepções dos eventos. Têm sido realizadas pesquisas sobre a atribuição de causalidade a Deus, questões de enfrentamento religioso, como se dão os processos de conversão, identidade religiosa buscando o equilíbrio cognitivo. Os estímulos mentais conscientes são responsáveis pela mediação entre os estímulos recebidos e as respostas, dessa maneira, o sistema de crenças pessoais é responsável neste processo também pois interfere e norteia os pensamentos e o ato de pensar.

Rangé (2011) faz uma análise pormenorizada sobre a TCC e os três níveis de cognição identificados e alvo do trabalho para sua reestruturação: pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças nucleares.

A diferença entre esses níveis de cognição é que os Pensamentos Automáticos representam o nível de cognição mais superficial. Eles são espontâneos, repetitivos e não recebem qualquer questionamento quanto à sua veracidade ou mesmo quanto à sua utilidade. Normalmente vêm acompanhados de forte emoção negativa diante de situações diversas do cotidiano. Estes pensamentos podem ser identificados pelo paciente.

As Crenças Intermediárias são as regras e pressupostos que o próprio indivíduo cria para que possa conviver com as ideias absolutas, negativas e

não adaptativas que tem sobre si mesmo; desta forma, funcionam como um mecanismo que o ajuda a lidar e se proteger de suas crenças nucleares.

E as Crenças Nucleares representam o mais profundo nível de cognição entendido por Aaron Beck (criador da TCC). Este estágio, tem origem nas experiências infantis e trazem uma característica de peso sobre o indivíduo. Elas se apresentam de uma maneira absoluta, negativa, rígida e inflexível sobre o que o indivíduo pensa sobre si mesmo. Essas crenças, diferentemente dos pensamentos automáticos, são mais difíceis de serem percebidas e modificadas visto que estão relacionadas com a interação de natureza genética e a sensibilidade da pessoa em relação a suas questões de rejeição ou abandono, dificuldades internas e externas inerentes à condição de estar vivo.

Os pensamentos automáticos são resultados conscientes desse processamento de esquemas inconscientes que emergem na vida mental, traduzidos através de palavras ou imagens mentais conscientes. Quando eles são distorcidos ou enviesados recebem o nome de disfuncionais, pois não refletirão a realidade e nem estão ligados a evidências. Esses pensamentos automáticos disfuncionais podem, entretanto, ser reavaliados pelo pensamento consciente com vistas à sua reestruturação gerando novas interpretações mais condizentes e adaptadas com a realidade.

Outro aspecto relevante quanto às disfunções são as distorções cognitivas. A visão que o indivíduo tem de si mesmo, o modelo de self, está fundamentado no conjunto de crenças enraizado em cada pessoa; isso é conhecido na terapia cognitiva como esquema primitivo.

No pensamento de Beck (2001), as crenças permitem uma das leituras da realidade que podem ser feitas. Mas o nosso sistema de crenças não é estritamente preciso como se fosse uma ciência matemática, que se move somente na lógica, ao contrário, muitas vezes é o ilógico que acontece pois ele funciona para promover respostas que eliminem conflitos e nesse intuito muitas vezes tende a distorcer a realidade visando a proteção ao self, ao eu, pode ser mais vantajoso do que fazer a leitura exata, e pode caminhar inclusive para o auto engano.

Talvez a dinâmica de viver em grupo tenha criado essa necessidade de não ser sincero o tempo todo, e impedir a expressão das reais emoções e interesses. Na vida em sociedade enganar e enganar-se dentro de uma certa medida constroem os laços sociais, mas isso até uma certa medida, porque se essas distorções se tornam muito constantes podem nos indicar uma patologia.

Neste ponto especificamente a pesquisadora observa uma grande oportunidade para a TCC pois se as crenças ligadas à religião estiverem sendo distorcidas e forem responsáveis por danos emocionais e até mesmo influenciando na saúde física, podem ser trabalhadas e reavaliadas, re-significadas e passarem a ser funcionais no modo de viver das pessoas. Para tanto o terapeuta precisa de fato, considerar a espiritualidade/religiosidade como um fator importante na vida de seu paciente quando ele traz isso à tona, buscando nestas crenças elementos que estejam levando a um enfrentamento negativo para ser então discutido e avaliado pelo paciente ou também, identificar nestas mesmas crenças as que levam o indivíduo a uma postura de enfrentamento positivo diante das adversidades e pressões vividas.

Voltando aos estudos relatados no mesmo artigo de Harrison e seus colaboradores, um outro estudo foi descrito em que testando o protocolo terapêutico foram integrados recursos de CRE para pacientes em tratamento de câncer e este grupo experimental obteve resultados melhores que os do grupo de controle. Os autores sugerem uma busca mais intensa em modelos de como integrar a teoria e a prática, em outras palavras, estimulam a observação de que os modelos teóricos necessitam ser testados em pesquisas para validar e embasar seu uso na prática clínica.

Koenig traz de maneira enfática aos médicos a importância da avaliação da história espiritual do paciente com pelos menos dois minutos a mais de sessão, e justifica sua recomendação para que o profissional da saúde possa entender as crenças religiosas envolvidas e o papel delas na saúde deste paciente e no coping/enfrentamento da doença, indicando como uma intervenção poderosa em si mesma, “com potencial para melhorar o impacto terapêutico de intervenções médicas” (KOENIG, apud PANZINI, 2007 p 133).

Os pesquisadores Tix e Frazier no artigo publicado por Panzini, sugerem que “profissionais relevantes” deveriam considerar as diferenças de coping entre seus pacientes, de modo que os profissionais da saúde possam ser capazes de ajudá-los melhor utilizando esse recurso disponível.

“As intervenções citadas poderiam ser realizadas por meio da psicoterapia que é um meio onde há um espaço excelente para a escuta e resolução de conflitos” (PANZINI, 2007 p 133). O autor apresenta aqui um espaço onde pode ocorrer a exploração do aspecto religioso/espiritual no sentido de proporcionar apoio, abertura para a ressignificação e até mesmo, a partir dessa ressignificação, gerar alguma mudança. Os profissionais da saúde são assim estimulados em suas diferentes áreas de atuação a olharem para os aspectos religiosos/espirituais com menos resistência para que não seja tão árdua essa tarefa e para que efetivamente se possa alcançar melhoras clínicas dos pacientes. Panzini endossa ainda a exploração do CRE na psicoterapia entendendo que intervenções psicológicas podem facilitar o uso qualitativo do CRE, o que potencializa seus efeitos positivos.

Vale a pena refletir na possibilidade do coping religioso/espiritual passar a receber um espaço natural tanto no tratamento como na avaliação ou no ambiente de pesquisas. Com a abertura para mais estudos empíricos, visando testar esses modelos teóricos, certamente haverá mais embasamento para a inserção desta teoria nas práticas clínicas mental ou física, gerando profissionais mais adequadamente formados e capacitados em suas esferas curriculares acadêmicas, permitindo um aproveitamento desse recurso diagnóstico. Essa incorporação tem grande peso nos Estados Unidos e vem sendo ampliado no Brasil ainda a passos pequenos, necessitando de uma implementação mais consciente e que seja feita de forma sistemática.

O interesse particular pela área da psicologia dentro de todas as outras da saúde decorre do fato de que é a área de atuação da pesquisadora, e que evidentemente, estando inserida nesta realidade, lhe dá a oportunidade percebe os benefícios de uma ampliação não só dos estudos pertinentes às duas áreas mas também, a possibilidade de um atendimento ético dos indivíduos que buscam ajuda na psicoterapia.

O artigo *Psicologia Cognitiva e Religião* datado de março de 2007 traz a discussão da religião como o resultado de um processo cognitivo advindo de uma seleção natural. Torna-se interessante a discussão deste assunto neste capítulo porque dentro da psicologia cognitiva têm sido realizadas pesquisas relevantes dentro de um dos quatro sentidos da psicologia cognitiva à respeito da “atribuição de causalidade a Deus, enfrentamento religioso, processos de conversão, transformação de identidade religiosa e tendência ao equilíbrio cognitivo” (PAIVA, 2007). Será considerada ainda, segundo o mesmo artigo, que a religião é um fenômeno universal e inclui em seu cerne três características distintas e amplas:

- Concepções, atribuições e histórias relacionadas a deuses ou a Deus
- Sentimentos, emoções e afetos relacionadas a deuses ou a Deus
- Ações, práticas e rituais voltados para deuses ou a Deus

A associação entre religião e psicologia cognitiva nos encaminha para perspectivas diferentes porque a religião abrange um fenômeno social e também cultural, ao passo que a psicologia centra-se no indivíduo, e o que particularmente tornou possível a realidade da religião para estes indivíduos.

Mesmo sendo disciplinas distintas, isso realmente não impede que entre elas haja uma complementariedade, é desejável que as disciplinas não percam contato entre si, afinal, nenhuma disciplina encerra em si mesma a totalidade de um assunto de sua investigação, e isso promove a complementariedade necessária para a compreensão mais ampla deste assunto.

Os estudos realizados por Paiva concentraram-se nos aspectos da psicologia evolutiva no tocante à sua busca de esclarecer como as representações religiosas podem ser traçadas ao longo da evolução da espécie. A intenção não era dar tanto destaque às questões do desenvolvimento filogenético do comportamento humano mas sim destacar as contribuições que estivessem diretamente relacionadas com a religião. Desta maneira, foi preferível chamar a atenção para o conceito da ‘contra-intuição’, e o papel das emoções e sentimentos possibilitados pela mente e cérebro,

estruturas responsáveis pela esfera cognitiva de onde resulta o subproduto da religião.

A contra-intuição é um tipo de percepção que não fica nem somente na parte biológica e nem somente na parte da percepção intuitiva, ela combina traços dessas duas dimensões, por isso faz as crenças serem religiosas, ficcionais, psicopatológicas ou científicas. Paiva argumenta em seu texto que:

no que se refere à religião, vários estudiosos abstêm-se dos termos 'transcendência', 'sobre-humano', 'sobrenatural', 'sagrado' e 'deus', que julgam tributários de uma particular tradição religiosa. Como raízes psíquicas do religioso, propõem, no lugar desses termos, a contra-intuição, em especial a contra-intuição de um agente intencional, e os sentimentos associados a ela (PAIVA, 2007 p 187).

Melhor dizendo, a evolução não produziu nenhum tipo de doutrinas ou rituais, mas dotou a espécie humana de uma estrutura neurofisiológica na qual é possível fazer ajustes. A contra-intuição religiosa ocupa seu espaço dentro do campo das ações, num sistema de comunicação e ela se torna religiosa pelo fato de fazer apelo a um agente que não é um par, possui características distintas, um agente que é concebido como o princípio da ação, que possui conhecimento e visa seus objetivos.

O pensamento religioso é um pensamento comunicativo, de fácil aprendizado e assim fácil também de ser lembrado e transmitido. Diferentemente das questões de ficção ou científicas, as questões religiosas precisam ser usadas, não basta tê-las. Assim, ela abarca a esfera da ação porque associa as emoções e sentimentos às representações.

São estudos como esse que buscam trazer contribuições para as ciências da saúde, neste caso específico a psicologia, tentando compreender de alguma forma o papel da religiosidade na estrutura de vida das pessoas. Damásio propõe que se não houver lesão pré-frontal, a razão é guiada pela emoção – sentimento negativo ou positivo (DAMASIO, apud PAIVA 2007 p 188), pois ele mesmo afirma que emoções e sentimentos são reações corporais que são processadas na amígdala e nos córtices frontais e elas tornam possível através de suas associações entre as representações

religiosas e as reações emocionais a decisão de aceitar e a firmeza para manter as representações contra-intuitivas da religião. Dessa forma a emoção 'medo' antecederia a ponderação racional porque tanto ele pode produzir a rejeição à representação como a aceitação da mesma. A rejeição poderia estar ligada à expectativa de um castigo ou ameaça, e a aceitação pode estar ligada pelo temor de uma perda maior. A representação religiosa nesta visão, parece estar firmada a um forte apego emocional.

Na área da saúde, trabalhos que apontam para a relevância da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento de doenças crônicas e da adesão efetiva ao tratamento também têm sido desenvolvidos. O artigo *Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia*, se propõe exatamente nesta linha ao fazer uma análise crítica da literatura sobre o CRE e câncer, visando a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, especialmente focado no setor de oncologia. O levantamento que foi efetuado trouxe os principais tipos de estudo envolvendo essa temática que são: qualidade de vida, resiliência, além de aspectos culturais e profissionais, apontando no entanto a necessidade de desenvolverem-se mais pesquisas na área a fim de ter um maior embasamento para a intervenção profissional.

Neste mesmo artigo descrito acima é citada a abordagem da psicologia positiva que vincula a espiritualidade à qualidade de vida, como um fator de proteção das pessoas, estando elas doentes ou não. Também se considera o aspecto de que as crenças podem influenciar no julgamento e processamento das informações no sentido de ordená-las, compreendê-las e utilizá-las no enfrentamento de ventos dolorosos e imprevisíveis. A autora volta a esclarecer sobre a definição do CRE, valendo-se da visão de Lazarus e Folkman que diz que “enfrentamento envolve o uso de esforços cognitivos/comportamentais no manejo de situações e/ou demandas internas que excedem os recursos pessoais do indivíduo” (GOBATTO, 2010, p 54).

Hanson e colaboradores verificaram num estudo realizado no ano de 2008 que os principais provedores de cuidados espirituais de pacientes acometidos de doenças graves foram os próprios familiares, amigos e profissionais da saúde e esse auxílio era prestado em primeiro lugar para os

ajudar no enfrentamento da doença. Isso sugere que as intervenções espirituais podem ser produtivas nos tratamentos. Da mesma forma, os estudos feitos por Aquino e Zago em 2007 com seis pacientes laringectomizados apontaram para a importância da religião para a ressignificação das experiências com a doença e seu tratamento. Quanto realmente um profissional da área da psicologia poderia auxiliar pacientes nesta ressignificação apenas considerando o fato de que a espiritualidade realmente pode promover esses benefícios?

O National Cancer Institute propôs em 2008 algumas diretrizes voltadas para a espiritualidade que encorajam os pacientes oncológicos na procura de assistência religiosa com grupos de apoio ou capelães dentro dos hospitais. Embora haja esse reconhecimento, no Brasil essas ações não são consolidadas, não representam uma prática corrente. Há dois programas, um na Universidade de Campinas e outro na USP que oferecem cursos de extensão na área da capelania hospitalar. Esse número é pequeno diante de um país tão grande, assim como também ainda é pequeno o número de pesquisas e trabalhos buscando perceber esses trabalhos e a interação existentes entre capelães, profissionais da saúde, pacientes e seus familiares.

No artigo de Gobatto (GOBATTO, 2010) em suas considerações finais quanto à atuação do psicólogo alocado no setor de oncologia em hospitais, é elucidada como fundamental que esse profissional considere os benefícios que a utilização das estratégias positivas do CRE pode proporcionar, desde uma maior adesão ao tratamento até produção de sentido de vida e redução de aspectos depressivos. E quanto às estratégias do CRE negativas, a possibilidade de percebê-las e assegurar intervenções em tais pensamentos, sentimentos e ações dos próprios pacientes. Para esse fim sem dúvida é necessário que os profissionais da saúde em geral tenham em sua formação uma familiarização com o domínio religioso e/ou espiritual. A integração das dimensões biopsicossociais com as espirituais ainda é um grande desafio em termos da visão de saúde no Brasil.

A despeito deste distanciamento entre os estudos e as práticas clínicas, toda discussão que envolver a integração das questões religiosas/espirituais na

psicoterapia visando a formação de um profissional ético, que tenha conhecimentos e esteja habilitado pode ajudar a alinhar as informações recebidas em benefício do paciente, afinal, conforme uma coletânea de estudos mencionados por Giglio, há a constatação de que o conhecimento e a valorização das crenças dos pacientes colaboram significativamente para a aderência deste às intervenções psicoterápicas o que promove melhores resultados no processo (GIGLIO e cols, apud PERES, 2007).

Koenig destaca o fato de que “cada vez há mais pesquisas demonstrando que as crenças religiosas influenciam o enfrentamento de doenças, afetam decisões médicas e têm a probabilidade de influenciar resultados médicos” (KOENIG, 2012, p 170). Existem de fato aplicações clínicas ponderadas que possuem a capacidade de melhorar o atendimento dado ao paciente, beneficiando os resultados para ambos os lados. Hoje, mesmo que ainda esteja um pouco mais na teoria, as normalizações de atendimento indicam que as aplicações clínicas devem estar centradas no paciente e até orientadas por sua escolha, portanto, há limites importantes que o profissional da saúde precisa respeitar.

A questão do profissional com relação à sua ética é revelada quando pacientes acabam adotando os valores de seu próprio terapeuta (ex: morais, políticos, religiosos etc). Em 1993 a Associação Psiquiátrica Americana chegou a publicar um guia que facilitaria aos terapeutas a compreensão e a postura de um respeito empático no sentido de abordar as crenças religiosas dos pacientes, evitando assim problemas comuns como a redução da liberdade dos pacientes, perda da neutralidade do terapeuta ou mesmo a quebra do contrato terapêutico.

Sem dúvida para o ER/CRE essas considerações tornam mais viável o acesso através da confiança depositada no terapeuta e o cuidado ético do profissional da saúde para com o mesmo; a abordagem de temas espirituais/religiosos e sua exploração podem ser úteis no processo psicoterápico, aparecem muitas vezes como uma necessidade na terapia e a empatia a essa necessidade e a atitude de respeito a eles enquanto realidade do paciente independente das crenças do próprio terapeuta. Os

psicoterapeutas não devem se sentir desconfortáveis quando são levantadas questões existenciais e espirituais, elas não representam uma ameaça mas sim, o conteúdo de fé utilizado pelo paciente em seus enfrentamentos positivos ou negativos representam ferramentas úteis para o entendimento e um trabalho mais completo das queixas trazidas pelos pacientes no tocante à sua vida.

Capítulo 3

As influências das crenças protestantes na promoção da saúde

3.1 RELIGIÃO E SAÚDE: DEFINIÇÕES E CONVERGÊNCIAS

O Ministério da Saúde do Brasil lançou em 1990, uma cartilha denominada *ABC do SUS – doutrinas e princípios*, fazendo dessa maneira a exposição de suas doutrinas e princípios inspirados na Constituição do País e na lei orgânica da saúde. Isso se deu em virtude de um diagnóstico feito e de experiências isoladas acumuladas ao longo de 10 anos anteriores, além de levar em conta diversas propostas que foram apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Nesta nova regulamentação incorporou-se um conceito mais abrangente de saúde considerando-se não só os fatores do meio físico, mas também os fatores sócio-econômicos, os culturais, fatores biológicos e também, a oportunidade dos cidadãos ao acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. Dessa forma, percebe-se que para se ter saúde existe a necessidade da ação de muitos setores além do próprio Ministério da Saúde.

Essa cartilha também relembra o direito de todos sem qualquer tipo de discriminação às ações de saúde e cria então o Sistema Único de Saúde, denominado SUS, para atender essa demanda de assistência à saúde nestes termos e com uma rede ampla em território nacional.

A doutrina básica do SUS está alicerçada na **universalidade**, ou seja, atendimento a todo e qualquer cidadão e na **integralidade** que em resumo se traduz no fato de que “o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (cartilha SUS, 1990, p 5).

Em cartilha reedita no ano de 2006, em sua forma ilustrada, apresenta uma carta dos direitos dos usuários da saúde. Nela há disposições bem mais claras e específicas com relação aos pacientes no tocante a essas questões que envolvem os direitos dos pacientes. O terceiro princípio tem como tema *Todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem nenhuma*

discriminação. Esse princípio preserva a intimidade e os valores dos pacientes, neste sentido garantindo um atendimento sem nenhum preconceito e além disso, garantindo que o profissional que está cuidando do paciente deva respeitar o corpo deste paciente, sua intimidade, sua cultura e religião, seus segredos, suas emoções e sua segurança.

A humanização no contexto da saúde implica num aumento da co-responsabilidade dos profissionais na promoção da saúde; implica também na mudança da cultura de atenção dada aos usuários do sistema, de certa forma a humanização também visa oferecer melhores condições aos profissionais para alcançar esses objetivos em realção aos pacientes porque ela pressupõe troca de saberes entre esses profissionais e também entre os próprios pacientes e seus familiares.

Desde 1990 quando o sistema foi então implantado certamente muitas mudanças foram necessárias, uma reforma interna na instituição da saúde e uma reforma interna nos profissionais para aderir à nova proposta satisfatoriamente. Entre os desafios que vão sendo superados com o passar dos anos e de sua prática ativa, outros ainda estão em processo de trabalho como o desafio para os profissionais da saúde no tempo presente de abrir um espaço para o entendimento das bases psicológicas das crenças, experiências e comportamentos religiosos em busca de ampliar seu conhecimento quanto ao bem estar do paciente. Ao realizar uma revisão de literatura, o artigo *Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doenças*, aponta para a relevância da pesquisa e da produção de conhecimento sobre o tema religião, uma vez que este é um tema presente em todas as sociedades humanas.

A religião é um fenômeno mundial e as experiências religiosas são diferentes em todas as regiões do planeta. Há muitas maneiras de classificar as crenças religiosas; por isso é que essa presente dissertação deteve-se apenas às crenças protestantes, visando justamente delimitar o tipo de crenças a ser analisado na associação com aspectos doença/saúde.

As crenças protestantes enquadram-se no cristianismo, e o cristianismo tem um caráter de religião “ética”, ou seja, atribui penalidades sobrenaturais ao

que violar um comportamento certo ou correto. Há a crença em um poder sobrenatural “pessoal”; no caso dos protestantes, um Deus pessoal, amoroso, comunicativo, justo e totalmente poderoso e soberano.

O cristianismo proclama a existência de um salvador, então sua ênfase recai sobre a doutrina da graça (favor imerecido) de Deus, não enfatizando as obras dos homens ou meramente o cumprimento de leis. Entre os valores dos protestantes, ter os seus pecados perdoados sugere ter um encontro pessoal com Deus.

No livro *Introdução à antropologia missionária, costumes e culturas*, percebe-se como as crenças se tornam parte da vida e costumes de seus adeptos, quanto aos ritos diz: “não é suficiente crer nos espíritos, ter remédios mágicos ou querer curas, mas é necessário fazer alguma coisa (rito) para que se alcancem os resultados desejados. A religião é crença em ação” (BURNS, 1988, p 62). Quer seja por meio de palavras, gestos e até objetos; neste contexto do rito, parece que as crenças se materializam em algo santo, algo capaz de alcançar o seu deus pessoal.

Partindo deste ponto de vista quanto aos ritos como uma experiência vivencial da religião, Durkheim alerta para o fato de que existem também muitos ritos “puramente negativos, mas não deixam de ser religiosos” (2008 p 65). Ainda a respeito dos fenômenos religiosos, Durkheim descreve que estão ordenados em crenças e ritos, e nesta ordem, as crenças representam “estados de opinião” e os ritos, modos de ação determinados a partir destas crenças; talvez possa-se à partir daí, analisar sobre o pensamento e o movimento dentro da religião? Enfim, define-se o rito depois de definir-se a crença. Portanto, as crenças protestantes geram ritos que dão sentido a essa religiosidade nas experiências do dia a dia de seus adeptos.

As informações religiosas recebidas pelos protestantes através dos relatos bíblicos constituem-se de certa forma como padrões de conduta assertivos ou não; padrões nos quais muitos podem se basear para sua atuação nas relações de que participa, de maneira que isso se torna uma maneira real de ter a experiência religiosa da sua fé, sem perder de vista também a personalidade humana. Os protestantes baseiam também sua fé na

perspectiva de que se para Deus tudo é possível, neste mesmo Deus, tudo também será possível para si próprio. Acerca disto, o psiquiatra Pêrsio Ribeiro Gomes de Deus, no primeiro capítulo do livro *Eclipse da Alma* afirma que dentro desta perspectiva, “a fé será colocada para a maioria dos cristãos como a grande resposta para seus males e problemas, dentre eles, a doença depressiva” (GOMES, 2010).

O psiquiatra segue em seu capítulo neste livro, descrevendo aspectos da depressão sob a ótica da psiquiatria sem no entanto deixar de evocar alguns personagens bíblicos que fazem parte da fé protestante, elementos que por sua experiência relatada se comparem a essa enfermidade, inclusive fazendo ligações entre a depressão, o pecado e a culpa. Ideias que no ambiente cristão protestante muitas vezes acabam sendo reforçadas em pregações, estudos e leituras devocionais baseadas na Bíblia. Desta forma, os leitores dos salmos contidos na religião judaico-cristã podem ser influenciados pela associação dos estados de angústia e depressão com a iniquidade e o pecado.

Trazendo essa análise de conteúdo dos ensinamentos e reflexões contidos nos salmos e outros livros do velho testamento o psiquiatra faz uma comparação com uma tentativa já no novo testamento a partir dos ensinamentos de Jesus Cristo nos evangelhos descritos na Bíblia, justamente buscando desassociar as doenças em questão do pecado em si. Vários exemplos de sua atuação são citados quanto a seus milagres e curas de doenças físicas e espirituais, mas sem reduzir as doenças a aspectos puramente espirituais ou de ordem demoníaca.

Os ensinamentos de Cristo assim, fazem parte do escopo das crenças protestantes e por isso a relevância de trazer neste capítulo o teor dessas reflexões, em diversos relatos fica clara a separação que o grande mestre dos cristãos fazia entre a questão do pecado e a doença.

Jean Delumeau, historiador francês que se tornou notável por suas análises críticas sobre a Reforma Protestante, procura traçar em sua obra ‘O Pecado e o Medo’ um histórico a respeito do papel desenvolvido pelo medo, individualmente ou como instrumento social, de maneira a detalhar diversos

meios de culpa da consciência desenvolvidos pela igreja cristã na história, muitas vezes se valendo desse “medo” imposto a seu próprio serviço e interesses defendidos. Em sua análise do medo na religião cristã, em dado momento faz a distinção após a Reforma Protestante, a partir da qual já vimos no capítulo primeiro a separação das igrejas católicas e protestantes e o distanciamento de suas crenças, advertindo que o “medo reformado” era como um exame de consciência que acabava atormentando a alma do fiel, não tanto pela sua condição de crente mas sim pela possibilidade de não estar entre os eleitos para a salvação, pois segundo ele, “a prova da eleição era demonstrada através das bênçãos de Deus sobre as obras das mãos eleitas”. Delumeau assim faz a seguinte observação quanto a essa referência da tentativa de Cristo em dissociar doença de pecado:

É preciso lembrar que Jesus, por três vezes, levantou-se contra a associação explicativa entre pecados e desgraças: a propósito do cego de nascença (João 9: 1-4), das vítimas da torre de Siloé e dos galileus massacrados por Pilatos (Lucas 13: 2-6) (DELUMEAU, 2003, p 574).

Os discípulos alimentavam uma crença baseada na visão judaica de que as doenças e calamidades eram um castigo enviado por Deus devido a um pecado ou como resultado de um enfraquecimento da fé. Talvez os judeus e cristãos não tenham dado o devido valor a esses ensinamentos naquele momento histórico, mas com certeza na Idade Média essa percepção trazida por Cristo estava enfraquecida. O próprio Delumeau salienta que na história da humanidade e notadamente na época clássica os pregadores cristãos viam as catástrofes coletivas como respostas de um Deus irado com a maldade humana. Parece que o mal e os quadros patológicos estavam associados ao diabo.

O cristianismo primitivo, em suas origens, parecia ver a medicina como uma atividade pagã, Cristo era apresentado nos evangelhos como médico das almas e do corpo. A doença estava assim, relacionada com o mal, e o mal era então advindo do diabo e seus demônios. O próprio reformador Martinho Lutero compreendia a melancolia com uma artimanha demoníaca onde “todas as tristezas, epidemias e melancolias vêm de Satã...porque Deus não entristece,

não amedronta...ele é um deus dos vivos” (DELUMEAU, 2003, p 343). Frente à melancolia, Lutero receitava oração, cânticos religiosos e vida equilibrada.

Em contrapartida, João Calvino, outro reformador de grande destaque, apresentava uma posição mais cautelosa e equilibrada com relação à ciência e medicina. O teólogo não entendia que os peritos e estudiosos das ciências fossem loucos, mas sim pessoas que usavam desses instrumentos para compreender mais de perto os segredos de Deus.

Percebe-se então duas visões conflitantes sobre o mesmo assunto e que influenciaram as crenças no protestantismo. O homem comum era e ainda é influenciado pela igreja, suas crenças orientam sua vida. A visão que é passada através da liderança das igrejas bem como de seus próprios membros que se aconselham mutuamente podem levar a posturas preconceituosas e até de ignorância quanto a vários tipos de enfermidades patológicas, inclusive de ordem mental ou psicológica, causando acusações e julgamentos voltados à falta de fé. A pesquisadora fará referências a essa questão na sessão dos relatos de experiências, especificamente quanto à questão da doença e falta de fé, valendo-se de relatos que trazem essa visão e o adoecimento de alguns dos colaboradores pesquisados.

Vale a pena lembrar que a inserção do protestantismo no Brasil, foi feita de maneira conversionista, que enfatizava o pecado com vistas à conversão. O espaço para um Deus juiz ou punitivo era maior do que para um Deus de amor e pai? Talvez sim. O fato é que uma característica básica dos protestantes históricos em nosso país é que foram evangelizados sob esta ótica e relacionavam pecado com culpa e assim também com punição e depressão (GOMES, 2010, p 45), essa visão distorcida preestabelece um prejuízo na busca adequada de ajuda e tratamento adequado em muitas situações de doença.

O filósofo e teólogo Soren Kierkegaard propôs-se a trabalhar o conceito de angústia sobre a perspectiva psicológica mas o fez conservando em mente o dogma do pecado original. Kierkegaard foi criado sob a ótica cristã reformada e usou esses elementos para entender a questão da angústia. Assim, em sua obra denominada *O Conceito da Angústia*, o autor retira o pecado de qualquer

esfera do ramo do conhecimento, talvez a que mais se aproxime seja a ética, mas isso somente na medida em que “devido ao remorso, esta esbarra contra o próprio conceito de pecado” (KIERKEGAARD, 2ª edição, s/data, p 27) e mais adiante envolve a psicologia como ciência que sonda a possibilidade real do pecado. Kierkegaard trabalha em sua obra o conceito histórico do pecado original, o conceito do primeiro pecado (não só o de Adão, mas considerando o de todo homem), o conceito da inocência, da queda, da angústia inclusive como uma condição prévia ao pecado original.

Enquanto a inocência é tratada como ignorância e portanto, um estado de calma e repouso, a angústia já é descrita como uma determinação do espírito sonhador, a busca pelo novo, o mistério, da aventura. A angústia empurra a inocência aos seus extremos e a coloca em contato com o proibido, o castigo e também o sentimento do remorso. Uma tríade de inquietação que tem relevância quando o assunto é saúde integral do indivíduo. Fechando este ponto quanto ao pensamento da angústia e seu enfrentamento com a fé, como solução para o problema, destacamos apenas uma frase de Kierkegaard segundo o qual, a fé é capaz de fazer o ser humano repousar na providência divina em meio à angústia:

a única coisa capaz de desarmar verdadeiramente os sofismas do remorso é a fé, a coragem de acreditar que a nossa própria condição é um novo pecado, a coragem de renunciar sem angústia à angústia – e isto só o pode a fé, sem que no entanto destrua a angústia; eternamente jovem, a fé vai-se desembaraçando sem cessar dos horrores da angústia. Eis o que só a fé pode; pois só na fé eternamente permanece e é a todo o instante possível a síntese (KIERKEGAARD, 2ª edição, s/data, p 176).

Diante da realidade da finitude do ser, a angústia é um dos componentes da existência e “o homem se encontrará em angústia quando se distanciar do mundo, das crenças, dos valores e (pré) conceitos, quando se permitir viver suas possibilidades existenciais” (GOMES, 2010, p 111). Situações de angústia estão relatados nos questionários que contribuíram com esta pesquisa e estão relatados numa sessão própria e seus conteúdos conflitantes mostram peso da falta de paz e o reflexo disto na condição de saúde.

O ser humano sempre buscou o sentido da vida, cada um vive essa busca de maneira singular. Quando Viktor Frankl, escritor e psiquiatra, aborda esse assunto, o faz tendo em mente o fato de que o ser humano é composto das dimensões somática, psíquica e espiritual e assim, ele considera esse aspecto observando que para o homem religioso, há uma falta de preocupação quanto ao sentido para o fim da existência pois a resposta para ele seria a providência divina. Surge então uma indagação: pela sua fé e crenças está o homem religioso menos exposto às angústias de sua existência, ao sentido de sua vida? Em seu livro Frankl descreve com propriedade sua própria experiência em uma situação altamente adversa e estressante, sua reclusão ao campo de concentração nazista. Pessoas tratadas como nada, pior que animais; a perda de toda sua família nos próprios campos e crematórios. Uma literatura capaz de apresentar uma pessoa que perdeu tudo que tinha, teve seus valores destruídos, sofreu com fome, sede, frio e mesmo assim, conseguiu encarar a vida como algo que valia a pena e o motivou a perseverar. Frankl embora fosse um psicoterapeuta existencialista, não era pessimista e muito menos antirreligioso, ao contrário disso, sua posição mostra-se positiva quanto a enxergar a capacidade humana de resiliência, ou seja, transcender uma situação difícil e poder descobrir uma verdade mais adequada e orientadora. Ao estudar a dimensão espiritual, Frankl vê que, no tocante à existência de um sentido último ou final, a fé está diretamente relacionada, independente da instituição religiosa e suas doutrinas; ele assim desvincula a religião formal da espiritualidade, que segundo afirma, faz parte da condição humana pois “a liberdade espiritual do ser humano, a qual não se lhe pode tirar, permite-lhe, até o último suspiro, configurar sua vida de modo que tenha sentido” (1985, p 89). Então, alguns períodos de crise podem potencializar a angústia e também, conseqüentemente, a busca de significações existenciais.

Koenig quando trata da definição de religião e espiritualidade, diz que a religião pode ser “pública, social e institucional ou também privada, pessoal e individual” (KOENIG, 2012, p 11). O médico destaca assim que uma pessoa religiosa pode viver essa sua realidade institucionalmente através de reuniões, atividades religiosas, estudos, envolvimento em serviços com o grupo tanto dentro como para fora da igreja (ex: evangelização, ação social) mas também

pode-se viver essa realidade de maneira particular, a sós. Isso se dá através dos momentos particulares de oração, leitura devocional, comunicação particular com Deus, assistindo programas evangélicos pela televisão ou rádio, até mesmo realizar rituais particulares como jejuns, fazer uso de objetos religiosos.

Koenig descreve a religião também de forma subjetiva, que se encontra direta e exclusivamente ligada à importância ou centralidade da religião na vida das pessoas. Em termos de pesquisa, algo acessível de se conseguir através de questionários auto relatados sobre essa importância na vida dos pesquisados. Em geral o ser humano busca a religião pelo seu próprio valor, ela tem “um fim em si mesma” e isso a classifica como intrínseca; evidentemente não podemos afirmar que com todas as pessoas a experiência religiosa se dá desta mesma forma, em alguns casos a religião pode ser extrínseca, ou seja, pode ser usada como um meio para atingir algum outro propósito final.

Partindo da definição de religião para o termo espiritualidade, percebe-se uma popularidade e um tom mais flexível, um termo que de tão amplo possui definições vagas que levam a imprecisões. Isso porque dentro da ‘espiritualidade’ podemos incluir inclusive os não religiosos. Em termos gerais espiritualidade está ligada à busca de cada pessoa pelo significado e propósito de vida. Esse conceito tanto quanto a religião, se faz presente em todas as culturas e sociedades, e inclui a busca dessa espiritualidade não só pela religião, mas também através da natureza, das artes, da relação com as outras pessoas, na família, na lógica etc, de qualquer maneira, todos esses fatores podem influenciar o modo como tanto pacientes como profissionais da saúde percebem a doença e como é a interação entre eles.

A espiritualidade é muito abrangente e complexa na experiência humana porque envolve em si os aspectos vitais do indivíduo quanto à sua cognição, volição e emoção.

Ao falar a respeito de busca de significado, propósito e verdades da vida, crenças e valores, certamente coloca-se luz ao aspecto cognitivo da espiritualidade. Se no entanto o diálogo for a respeito de experiências,

sentimentos de esperança, amor, conforto, paz interior (não só no sentir particularmente mas também na capacidade de doar-se no mesmo sentido para os outros), entra-se no campo emocional da espiritualidade e, claro, se a discussão for sobre os aspectos comportamentais nela inseridos, serão trabalhados temas ligados à exteriorização das crenças individuais.

Hill e Pargament distinguem a religião da espiritualidade da seguinte maneira:

existe uma polaridade entre religiosidade e espiritualidade, sendo que a primeira representa uma expressão institucional, formal, externa, doutrinal (...), e a segunda, uma expressão individual, subjetiva, emocional, interna, não sistemática e libertadora (...). Espiritualidade pode ser entendida como uma busca pelo sagrado, um processo pelo qual as pessoas buscam descobrir, ater-se a e, quando necessário, transformar o que quer que considerem sagrado em suas vidas (...). O sagrado é o que distingue religião e espiritualidade de outros fenômenos (KOENIG, 2012, p 14).

A espiritualidade assim, é a função mais central da religião, na medida que tem a ver com o que as pessoas pensam, sentem e agem em seus esforços para experimentar o sagrado em suas vidas. Bons indicadores de saúde mental estão ligados aos resultados da vivência dessa espiritualidade que, colocada em ação, permite experimentar paz interior, ter boas relações com os outros, ter sentimentos de amor, perdão, gratidão, conforto e sentido da vida. Entre tantos outros, esses elementos promovem saúde na vida das pessoas, ou seja, representam uma consequência de ter uma vida espiritual.

Em diversos estudos realizados têm-se descoberto que um maior envolvimento religioso está relacionado à melhor saúde, principalmente na área da saúde mental onde as pesquisas são maiores; não deixando de lado também a saúde física, que também tem demonstrado resultados impressionantes. Fazer uso da espiritualidade nesta definição mais ampla tem total participação colaborativa na prática clínica na área da saúde.

Para se entender o que é saúde e como os fatores religiosos e espirituais podem afetá-la, é necessário ir além do ponto em que a ciência consegue ir, que é a forma 'natural' pois as questões espirituais avançam para

o campo do 'sobrenatural'. Como a ciência só é capaz de analisar explicações naturais, "a forma natural mais óbvia e plausível pela qual a religião pode causar impacto na saúde física é por meio de vias psicológicas, sociais e comportamentais" (KOENIG, 2012 pg 37).

É sabido, e por que não dizer vivido, que fatores psicológicos de emoções com conteúdo negativo podem gerar stress, estados de ansiedade, depressão, fadiga, raiva e esses estados tendem a afetar de maneira adversa nossos sistemas fisiológicos tornando os organismos mais suscetíveis a doenças. A depressão e outras formas de stress psicológico podem interferir nas funções imunológicas, aumentar o risco de doenças cardiovasculares (ou seu agravamento), podem influenciar também na questão endócrina, alterando os níveis hormonais do corpo, aumento de algumas proteínas ligadas à parte imunológica. O stress psicológico pode encaminhar alguns distúrbios metabólicos como a resistência à insulina e afetar a pressão arterial, aumentando o risco de hipertensão e a possibilidade de AVC. O stress crônico, pode desencadear doenças neurológicas com grande probabilidade de gerar demências ou diminuição da cognição antes do óbito.

Da mesma maneira como o stress psicológico, mecanismos sociais podem influenciar também nas questões de saúde. Assim como o suporte social traz consigo o alívio, no outro extremo, sentimentos de isolamento, solidão e retraimento podem levar a distúrbios emocionais, e dessa forma eles também podem influenciar a saúde física. É importante fazer pontes do que está sendo afirmado com os aspectos da religiosidade, afinal, não se pode perder de vista a função que o envolvimento religioso exerce nas relações e no suporte das redes sociais de muitas pessoas.

Koenig faz uma associação dos fatores psicossociais com fatores comportamentais e saúde expondo o fato de que pessoas estressadas normalmente adotam os piores hábitos de saúde, pois elas têm um padrão de sono ruim, são um pouco mais sedentários, hábitos alimentares irregulares e possuem maior propensão ao uso de álcool, fumo e drogas ilícitas; comportamentos que podem ter efeito prejudicial no organismo das pessoas,

inclusive com alterações fisiológicas que podem predispor a algumas doenças e situações médicas.

Fechando essa reflexão, Koenig conclui que com base em todas as pesquisas que revisou, tanto fatores psicológicos como sociais influenciam os sistemas fisiológicos do corpo (positiva ou negativamente); se for possível demonstrar em pesquisas que o envolvimento religioso/espiritual melhora a saúde psicológica e também as interações sociais, pode-se pensar na hipótese de que os fatores religiosos também contribuam para a melhoria da saúde física, afinal, atua na redução do stress psicológico, auxilia no aumento do suporte social e gera comportamentos de saúde positivos.

Ainda lembrando dos prisioneiros de Hitler nos campos de concentração, num clima de total desesperança e stress físico, psicológico e moral, Viktor Frankl descreve um episódio onde teve a oportunidade de aproveitar um momento de psicoterapia coletiva com seus companheiros de alojamento. Esse dia, segundo relata, havia sido terrível, mais punições haviam sido anunciadas contra eles sob a pena de enforcamento. Após um dia inteiro privados de alimento, estavam todos exaustos e tomados de uma depressão generalizada. Nenhuma palavra, só irritação. Então, o chefe do grupo puxou assunto, uma conversa sobre o que os preocupava interiormente, os medos...ressaltando o fato de que não deveriam entregar os pontos senão iriam sucumbir. O chefe então pediu que ele desse algumas explicações sobre o que ele estava tentando explicar ao grupo e ele lhes disse que no que dependesse dele, não perderia a esperança nem desistiria de lutar. Disse isso mesmo avaliando que talvez tivesse apenas 5% de chance de escapar de lá com vida. Ele enfatizou não só o pensamento no futuro mas os fez olhar para trás, para seu passado. O passado de cada um com suas alegrias, o que foi realizado nos dias bons, a abundância de suas experiências uma riqueza interior de cada um que ninguém poderia tirar deles. Pediu finalmente que seus companheiros olhassem de frente para a situação em que se encontravam, por mais difícil que fosse e não se curvassem mas que recobrassem o ânimo pois seus esforços confeririam a eles um sentido e dignidade. Era como se eles nessas horas derradeiras estivessem perante “o olhar desafiante de um amigo ou de uma mulher, de um vivente ou de um morto – ou sob o olhar de Deus”

(FRANKL, 1985, p 108). E terminou seu discurso dizendo que Ele (Deus) esperava que não o decepcionassem e que soubessem sofrer e morrer, não de maneira miserável mas com orgulho. Mostrou a eles que havia propósito e sentido mesmo em meio ao sofrimento, e ele pôde ver que o resultado em seus companheiros foi positivo pois quando as luzes do barracão voltaram, viu achegarem-se a ele as figuras miseráveis de seus companheiros; uns mancando, outros chorando, mas eles vinham agradecê-lo.

O assunto da fé relacionada à saúde tem despertado interesse à ciência que constata os fatos dos benefícios da religiosidade/espiritualidade na vida das pessoas. A revista Super Interessante de novembro de 2013 trouxe uma ampla reportagem sobre esse tema com o título *Fé faz bem*. A reportagem revela notícias promissoras com relação à visão de hospitais e profissionais da saúde sobre a espiritualidade dos pacientes.

Atuando voluntariamente numa equipe de capelania evangélica em hospital público na rede de atendimento a mulheres no Estado de São Paulo, a pesquisadora conhece a realidade de diversos hospitais nos quais já pôde trabalhar com visitas a pacientes e o número crescente de hospitais que tem desejado este trabalho numa visão de atendimento mais humanizado, mas a revista traz um dado relevante quando aponta um médico que incluiu em sua entrevista com pacientes a pergunta; “como você professa sua fé?” (LIMA apud LISBOA, 2013, p 40). Essa pergunta virou rotina no Hospital Albert Einstein onde o Dr. Paulo de Tarso Lima exerce a coordenação do serviço de medicina integrativa, no setor de oncologia em São Paulo/SP. Segundo a redação do artigo na revista, neste hospital, “a fé é uma arma importante no tratamento de doenças graves” (LISBOA, 2013, p 40). A revista cita também uma parceria entre a Santa Casa de Porto Alegre/RS com a Universidade de Duke (EUA) em pesquisas visando mensurar os benefícios biológicos da fé.

A reportagem em si não trata a fé como religião, ela inclusive difere uma da outra, categorizando a fé como o ato de crer. No que se crê? Assim, afirma que até mesmo um ateu ou uma pessoa sem religião podem reproduzir tais sentimentos, ou seja: ser mais felizes, viver mais e serem mais agradáveis, por meio de sua fé pessoal.

As principais faculdades de medicina americanas dedicam uma disciplina específica a este assunto, diversos estudos demonstram os benefícios da fé à saúde, estudos com embasamento científico. A revista destaca um ponto fundamental: a fé têm uma participação especial no que os médicos e terapeutas tem chamado de coping: a capacidade humana de superar dificuldades. O cirurgião cardíaco Fernando Lucchese declarou que “atender às necessidades espirituais tem de ser, sim, tarefa do médico” (LUCHESE, apud LISBOA, 2013 p 41), ele próprio está escrevendo um livro juntamente com o já citado Dr. Koenig, que sem dúvida é uma autoridade neste assunto, intitulado *A Revolução Espiritual*.

A fé mostrada em laboratório foi testada em experimento com freiras e monges budistas enquanto estavam em atividades de oração ou meditação. Duas áreas do cérebro foram ativadas: os lobos frontais (responsáveis pela concentração) e o sistema límbico (relacionado às emoções). Deus faz parte de nossa consciência?

A revista volta a frisar a diferença entre religião e fé – a religião como uma maneira institucionalizada de praticar a fé e a fé algo pessoal, ligada à espiritualidade; traz no entanto um quadro de pesquisas onde o resultado é que seguir uma religião faz bem à saúde. Nesta pesquisa feita com 259 pacientes cardíacos, os resultados indicam que a expectativa de vida de quem frequenta cultos é de 7 anos a mais dos que não frequentam. Entre outros dados relevantes, 99% afirmaram crer em Deus, 66% rezavam todos os dias, 52% acreditavam que a religião traz benefícios à saúde, 90% usam a fé como conforto nos momentos de doença mas apenas 31% gostariam que os médicos falassem sobre religião com eles.

O ER é bastante difundido nos Estados Unidos, e é cada vez mais comum perceber que a religião é um comportamento de enfrentamento poderoso em várias partes do mundo. Um número elevadíssimo de pessoas (cerca de 90%), voltaram-se para a religião em busca de alívio e consolo após a tragédia dos ataques terroristas sofrida em 2001. Quase metade dos pacientes hospitalizados em algumas áreas dos Estados Unidos “indicam que suas crenças e práticas religiosas são a forma mais importante de lidar com a

doença e com as mudanças de vida causadas pela doença” (PERES, 2007, p 138).

Este capítulo foi reservado exatamente na busca para verificar as influências que as crenças protestantes podem exercer na promoção da saúde, mesmo que com um número pequeno de relatos e experiências, espera-se encontrar apoio para essa ideia principal. Será que os sujeitos que colaboraram com essa pesquisa usam sua religião ou crenças em benefício de sua saúde como enfrentamento? O suporte religioso ajuda-os em suas dificuldades?

O próprio sistema religioso gera o oferecimento desse suporte não por obrigação, ao contrário, a perspectiva está mais ligada ao altruísmo e ao “amar ao próximo”, uma forma de cuidar dos que estão necessitados, dessa forma o envolvimento religioso assume esse papel no suporte social e empresta a esse suporte características de boa qualidade. No caso específico de um suporte assertivo e de boa qualidade, a expectativa é a de resultados positivos junto aos que o recebem; se no entanto esse suporte (mesmo sendo no convívio religioso) for apresentado de forma punitiva carregada de julgamentos ou frieza, os resultados poderão ser evidenciados negativamente.

Segundo já vimos anteriormente nos relatos de Viktor Frankl, é preciso pensar num sentido para o sofrimento, o sofrimento faz uma espécie de convite ao domínio espiritual. Mas será que sempre acontece assim? Um outro texto sobre essa questão, colabora nesta direção quando afirma:

a religião e a espiritualidade oferecem conforto e significado além da compreensão diante da adversidade. A fé pessoal apoia a crença de que podemos vencer nossos desafios. Mas a angústia espiritual pode impedir o enfrentamento e o domínio e pode estimular uma incapacidade para viver a vida com significado. As crenças religiosas podem, em alguns casos, se tornar perigosas se forem encaradas de maneira muito estreita, rígida ou punitiva (WALSH, 2005, p 68).

É razoável conceber a ideia de que as crises podem desencadear certos questionamentos das próprias crenças espirituais na busca de uma ação mais confortadora. O desespero advindo de tais circunstâncias de vida pode conduzir a uma perda de significados e propósitos e até de desesperança.

Uma outra estratégia muito boa frente ao sofrimento é a resiliência, e o envolvimento espiritual, segundo estudos feitos por Werner e Smith em 1982, estudos estes citados por Walsh em seu livro, é muito importante na resiliência a longo prazo. Torna-se necessário o reconhecimento por parte dos profissionais da saúde na percepção de que o sofrimento que envolve o paciente (inclusive a insensibilidade quanto a esse sofrimento) são muitas vezes também preocupações espirituais e que a religião e a espiritualidade poderão ser enfim, recursos terapêuticos importantes para a recuperação, uma possível cura e na resiliência.

Walsh trabalha a ideia da resiliência como um processo de transformação, um processo pautado no aprender e crescer com a adversidade. Ela é então promovida quando surgem situações de fracasso, das tragédias e também dos desapontamentos, e a partir dessas situações, esses incômodos reais podem ser vistos como elementos para o aprendizado e usados a favor do indivíduo como um impulso para sua mudança e seu crescimento. Ela afirma que:

os indivíduos resilientes acreditam ser um desperdício de tempo e energia se preocupar com lamentações, dedicar-se em retribuição ou cuidar de velhas feridas. Em vez disso, examinam a experiência e tentam extrair dela lições valiosas no direcionamento do seu caminho futuro. (WALSH, 2005, p 72).

Entre os conceitos importantes que permeiam o processo da resiliência, o conceito de cura é primordial. Às vezes pessoas afirmam que se curaram fisicamente mas demonstram que continuam afetadas e doentes mental, psicológica ou espiritualmente falando. A resiliência pode ser estimulada mesmo quando os problemas não podem ser resolvidos ou quando os mesmos podem se repetir, existem doenças incuráveis e outras que após seu tratamento voltam a acometer o paciente, mas mesmo nessas situações, o conceito de cura na resiliência é de “se tornar inteiro, e quando necessário, adaptar e compensar perdas de estrutura e de função” (WALSH, 2005, p 73).

3.2 MEDICINA, RELIGIÃO E SAÚDE: CAMINHOS PARA A CURA

O tratamento através das vias médicas é feito externamente e pode levar à cura, mas a cura também vem de dentro da pessoa, da família e de sua comunidade. E isso de fato acontece porque cada pessoa possui mecanismos de cura ou regeneração que podem ser ativados diante dessa necessidade; portanto, quando a terapia é feita com base na resiliência, tende a inspirar as pessoas a acreditar em suas próprias possibilidades de um melhor enfrentamento e regeneração contribuindo para facilitar a cura ou superação para um crescimento mais saudável.

De fato, diversos estudos médicos sugerem que “a fé, a oração e os rituais espirituais podem realmente fortalecer a saúde e a cura” (WALSH, 2005, p 68). Serão apresentados a seguir, diversos relatos ratificando essa premissa, esses três elementos espirituais/religiosos podem desencadear emoções que influenciam os sistemas imunológicos e cardiovascular.

Koenig trata com maestria desses aspectos em seu livro *Medicina, Religião e Saúde*; neste livro o pesquisador busca fornecer ou facilitar um encontro entre a ciência e a espiritualidade. Esse assunto vem sendo seu alvo de trabalho de pesquisa por anos a fio e felizmente o autor tem constatado que essa convergência tem tido resultados positivos.

O pesquisador introduz seu livro relatando a história de uma paciente bastante idosa que viva numa casa de repouso e que ao alcançar seus 101 anos de vida foi inquirida sobre o segredo de uma vida tão longa. Sua resposta foi simples e objetiva: “era sua fé, sua família e o fato de não beber nem fumar; nessa ordem” (KOENIG, 2012, p 3); essa ordem era importante para ela. Essa história de vida, que também é a história de muitos outros pacientes, é o tópico central do livro mencionado, experiências que não podem continuar a ser ignoradas pelos profissionais da saúde. Fé, família e uma vida regrada também são respostas que comunicam algo essencial sobre saúde e bem estar aprendidos ao longo da vida das pessoas e usados também ao longo dela.

Muitas vezes o resultado de uma espiritualidade praticada com devoção é uma boa saúde mental. Quando o paciente se refere à sua paz interior,

citando propósitos e significados, crenças e valores, amor, perdão, consolo, conforto e outros fatores benéficos, demonstra que essas coisas boas são resultado de levar uma vida espiritual. As pessoas não ficam pensando nas diferenças acadêmicas dadas à religião e espiritualidade, elas simplesmente vivem essas dimensões juntas ou separadamente. Ter definições ajudam um pouco na compreensão mas são as vezes tão amplas que podem se tornar discriminantes e reducionistas quando se pensa em qual afeta a outra, como e vice versa.

Koenig acredita que o objetivo da clínica deva ser o de encontrar um terreno comum entre os pacientes, terreno em que possa apoiar crenças que ajudem no enfrentamento da doença,

em estudos realizados até agora, a descoberta é que o maior envolvimento religioso está relacionado à melhora da saúde, sendo que a pesquisa é mais forte para saúde mental e menos sólida (mas ainda impressionante) para saúde física (2012, p 19).

A clínica médica está sempre cercada de pessoas que enfrentam doenças graves e que podem ao mesmo tempo passar por questionamentos internos que perpassam pelas preocupações espirituais. Diante da ameaça da doença, de um câncer terminal por exemplo, o paciente quer saber quanto tempo ainda tem de vida, o que acontecerá a partir dali. Expressa o medo da dor e as incertezas do amanhã, medo de não ter sido uma pessoa boa, “medo de que Deus não me ame, pois as minhas orações de cura não foram atendidas. “Tenho medo de para onde vou depois de morrer” (KOENIG, 2012, p 21), essas são as palavras de uma paciente diante de seu diagnóstico, o medo é real. Essas preocupações dos pacientes devem ser levadas a sério. Haverá de ter espaço para essas mudanças primordiais na medicina do século XXI pois embora a maioria dos médicos pesquisados nestes diversos estudos reconheçam a importância dos fatores espirituais, uma pequena parte as utiliza em seu trato com o paciente.

Pensando nas influências que as emoções podem ter sobre os sistemas de cura de nosso corpo, surgem os fatores psicológicos e sua relação com a saúde. Ao falar de fatores psicológicos reporta-se a emoções negativas e

positivas; entre as emoções negativas, estão o stress, as ansiedades, fadiga, raiva e a própria depressão. Especialmente esses fatores negativos podem afetar os sistemas fisiológicos de maneira adversa, deixando as pessoas mais propensas a adquirir algumas doenças. A seguir serão apresentados alguns processos fisiológicos que ocorrem quando uma pessoa acaba sofrendo com o estresse psicológico ou mesmo social.

No tocante às funções imunológicas, Koenig revela que estudos recentes feitos tanto com humanos como com animais, associam a depressão com o prejuízo das células matadoras naturais; o estresse influencia na resposta do organismo a algumas vacinas. As emoções negativas podem influenciar os níveis hormonais de nosso corpo, comprovadamente alterando os níveis de cortisol e catecolamina que tem a função de suprimir as funções imunológicas. Os mesmos estudos demonstraram que da mesma maneira tanto os estados depressivos como o estresse psicossocial elevam os níveis de citocina que também se reflete numa queda da imunidade do paciente.

Na lista dos malefícios aparecem também os distúrbios metabólicos (como a resistência à insulina), maior probabilidade de desenvolver demência ou uma diminuição da cognição, aumento de risco de doenças cardiovasculares. “A doença arterial coronariana (DAC) foi associada a depressão, stress crônico e raiva em vários estudos” (KOENIG, 2012, p 41). O stress psicológico afeta a pressão arterial e aumento os riscos de hipertensão, em um estudo feito por Ming e colaboradores, 218 homens acima de 20 anos foram acompanhados; eles não apresentavam alterações de pressão, ou se tinham, esta era muito leve. Todos estavam a frente de ocupações de alto nível de stress como controladores de tráfego aéreo. Entre eles os que apresentaram maior reatividade cardiovascular frente ao estresse psicológico tiveram um aumento de risco de apresentar hipertensão a longo prazo. E também temos conhecimento de que a pressão alta é um indicador de AVC, então, tanto a depressão como as emoções negativas podem aumentar o risco da mortalidade, uma vez que aumentam os riscos do AVC.

Outro detalhe importante, com o rebaixamento do sistema imunológico, infecções podem se tornar mais presentes, e isso não acontece somente com

peças depressivas mas também com pessoas ansiosas e aflitas. A cicatrização pode acontecer de maneira mais lenta também e outros estudos têm sido realizados inclusive com o câncer como foco nesta relação com a depressão e demais emoções negativas.

Foram abordados até agora os aspectos psicológicos e sua interferência na saúde física, mas é importante refletir sobre os aspectos sociais que também podem representar fatores importantes e que produzem efeitos positivos ou negativos no corpo. O suporte social por exemplo traz alívio ao mesmo tempo que o isolamento, a solidão podem levar a distúrbios emocionais. Koenig traça as mesmas associações feitas quanto aos aspectos dos fatores psicológicos com os sociais, identificando através de pesquisas associações entre as funções imunológicas, endócrinas, metabólicas, cardiovasculares e até neurológicas.

As pesquisas indicam que “pessoas estressadas normalmente adotam os piores hábitos de saúde” (KOENIG, 2012, p 48). Comportamentos como padrões de sono ruim, nutrição mais deficiente, maior sedentarismo, propensão ao uso de álcool, fumo e drogas ilícitas têm certamente um impacto negativo sobre a imunologia e funções endócrinas dos indivíduos, predispondo-os a doenças. Os comportamentos positivos gerados pelo bom ajuste social têm o efeito contrário e parecem gerar benefícios à saúde. “Comportamentos altruístas foram relacionados à melhor saúde mental, com maior bem-estar e satisfação com a vida, menor depressão...” (KOENIG, 2012, p 50). Isso ocorre também quando as pessoas participam de atividades de ajuda a outros, parece que realmente faz bem fazer o bem.

No contexto social, família e amigos podem colaborar muito para que as pessoas tenham uma vida mais longa e saudável, e o que se procura neste capítulo é descrever como as crenças, a fé em si, atua também neste propósito. A ciência consegue examinar a fé? Koenig busca desenvolver um modelo para explicar os efeitos da religião na saúde. Ele desenvolveu em seu *Manual da religião e saúde* juntamente com alguns colaboradores, uma análise tripla da religião, enfocando-a como uma estratégia de enfrentamento pessoal, uma força pró-social e como um método de controle a nível comportamental.

A religião vista como um comportamento de enfrentamento é assim categorizada pelos próprios pacientes entrevistados nas diversas pesquisas dirigidas principalmente nos EUA; numa delas, um estudo que analisou 330 pacientes admitidos em hospital universitário de grande porte, espontaneamente 42% deles relataram que as crenças e as práticas religiosas eram o principal componente que lhes permitia enfrentar tal situação hospitalar. Um outro estudo feito no Condado de Los Angeles, com 406 pacientes com doença mental, mais de 80% deles afirmaram usar a religião como modo de enfrentamento. Pesquisas em outros países também demonstram, mesmo que em número significativamente menor, que essa questão da religião é o que os ajuda no enfrentamento da doença.

O envolvimento religioso também tem indicado uma qualidade melhor quanto ao suporte social, isso porque “pessoas religiosas não oferecem suporte a outros porque querem, mas porque ‘amar ao próximo’ e cuidar dos necessitados é parte do próprio sistema de crença religiosa” (KOENIG, 2012, p 57). Pessoas de fé entendem que são chamadas para cuidar umas das outras e os estudos relatam que neste sentido há a crença de que Deus recompensará essas pessoas nesta vida ou depois dela.

As crenças religiosas influenciam decisões em situações diárias, é assim com assuntos comuns e simples até às tentações mais difíceis. Claro que as decisões tomadas trazem consigo suas próprias consequências. O treinamento religioso desde cedo auxilia na difusão de valores como honestidade, confiança, responsabilidade, pureza e outros tantos que serão ferramentas nas decisões de vida.

No ano de 1998, a Organização das Nações Unidas, por meio do grupo de qualidade de vida, havia incluído em seu instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida o domínio descrito como *Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais* com 100 itens. Peres descreveu em seu artigo sobre o assunto o fato de que “a maioria dos estudos mostrou que envolvimento religioso e espiritualidade estão associados com melhores índices de saúde” (PERES, 2007, p 142); entendendo-se por saúde aspectos como longevidade,

estilo de viver e qualidade de vida, menores índices de ansiedade, depressão e suicídio.

É razoável pensar no fato de que quanto mais cedo uma pessoa tiver contato com esse treinamento religioso, ou seja, desde sua meninice, mais uso poderá fazer das ferramentas adquiridas e possivelmente mais arraigadas estarão suas crenças para o uso em sua qualidade de vida. Vários estudos com relação ao dia a dia das pessoas mostram essa tendência; por exemplo, sobre o comportamento criminoso. Mais de 36 estudos são citados nas pesquisas feitas por Koenig e seus colaboradores e destes, expressivos 80% demonstram que na amostragem, os índices de delinquência e comportamento criminoso é baixo em pessoas que eram mais religiosas.

Da mesma maneira, observa-se nestes estudos referentes à qualidade de vida de “adultos que não consideram importantes as crenças religiosas tinham probabilidade três vezes maior de beber compulsivamente” (KOENIG, 2012, p 60); as crenças protestantes atuam também na condução de uma vida mais regrada, com preservação da saúde e rejeição a vícios e más companhias, a religião assim funciona como um fator de proteção contra o álcool, fumo e drogas ilícitas. O envolvimento religioso apresenta uma correlação inversa ao uso dessas substâncias que trazem malefícios à saúde. O impacto que o ensino religioso tem nos comportamentos é evidente também até na área sexual, entre cerca de 38 estudos realizados antes do ano 2000, 37 deles relatou que “pessoas com maior envolvimento religioso relataram índices menores ou atitudes mais negativas em relação a relações sexuais não conjugais do que os indivíduos menos religiosos” (KOENIG, 2012, p 63).

Entender que a religião age de maneira controladora é um fator comum, mas esse controle também é funcional quando empregado em uma boa parte na busca de reduzir a probabilidade de se enfrentar situações estressantes, afinal, reduzindo comportamentos de saúde negativos, garante-se um padrão de comportamento de menos riscos e melhores decisões. O envolvimento religioso influencia sim na promoção da saúde de maneira positiva.

E quanto à saúde mental? A fé desempenha algum papel para ajudar em momentos de crise? Ter saúde mental é gozar da presença de emoções

positivas, de bem estar, esperança e não de distúrbios como a ansiedade, a depressão. A saúde mental, como já vimos, tem impacto sobre a saúde física.

A depressão por exemplo, é uma condição psicológica onde há muitas perdas: perda de apetite, perda de energia, dificuldades de concentração, distúrbios relacionados ao sono, impaciência, um rebaixamento geral da auto-estima, sentimento de inutilidade, e muitas outras situações desconfortáveis e que acabam prendendo a pessoa de uma maneira tão dolorosa que podem gerar uma ação destruidora, levando até ao suicídio como solução final. Trata-se de uma condição psicológica que compromete a vida de maneira integral do indivíduo, de maneira que todas as áreas acabam sendo comprometidas. A depressão afeta as motivações pessoais para a busca da cura, compromete uma internação mais longa e desfechos médicos não tão satisfatórios. Pessoas religiosas também podem enfrentar a depressão? Sim, mas em média, segundo estudos realizados, os religiosos tendem a ser menos deprimidos. Numa revisão de pesquisas produzidas antes do ano 2000, entre 93 estudos, 53 deles constataram que “menores índices de distúrbio depressivo ou menores sintomas depressivos entre pessoas com crenças religiosas mais fortes ou com práticas religiosas mais frequentes” (KOENIG, 2012, p 69). Esse índice representa 63% do total de pesquisas, um dado também muito significativo com relação ao enfrentamento de situações adversas que podem encaminhar as pessoas a estados depressivos, não esquecendo claro, que a depressão também pode ser causada por fatores físicos. Um outro estudo realizado com 87 pacientes que estavam hospitalizados no Centro Médico da Universidade de Duke com distúrbios depressivos, uma amostra contendo homens e mulheres, que foram acompanhados por 47 semanas e o aspecto religiosidade foi medido com base na Escala de Religiosidade de Hoge cujo escore vai de 10 a 50 pontos. A análise foi feita pela regressão de risco proporcional de Cox visando através destes instrumentos, observar os efeitos da religiosidade intrínseca (não institucional) sobre o desfecho da depressão. Os resultados citados indicaram que para cada 10 pontos na religiosidade intrínseca, a remissão obteve um aumento de 70%.

Quando o assunto é suicídio, os religiosos têm uma postura mais negativa e avessa a essa situação de desfecho de vida porque o envolvimento

religioso costuma dar significado e propósito à mesma o que gera maior esperança, e evidentemente não podemos esquecer o fato de que as religiões em geral se posicionam contra o suicídio. Van Tubergen e seus colaboradores trabalharam com análises de suicídios cometidos entre 1936 e 1973, que foram agrupadas em períodos pré e pós guerra buscando examinar o efeito daquela sociedade cada vez mais secularizada quanto a essa questão; examinaram assim duas explicações possíveis quanto à relação inversa entre religião e suicídio, em primeiro lugar, “as redes religiosas oferecem suporte que reduz a aflição emocional que pode precipitar o suicídio” e em segundo lugar, “os ensinamentos religiosos proíbem o suicídio, portanto, reduzem sua ocorrência” (VAN TUBERGEN, apud KOENIG, 2012, p 74). Descobriram que a probabilidade de suicídio diminuía com uma crescente população de pessoas religiosas em uma cidade ou região. E esse efeito era o mesmo tanto para católicos como para protestantes. À medida que a participação religiosa se tornou mais insípida, em algumas regiões, os efeitos protetores da religião diminuíram também.

Da mesma maneira há argumentos com relação ao distúrbio da ansiedade. Há um provérbio chinês que diz que “não se pode confortar o afligido sem afligir os confortáveis”. Por um lado, os ensinamentos religiosos podem suscitar sentimentos que gerem culpa e medo, por outro lado, eles podem também confortar os que têm medo ou sofrem de ansiedade, aliviar os que se sentem culpados, enfim, dar algum senso de controle à pessoa. A ansiedade gera uma sensação de medo, um nervosismo, uma aflição que interfere na qualidade de vida das pessoas. As atividades religiosas podem ao longo dos anos trazer uma sensação maior de paz diminuindo a ansiedade, isso porque elas melhoram o enfrentamento.

Wink e Scott acompanharam 155 pessoas de 40 a 75 anos de idade examinando a relação entre religiosidade, medo da morte e óbito na velhice. “Os participantes com religiosidade alta ou baixa apresentaram menores índices de ansiedade em comparação com os moderadamente religiosos (KOENIG, 2012, p 77). Os que acreditavam em vida após a morte mas não estavam envolvidos a nenhuma corrente religiosa apresentaram níveis elevados de ansiedade. Para as pessoas que acreditam que estão sofrendo

essa ou aquela adversidade porque Deus as está castigando ou abandonando, ou até que sua comunidade as estão abandonando, demonstram um enfrentamento religioso negativo e isso aumenta o nível da ansiedade, pacientes com conflitos religiosos parecem sofrer mais o peso das aflições emocionais.

Koenig descreve em seus livros um número expressivo de estudos e pesquisas não só realizadas por ele e seus colaboradores, mas traz também um grande volume de trabalhos feitos por outros pesquisadores que também atuam nesta área, promovendo assim uma troca importante desses resultados. A maioria deles atesta a legitimidade da questão proposta neste trabalho, afinal, o que acabamos constatando de maneira empírica é que a fé, as crenças, e agora tomando pelo singular, as crenças protestantes influenciam mais na promoção da saúde do que o contrário. Os dados colhidos, divulgados e comparados demonstram um saldo positivo pelos pacientes que colaboraram com tais pesquisas e estudos. A religião pode levar a uma situação de bem estar por diversos caminhos, não necessariamente caminhos utópicos mas caminhos caminháveis. Caminhos ensinados, vividos e que garantem propósitos de vida e promovem esperança e segurança.

A pesquisadora passou a perceber através da simples observação em clínica com seus próprios pacientes que essa hipótese era real, que ao trazerem suas dificuldades nas consultas e enquanto se discutiam as mesmas, um dos pilares para esse ajustamento e enfrentamento buscando a superação eram as crenças religiosas. Exatamente esse fato observável motivou a pesquisadora a estudar um pouco mais a fundo essa relação e perceber que a convergência entre a psicologia e a religião era possível e representaria uma ponte, uma via de duas mãos em que o maior beneficiado era o próprio paciente.

Nesta intenção, ao trabalhar os questionamentos, os pacientes tinham a oportunidade de perceber a qualidade de suas crenças, o quanto elas faziam sentido ou se eram apenas questões aprendidas e repetidas mas sem significado nenhum para a sua auto direção. Não deixou de notar também que há o enfrentamento religioso negativo e que ele é responsável por conflitos,

culpas e peso acima do suportável às vezes para o indivíduo, fato este que estressa a pessoa até que ela não consiga mais manter sua integridade e ela se desmancha. A pessoa sofre o dano. Muitas pessoas chegam aos consultórios em busca de socorro por causas ligadas internas ou externamente às questões de convívio religioso; quer seja através de julgamentos ou de atribuir-se tudo ao demônio, os efeitos podem ser desastrosos em pessoas fragilizadas, levando-as a desenvolver síndromes terríveis que as incapacitam temporariamente de responder com normalidade de vida.

A religião pode produzir efeitos negativos em pessoas vulneráveis, no entanto, pode se reintegrar e ter novas expectativas porque quando as crenças fazem sentido e são vivenciadas como uma experiência intrínseca com o Sagrado, essa espiritualidade se torna real. O coping religioso positivo é uma ferramenta excelente na recuperação, no enfrentamento e num posicionamento mais otimista mesmo em meio às piores situações de stress. O enfrentamento religioso positivo dispõe a pessoa para a “luta”, possibilita uma ação e não a autocomiseração.

A pesquisadora pôde também ter essa experiência de observação em trabalhos voluntários que realiza com visitação em capelania hospitalar. Em geral os pacientes não são refratários à visitação, participam bem suas crenças ou queixas de suas crenças no diálogo da visita, sentem-se à vontade por perceberem que sua fé é respeitada, que podem usar os argumentos de sua espiritualidade em sua melhora ou na expectativa da melhora e cura. Em situações humanamente desprovidas de esperança há um diferencial no paciente que mantém uma esperança viva para esta vida ou para a eternidade. Muitos pacientes guardam sua esperança e mantêm sua integridade e sanidade aqui na Terra pensando no celeste porvir que creem existir, e sentem-se em paz mesmo que a vontade de Deus não seja necessariamente a sua, mas aceitam porque como foi dito em vários relatos: “Deus tem cuidado”.

Situações adversas e conflitos com relação à fé podem surgir em casos onde o aprendizado religioso ensinou sempre que a doença deve ser rejeitada, que ela é coisa enviada por satanás, que ficar doente é resultado de pecados e de pouca fé...só por essas pequenas descrições conseguimos imaginar

claramente quais crenças levam a um enfrentamento religioso positivo e quais geram um enfrentamento religioso negativo, que acabe obstruindo as oportunidades de tratamento e busca de cura, afinal, tanto doenças físicas como também emocionais podem ser enfrentadas pela mesma fonte.

Muitos pacientes são religiosos e mesmo que o sejam apenas nominalmente falando, com certeza gostam de que sua fé seja considerada em seu tratamento, acreditam ser importante falar sobre sua fé no tratamento médico. Não menos importante, há também o fator do enfrentamento pois a religião influencia na capacidade dessa ação. Isso pode auxiliar tremendamente na evolução clínica porque essa capacidade de enfrentar a doença sugere uma motivação para se auto tratar, disposição em colaborar com o médico/equipe multidisciplinar e aderir aos tratamentos e procedimentos necessários para sua reabilitação.

Em suas considerações finais KOENIG fecha seu livro mostrando que:

há cada vez mais evidências de ensaios clínicos randomizados e de estudos prospectivos confirmando que as crenças e práticas religiosas têm efeitos positivos sobre o enfrentamento e a velocidade da remissão de distúrbios emocionais, como ansiedade e depressão. Ao melhorar o enfrentamento, dar esperança e promover um significado e propósito durante circunstâncias de vida difíceis, as crenças religiosas tem o potencial de influenciar tanto a saúde mental quanto a física, considerando o que sabemos sobre o impacto de emoções negativas e do estresse sobre os sistemas fisiológicos (imunológico, endócrino e cardiovascular), resultados de doenças e longevidade (2012, p 172).

Aprender a respeitar essas crenças e o poder que elas possuem em si mesmas, e ver a possibilidade de serem usadas para acelerar o processo de cura e recuperação do paciente deve fazer parte da rotina dos profissionais pois também a medicina avançou, ela também se tornou moderna nos 'tempos modernos', mas a essência da vida continua existindo. Se não houver mais tecnologia, ainda haverá pessoas com suas crenças e valores que dão sentido à sua vida.

Capítulo 4

Método, Análise e Discussão dos Resultados

4.1 MÉTODO

Esta sessão será dedicada à análise e discussão dos resultados e descrição dos procedimentos metodológicos utilizados na presente pesquisa, contendo: a justificativa do método, a técnica de coleta de dados (entrevista), descrição breve do perfil dos participantes e a apresentação das características mais relevantes do método de análise temática de conteúdo que foi aplicado ao relato das entrevistas realizadas.

4.1.1 Objetivos e justificativa do método

Tendo o problema que gerou esta pesquisa surgido da prática nos contatos com pessoas de crença cristã evangélica, especialmente na observação com pacientes atendidos na clínica psicológica pela pesquisadora, na observação das influências que a espiritualidade exerce nos processos de cura/melhora ou agravamento de questões da saúde do indivíduo, o alvo traçado na metodologia é investigar a contribuição destes valores ou crenças religiosas nos pensamentos e nos comportamentos desses fiéis e a utilização dessas crenças de maneira prática em suas vidas, incluindo sua influência na promoção ou não da saúde dos que foram pesquisados. Isto se consolidou através da observação e descrição desses conjuntos de crenças por meio de entrevistas semidirigidas com vistas à compreensão das mesmas, seguido da análise temática dessas informações coletadas.

Deste modo, o objetivo geral é verificar o possível significado das crenças religiosas e as estratégias de utilização das mesmas na resolução de dificuldades, enfrentamento de doença e saúde; além de tentar perceber se há uma convergência entre psicologia e religião como recursos cooperativos auxiliando na saúde integral do indivíduo.

4.1.2 A Entrevista como Técnica de Coleta de Dados

Neste estudo utilizamos a entrevista semi-dirigida, seguindo um roteiro previamente elaborado (anexo 1); contendo perguntas abertas que permitissem espaço à fala e aplicado com certa flexibilidade, o que permitiu à pesquisadora realizar adaptações quando necessárias. Os participantes foram orientados a manifestarem-se livremente sobre os itens abordados no roteiro e frente a alguma dificuldade de entendimento, eram dados os esclarecimentos visando a plena compreensão das questões.

A entrevista é um instrumento básico para a coleta de dados e permite a interação entre pesquisador e pesquisado numa comunicação informal, e a entrevista semi-dirigida favorece essa troca por ter um roteiro flexível. O entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto com maior liberalidade e o entrevistador tem a liberdade de realizar adaptações caso sejam necessárias, isso tudo visando estimular o fluxo das informações num clima de confiança, aceitação, paciência e boa comunicação.

No caso desta pesquisa, as entrevistas foram feitas ora com respostas anotadas ora com gravações consentidas pelos entrevistados, notando-se um ganho maior naquelas onde houve a oportunidade da gravação pois há a vantagem de registrar todas as expressões orais imediatamente sem perdas e o entrevistador pode ficar mais atento ao entrevistado; não só na comunicação verbal, mas também com a possibilidade de notar melhor a comunicação física, expressões faciais e outras que forem manifestadas no ato da entrevista.

4.1.3 Os Sujeitos e os procedimentos de contato

A pesquisa foi composta por uma amostra de conveniência já que os sujeitos atendem às necessidades do projeto, representando a população-alvo

para responder às questões da pesquisa e pela facilidade de acesso por parte da pesquisadora.

Participaram ao todo 12 sujeitos, todos adultos com idade entre 34 a 64 anos e de confessionalidade cristã protestante: histórico, pentecostal e neopentecostal. As igrejas às quais os sujeitos estão vinculados são: Igreja Presbiteriana do Brasil, Igreja Presbiteriana Renovada, Igreja Batista do Povo, Igreja Assembleia de Deus, Igreja Videira, Igreja Internacional da Graça, Igreja Universal do Reino de Deus (IURD), Igreja Comunidade da Graça, Igreja O Brasil para Cristo e Igreja Mundial do Poder de Deus.

Por motivos de sigilo, os nomes dos sujeitos foram representados por nomes de pedras preciosas na descrição de suas falas.

Os contatos foram feitos pela própria pesquisadora que visitou pessoas conhecidas de diversas denominações evangélicas e apresentou-se como mestranda no curso de Ciências da Religião com a explicação do trabalho que estava sendo realizado, ou seja, sua dissertação. A pesquisa só foi realizada com as 12 primeiras pessoas que se dispuseram voluntariamente em contribuir, após isso foram então agendadas as respectivas visitas para a realização das entrevistas.

4.1.4 Instrumentos e Procedimentos

Para a realização da pesquisa de campo, foram utilizados como instrumentos a entrevista semi-dirigida elaborada pela pesquisadora e seu orientador que posteriormente farão a análise dos resultados das entrevistas.

Registrou-se no questionário o nome, idade, profissão e igreja pertencente e o roteiro encontra-se anexo neste projeto.

Foram seguidas as orientações do Comitê de Ética da Universidade, os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo, consentindo em suas participações à pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). As perguntas foram respondidas pessoalmente em horários previamente agendados.

As entrevistas gravadas foram também transcritas. O aparelho utilizado foi um gravador Sony T-Mark e cada entrevista teve uma duração, em média de 30 minutos.

4.1.5 A técnica da ‘Análise de Conteúdo’

Os dados deste estudo foram tratados seguindo-se a orientação do método de investigação elaborado por Bardin (1977), Após várias leituras do material coletado foi realizado um processo de separação por categorias utilizando-se o agrupamento de frases e palavras-chave sobre um mesmo tema.

De acordo com Lüdke e André (1986), a análise de conteúdo é um processo criativo que exige grande rigor intelectual e muita dedicação, não existindo, nesse processo, uma forma pré-estabelecida de sistematização. O pesquisador pode recorrer a juízes que contribuam na consolidação de seu trabalho de análise, ou seja, os juízes participam juntamente com o pesquisador na identificação das possíveis categorias e temas. Deve-se ter sempre em mente que a análise de conteúdo exige sistematização e coerência tanto na seleção de frases como das palavras-chave conforme o foco a ser alcançado no estudo.

BARDIN explica seu conceito da análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicações , visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (1977, p 42)

Triviños (1987) comenta o método da análise de conteúdo é o mais recomendado quando o estudo envolve questões humanas como motivações, valores, atitudes, crenças, tendências e assuntos mais complexos ou ambíguos. Triviños sugere ainda a inferência sobre o conteúdo das informações coletadas, bem como o estabelecimento de premissas com base

em seus resultados, por meio do emprego de técnicas como a classificação, codificação e categorização de conceitos.

A categorização é definida por BARDIN (1977, p 117) como “sendo uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos”. O critério de categorização comporta duas etapas, a saber:

1ª) o inventário: onde isolam-se os elementos;

2ª a classificação: onde reparam-se os elementos, e, portanto, organizam-se as mensagens colhidas (passagem de dados brutos para dados ordenados).

As categorias são denominadas na parte final da operação levando-se em conta o material analisado, os objetivos da pesquisa e a posição ideológica e social do analisador.

Os autores comentam também que a técnica de análise de conteúdo procura reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação, por exemplo, o conteúdo de uma entrevista, a algumas características particulares ou categorias conceituais que permitam passar os elementos descritivos à interpretação. Possibilita, também, investigar a compreensão dos indivíduos no contexto cultural em que são produzidas as informações ou, enfim, verificar a influência desse contexto no estilo, forma e conteúdo da comunicação.

A aplicação da análise de conteúdo foi aperfeiçoada nos anos 70-80 para uma maior flexibilidade no tratamento de seus dados. E duas iniciativas contribuíram para essa flexibilização segundo BARDIN:

por um lado, a exigência de objetividade torna-se menos rígida, ou melhor, alguns investigadores interrogam-se acerca da regra legada pelos anos anteriores, que confundia objetividade e cientificidade com minúcia da análise de frequências. Por outro lado, se aceita, mais favoravelmente, a combinação de compreensão clínica, com a contribuição estatística. Mas, a análise de conteúdo já não é considerada exclusivamente com um alcance descritivo (cf. os inventários dos jornais do princípio do século), antes se tomando consciência de que sua função ou o seu objetivo é a inferência. Que esta inferência se realize

tendo por base indicadores de frequência, ou, cada vez mais assiduamente, com a ajuda de indicadores combinados, toma-se consciência de que, a partir dos resultados da análise, se pode regressar às causas, ou até descer aos efeitos das características das comunicações (1977 p 21).

O método da análise de conteúdo está mais comprometido com o estudo das ideias do que das palavras, Bardin (1977, pg 41) ressalta que “a leitura efetuada pelo analista do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma ‘leitura à letra’, mas antes o realçar de um sentido que se encontra num segundo plano”. A autora sustenta ainda a ideia de que a premissa de que a primeira atividade quando ao se trabalhar com análise de conteúdo deve ser o estabelecimento de um contato com os documentos a serem analisados e conhecer o material atentando para as impressões e orientações, fase chamada de “leitura flutuante”.

Após várias “leituras flutuantes” dos relatos das 12 entrevistas realizadas, tornou-se possível obter uma impressão geral das principais características do conteúdo e a integração dos relatos. Os núcleos temáticos foram determinados por frases e/ou palavras-chave e então separadas as unidades de análise. Na próxima seção haverá o detalhamento do procedimento para a passagem dos dados brutos para os ordenados.

4.1.6 Referencial Teórico

Harold G. Koenig é professor de psiquiatria e ciências do comportamento, professor associado de medicina da Duke University Medical Center. Trabalha uma questão importante em seus estudos, salientando que os médicos em geral devem compreender os papéis positivos e negativos que a religião desempenha nos pacientes (inclusive os que sofrem de transtornos psicóticos). Koenig afirma que a religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças e práticas religiosas são usadas no intuito de justificar comportamentos de saúde negativos ou até mesmo na tentativa de substituir cuidados médicos tradicionais. Em muitos casos, aponta o cientista, a religião

pode e é usada como fator para induzir culpa, vergonha, medo ou agressividade; e mais, como um agente de controle social, a religião pode ser restritiva e limitadora, exercendo o poder de isolar socialmente aqueles em desacordo com os padrões religiosos. No geral, entretanto, observa que as principais religiões com tradições bem estabelecidas e lideranças responsáveis tendem a promover mais experiências humanas positivas que negativas.

Isso indica que a espiritualidade e o envolvimento com religiões organizadas podem gerar o aumento do senso de propósitos e de significado de vida (fatores estes associados a uma melhor resiliência e resistência frente às situações de doenças).

É como se a espiritualidade apresentasse um fator de proteção à saúde, acelerando a remissão e prevenindo possíveis recaídas.

Koenig é um destacado pesquisador nesta área e sua experiência o faz afirmar que existem quatro razões para associar-se a religião à saúde:

Crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido positivo ou negativo às experiências; crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; a religião fornece rituais que facilitam/santificam as maiores transições de vida (adolescência, casamento e morte); e crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento/estrutura para tipos de comportamento socialmente aceitáveis. (2001, p 34)

Quais os mecanismos por meio dos quais a religião/espiritualidade podem afetar a saúde ainda não estão bem esclarecidos mas entendemos ser possível avançar nesta busca através deste trabalho. O conceito do coping religioso está inserido nas áreas da psicologia cognitivo comportamental, então a religião pode ser considerada como um recurso e comportamento de coping pois as crenças religiosas são usadas para lidar com o extremo estresse causado pela doença. Koenig nos mostra que a religião causa um impacto na evolução clínica onde o coping religioso proporcionou maiores insights e adesão aos tratamentos terapêuticos.

O conceito em torno da religião e sua ligação com a psicologia é vasto, assim também como suas implicações nas relações com saúde de um modo amplo, visto que ele não aborda somente aspectos biológicos, mas também

aceitação social, contentamento, satisfação com a vida, bem estar, estabilidade e outros fatores que demonstram um caminho que coopere para a saúde integral do indivíduo.

4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO: RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Essa última sessão é destinada a enriquecer o leitor com fatos reais nesta interface entre a religião/espiritualidade e saúde. Serão divulgados relatos de experiências dos doze sujeitos que colaboraram para a realização desta pesquisa. A riqueza desta sessão está justamente no fato de poder-se tomar contato com as crenças de cada um desses sujeitos de religião protestante, de denominações diferentes e a cada relato perceber como é a crença de cada um e como essa crença tem influenciado na condução de sua vida mas principalmente no tocante às questões de saúde, o enfrentamento das situações estressantes que estão envolvidas entre a saúde e a doença.

Ao longo dessa leitura, relato a relato, aparecerão falas que têm apoio em diversos textos já elucidados durante o segundo e terceiro capítulos, a observação e as entrevistas colaborando com a teoria científica. Esse trabalho de pesquisa se propõe a estreitar os laços entre religião e ciência.

Dentre as pessoas entrevistadas, por exemplo, nenhuma relatou propensão ao álcool, fumo e drogas ilícitas. Num dos relatos colhidos a entrevistada ESMERALDA afirmou que a religião ajuda na sua saúde porque ela “ajuda a ensinar a ter autocontrole e evitar vícios que são prejudiciais ao corpo” e outra entrevistada QUARTZO foi até enfática ao dizer que “a religião ensina coisas que ajudam a ser mais saudável...por exemplo, a gente não usa as coisas que o mundo usa e que estraga a saúde, álcool, cigarro, são coisas que a gente evita. Então isso já ajuda na nossa saúde”.

Percebeu-se comportamentos positivos de saúde; ligados ao altruísmo e a uma vida pró-social como algumas que se envolvem com trabalhos voluntários.

No item que tratava de que forma a sua religião/suas crenças ajudavam em suas questões relacionadas à saúde, apenas 1 respondeu categoricamente que não contribuía exteriorizando pensamentos persecutórios e relações interpessoais desgastantes na sua comunidade. Sentimento de rejeição e culpa foram ouvidos de quatro dos colaboradores, notou-se que a comunicação não verbal presente no ato da entrevista colaborou muito no entendimento dos relatos, por vezes as palavras ditas não conseguiam expressar com tanta riqueza a verdade escondida das dores na alma por se vivenciar esse desconforto espiritual mas as expressões faciais, o olhar perdido e fixado no passado, as gesticulações, enfim, o corpo falando da dor que afligia a alma da pessoa.

Das doze entrevistas que foram efetuadas nesta pesquisa, duas participantes citaram ter recebido esse suporte religioso de maneira negativa, relatos carregados de dor e que geraram confusão, pensamentos de menos valia e culpa; sentimentos gerados por uma influência negativa que sofreram e compartilharam os danos que acarretaram em suas vidas.

Porém foi fácil perceber também que as pessoas que legitimavam a contribuição da religião ou de suas crenças para sua saúde, demonstravam muito mais ter essa certeza por causa de um envolvimento maior de comunhão com o Sagrado do que pelas regras e doutrinas de suas instituições, voltando-nos para as categorias apresentadas por Koenig já citadas, elas fazem maior uso de uma religião intrínseca, ou seja, da espiritualidade.

Esse é um diferencial muito rico, fruto de uma escuta feita com mais qualidade no ato de uma entrevista. Se a técnica aqui utilizada fosse a de preencher apenas um questionário, certamente perderia-se toda a transparência do significado de uma fala. Da presença real, do olho fitando o olho, de poder escutar o que o SER tem a dizer.

Através desses relatos de experiências há um convite para perceber estratégias que dificultam ou que facilitam o enfrentamento religioso. Enfrentamentos negativos e positivos fazem parte da vida dos entrevistados e são diretamente influenciados pelas crenças alimentadas pelas suas comunidades, seus líderes, crenças pessoais e sua fé.

No relato de JASPE, 56 anos, pertencente à Igreja Universal do Reino de Deus, a depressão é considerada uma doença enviada pelo diabo, ela diz que antes de se converter na IURD, estava em um quadro de depressão e sofria de terríveis enxaquecas, dois fatores que a isolavam na vida cotidiana pois não saía de sua casa para nada, não tinha disposição para isto. Ela diz que “a depressão é uma doença espiritual em que a pessoa não tem coragem de sair de casa e nem de fazer nada, atinge a alma e o corpo”. Comenta que aprendeu na sua igreja, com seu pastor que a depressão não tem cura com remédios porque é uma doença espiritual, ela acha que não tem cura pelo médico. Citou no momento de sua entrevista o testemunho de uma moça em sua igreja que sofria de depressão e cuja própria psicóloga não pôde ajudá-la por ter sido acometida por depressão também. “Por que ela não curou a moça e acabou ficando doente?” E completa dizendo: “quem manda a depressão para nós é o diabo, é só nós nos lembrarmos de que Jesus ensinou que se tivermos fé como um grão de mostarda nós vamos falar para um monte sair de um lugar e ir para outro, assim, o crente pode fazer, como se a doença fosse esse monte, e o crente remove esse monte e manda ele para o inferno que é de onde ele vem”. Esse tipo de crença no enfrentamento da doença pode parecer positivo mas ele pode causar malefícios no sentido de obstruir tratamentos realmente necessários. Dentro da teologia da prosperidade que é vastamente adotada pelas igrejas de natureza neopentecostal como é classificada a IURD, a mola propulsora é a chamada confissão positiva, “se você quer ser uma pessoa de sucesso, seja aquela que possui a confissão correta, nunca confesse dúvidas, temores, doenças”(FREESTON, 1996, p 45). Essa tendência de negar uma doença real como doença de fato e não só como o resultado de uma espiritualidade fraca pode trazer prejuízos à saúde de seus seguidores pois determina uma ação de negligenciá-la, não buscando um tratamento.

Frequentadora de outra igreja neopentecostal, a Igreja Internacional da Graça, QUARTZO, 37 anos quando questionada sobre doenças emocionais, diz que as pessoas falam que existe a depressão mas ela não acredita nisso. Para QUARTZO, ela não existe porque ainda não acharam de onde ela vem. Depressão para ela está associada a pessoas que não pensam em nada, que

não buscam nada, pessoas que não tem ocupação nenhuma. “Eu acho que a depressão não é uma doença, acho que é um nome que eles dão mas no fundo eles não querem fazer nada. A pessoa que procura um afazer, uma coisa ou outra para fazer, não tem tempo para depressão”. Neste caso específico, a resposta nos leva a ver além da questão espiritual, uma condição de preguiça ou de acomodação e o uso da “doença” como uma desculpa para continuar não se ocupando. Quando tratou-se da inserção do protestantismo no Brasil, ao falar da formatação da ética cristã, foi feita uma referência quanto às normas de vida dos novos crentes e uma delas era justamente a de que o crente não poderia ficar ocioso, deveria ter sua casa limpa... Após mais de um século e meio será que aquela máxima ainda permeia o pensamento dos protestantes?

Já AMETISTA de 42 anos, que frequentava a IURD e hoje está no rol dos ‘desigrejados’, passou de perto pelos dramas da depressão por anos inclusive estando na igreja, até que sua doença começou a interferir no seu próprio rendimento como obreira pois não se sentia estimulada a participar nas reuniões e não se sentia à vontade para falar de seu problema de saúde porque sabia que seria confrontada com uma acusação de falta de fé de sua parte ou mesmo de seus pecados não confessados pois a doença era reflexo de uma vida longe da comunhão com Deus. “A epilepsia, o câncer soa do mal, mas as questões psicológicas eram mais mal vistas. A depressão estava vinculada às ações malignas”. Naquela igreja, a doença física é vista de uma maneira e a doença psicológica é relacionada à pouca fé do cristão. “Eu fiquei sofrendo na igreja por quase 15 anos com acusações de ser fraca, pecadora”.

O que vemos são crenças dirigidas a uma doença comprovadamente bioquímica e física e que na concepção destas igrejas neopentecostais, são ignoradas nestes aspectos mas sim, consideradas apenas no plano espiritual.

Das doze entrevistas que foram efetuadas, dois participantes citaram esse suporte religioso de maneira negativa, entendendo-se aqui esse suporte religioso como a comunhão entre os demais irmãos de suas igrejas e seus pastores e liderança. RUBI, 60 anos, membro da Igreja Presbiteriana do Brasil, apresenta como queixa justamente esse suporte negativo de sua igreja, o

sentimento de rejeição experimentado na mesma trouxe grandes malefícios à sua saúde. Em seu relato diz: “Eu me sinto rejeitada pela igreja. Eu fico muito ligada nesta situação, pensando nisto o tempo todo. Tem me tirado o sono, não consigo pensar em outra coisa. Na parte espiritual veio a culpa e o sentimento de estar pecando”. Quando questionada em que a religião ou suas crenças religiosas tem-na ajudado em sua qualidade de vida, a mesma diz que: “Hoje não está contribuindo porque a igreja está fazendo o mesmo papel do mundo: a rejeição. O ‘meu sonho de consumo’ com relação à igreja era o modelo da igreja primitiva, que compartilhava e não fazia acepção de pessoas. A igreja onde estou não age assim e me causou males espirituais muito fortes”. Após 4 meses, numa nova conversa, essa pessoa disse que quanto à rejeição vivida em sua igreja nada havia mudado, ainda lhe fazia mal, mas resolveu não esconder seu desconforto e sofria menos com ele por “entender o motivo da rejeição”. A igreja tem a facilidade de agregar pessoas, mas se a igreja passa a viver sua realidade de acordo com as subjetividades de cada um e não como um ‘corpo’, e se ainda muitas vezes as próprias lideranças facilitam esse modo de viver na igreja, esse espaço religioso pode tornar-se inexpressivo e inseguro. Pedro Felix Bassini é um sacerdote diocesano e psicólogo e expos seu pensamento sobre este assunto alertando que

em relação às religiões tradicionais – cristãs ou não cristãs -, católicos ou protestantes perderam muito espaço com doutrinas radicais e esqueceram a pessoa como um todo na sua individualidade e particularidade (DUARTE, 2000, p 497).

Nas pesquisas e estudos que colaboraram com este trabalho, diversos textos apontaram para o benefício de um ambiente religioso de apoio, ajuda mútua e acolhimento. Certamente o destaque à frase de Bassini não foi trazida para fechar a questão mas ela nos serve de alerta no sentido de que contribuem para esta dissertação textos de estudiosos de regiões diferentes do mundo, com sistemas culturais e de crenças não uniformes e a realidade vivida pelo sujeito de nossa pesquisa revela que essa relação na comunidade protestante nem sempre é experimentada como um ‘corpo’, uma unidade; mas por vezes ela pode ser feita de partes do corpo separadas entre si. Neste caso, foi descrito o relato de AMETISTA que devido à sua condição de depressão,

sofreu com acusações das próprias pessoas de sua igreja sobre sua fraqueza espiritual e sua condição de pecadora; imprime-se neste caso uma diferenciação dos que são melhores e mais fortes dos mais fracos e despreparados, há também uma rejeição!

O reflexo do que RUBI passou foi sentido na comunhão e participação dos trabalhos de sua igreja pois como ela afirma: “não me sinto mais à vontade na igreja. Não faz sentido ir a almoços, festinhas. Por não estar em comunhão não tomo mais a santa ceia. Me sinto bem indo para os estudos da Escola Bíblica Dominical e os estudos bíblicos”. Não participar da ceia para o protestante reformado é um fato difícil pois é um dos momentos ímpares na igreja quanto à comunhão com Deus, mas RUBI se submete a essa perda por não estar em comunhão. Note-se com ar crítico que mesmo aqui, a culpa está, nos parece, sobre ela mesma e não sobre os demais da igreja que a rejeitam, pois todos continuam participando da ceia e ela não, a penalização ainda está sobre ela.

Outro diferencial apresentado por RUBI é que a religião horizontal permeada por homens continuava não contribuindo para sua qualidade de vida mas no tocante à religiosidade, o que estava ajudando é saber que apesar de estar afastada dos irmãos, “o Senhor nunca esteve afastado de mim nesses 60 anos de vida”. Diversos relatos apontam para pessoas que tiveram sua fé e espiritualidade abaladas em virtude dos desmandos e insensibilidade de suas lideranças e de seus próprios pares na igreja. Como saída, RUBI começou um processo de psicoterapia onde obteve liberdade para falar sobre esses fatos e ser ouvida, isso contribuiu em sua recuperação. E acrescenta mais: “além de ser ouvida, eu sou aceita e recebo uma devolutiva que traduz melhor minhas queixas e promove um melhor entendimento da situação vivenciada”. Essa frase se enquadra perfeitamente à do psicólogo Ageu Lisboa quando fala sobre o abuso religioso, ele diz: “precisamos descobrir relacionamentos terapêuticos que nos meus sofrimentos e transtornos me digam: ‘Conte com o meu silêncio, conte com a minha amizade, conte com as minhas orações’ (LISBOA, apud CESAR, 2009 p 153). Ele encerra sua fala dizendo que é isso que cura as pessoas e RUBI ao responder à questão sobre o papel da fé na superação da doença, diz que “Deus manda amigos quando precisamos”.

Esse episódio ocorreu no ano de 2010 mas seus reflexos quanto à comunhão na igreja permanecem; ela que trabalha na área da saúde e também possui cargo em sua igreja, crê que a religião é Deus procurando o homem através de Jesus e encontrando-o. “Em Jesus o problema do pecado é resolvido e meu espírito se alegra em Deus, meu Salvador. Tenho na Bíblia orientações para manter-me física, social e emocionalmente saudável. Quanto ao sofrer espiritual, confesso pecados, geralmente melhora”. O processo terapêutico pelo qual passou a auxiliou a reformular pensamentos, emoções e deu-lhe a possibilidade de ampliar sua visão sobre o problema, ver-se dentro da situação e que não era rejeitada por todos pois havia um pensamento generalizado e acima de tudo, o que lhe deu mais conforto foi perceber que Deus se importava com ela e cuidava dela, inclusive mandando amigos e profissionais para este fim.

AMETISTA, membro da IURD, embora estivesse sofrendo de dificuldades emocionais desde sua separação, vivenciava esses altos e baixos mesmo estando na igreja. O estado depressivo a tolheu de diversas atividades em sua rotina diária, desde os trabalhos de sua empresa, com a filha, até seus compromissos na igreja onde era obreira. Quando questionada sobre o quanto a religião contribuía em sua qualidade de vida, foi enfática em dizer que “a religião é necessária porque é um caminho para ouvir a Palavra, mas o que me ajudou a melhorar na saúde foi entender que a Palavra é verdadeira. A religião em si não é garantia de qualidade de vida. Ela pode ser vivida com pureza, singeleza e promover o bem mas ela pode também ser mal interpretada e pode ser prejudicial no convívio com os homens e seus cargos na igreja”. A religião como instituição, a religião extrínseca com suas normas e formalidades e doutrinas, é citada aqui nesta pesquisa como um fator de risco. Neste ponto lembramo-nos dos posicionamentos feitos no livro ‘Feridos em nome de Deus’, onde a compreensão de algumas lideranças de igrejas evangélicas sobre alguns assuntos e doutrinas de como os fiéis devem agir e se comportar interferem nas ministrações e nos ensinamentos dos mesmos, muitas vezes impondo-lhes pensamentos e regras de comportamento que não fazem necessariamente parte dos ensinamentos registrados na Bíblia, instrumento e reguladora de fé e prática para os protestantes.

Outro relato diz respeito ao sentimento de angústia e culpa. Vergote trata a questão do sentimento de culpa designando-o como “a consciência afetiva do estado de falta moral no qual alguém se colocou pela ação ou pela intenção de cometê-la” (PAIVA, 2001, p136), além de também haver no outro a impressão do olhar que julga. Em situação de angústia vivia ÁGATA, 34 anos, membro da Igreja Videira que ao responder o questionário proposto, trouxe conteúdos muito conflitantes que lhe tiravam a paz. Uma confusão de sentimentos que experimentava com relação a uma amiga muito próxima. Uma confusão tão grande que a tornou dependente emocionalmente dela. A angústia era marcada pelo medo de estar passando por uma tendência homoafetiva que não fazia parte de seus princípios e que a imobilizava, impedindo-a de agir. Estava paralisada em todos os sentidos. Sentia-se culpada por seus sentimentos.

Há anos havia sido envolvida por uma outra moça da mesma igreja e acabaram tendo um relacionamento íntimo por meses, seu temor era que agora isso se cristalizasse e ela repetisse os mesmos passos, porque não entendia que era o correto, com a atual amiga que era casada e tinha filhos, porque mesmo assim continuou alimentando esse sentimento. Ela não achava que vivia com qualidade, mas também dizia que “a falta de qualidade não tem a ver com Deus ou com a religião”. Sabia que havia além dessa situação, muitas coisas boas em sua vida e para ela, eram provas da graça e do amor de Deus por si, mas “infelizmente não deixei de escolher coisas ruins por causa de Deus”. Essa situação a angustiava por diversos fatores inclusive por não ter espaço ou uma pessoa confiável em sua comunidade para expor sua dificuldade sem ser julgada, acusada ou até mesmo exposta à vista de todos os demais, afinal, ela já estava em luta consigo mesma por causa de suas escolhas e sabe que esta luta a estava afastando de Deus. Segundo Peres, “desamparo é uma palavra usada frequentemente pelos indivíduos traumatizados” (PERES, 2007, p 142), e ele mesmo cita estudos que sugerem que o aumento da esperança e diminuição do desespero podem contribuir para uma melhor saúde. ÁGATA encontrou na psicoterapia amparo e um espaço para falar sem o medo da exposição e julgamento. Seu terapeuta respeitava sua religiosidade e tratou disso como um fato importante em sua vida, o que

lhe trouxe alívio. Atualmente essa entrevistada consegue sorrir, consegue se culpar menos e finalmente percebeu que o medo dos julgamentos externos eram reflexo de seus próprios julgamentos para consigo mesma. Reavaliar essa questão lhe deu condições de buscar soluções em sua religiosidade e intensificando seu contato com o Sagrado, encontrou respostas para suas dúvidas e conseguiu retomar sua vida espiritual tanto em oração (que já não fazia) quanto no retorno às atividades da igreja; hoje vê sua amizade apenas como uma boa amizade.

Em outra entrevista, SAFIRA, 40 anos, membro da Igreja Presbiteriana do Brasil, sofria com a perda do foco de sua própria existência. Uma auto-estima baixíssima a cercava devido a experiências de traições com seu cônjuge. Não conseguia ver que ela era uma pessoa independente da pessoa de seu marido, era como se tivesse perdido sua identidade. Essa perda de sentido da vida a impede ainda hoje de tomar decisões, o que a deixa ansiosa e promove nela um sentimento de auto agressão e procrastinação; sente-se incapaz de dirigir sua vida. Para superar essa dificuldade SAFIRA também recorreu em uma fase da vida à psicoterapia e como há espaço para suas questões de fé, no acolhimento e no ser ouvida e no processo de se ouvir também, tem estado mais calma e aprendeu a respeitar seus limites, “omeço a ver que sou uma pessoa capaz de tomar as minhas decisões, decidir sem agredir”. Quando questionada à respeito da contribuição da religião para sua saúde, ela afirma “Creio que Deus me dá forças para prosseguir da melhor maneira com a minha vida. Sabendo disto não fico totalmente depressiva” e complementa dizendo que não é bem a religião formal que a ajuda, “a religião não me ajuda em nada! Saber que Deus cuida de mim me faz ficar tranquila”. Esse relato está ligado a uma questão anterior feita sobre a quem recorria em primeiro lugar quando adoecia, ao que SAFIRA respondeu: “eu recorro a Deus em primeiro lugar porque creio que Deus pode curar. Deus tem minha vida nas mãos dele e pode me curar e também indicar um tratamento para a cura”. A fé neste caso levou-a para além do formal, pois em seu caso, “ela me ajudou a superar”.

TURQUESA, 48 anos, membro da Igreja Presbiteriana do Brasil quando menina frequentava a Igreja Batista em sua cidade e quando questionada

sobre a contribuição da religião em sua qualidade de vida, lembra como essa era mínima, isso porque ela aprendeu que dentro da religião, quase tudo dependia dela. Ela tinha que buscar a Deus, ela tinha que crer, ter fé, ela tinha que ser paciente e esperar. Não que ela não concorde com isso, mas do modo como essa religiosidade lhe foi ensinada, ela é que tinha que dar o primeiro passo e ir até Deus e isso além de difícil, era por demais pesado. “a responsabilidade era toda minha, eu tinha que ser capaz de me chegar a Deus”.

Cresceu aprendendo que esse era o movimento correto. Esses conceitos causavam um stress tremendo no seu dia a dia, um desgaste pois ela não tinha condições plenas de satisfazer aquela exigência de sua religião. Continua dizendo como “lidar com o meu perfeccionismo e aceitar os meus erros sem me culpar” eram situações quase impossíveis para ela. E admite sua dificuldade ainda nos dias atuais ao dizer: “sou extremamente exigente comigo. Aceito bem o erro dos outros mas não o meu. Minha meta é sempre 100% e quando não atinjo, eu me culpo muito. Isso gera aborrecimento e desgastes para mim”.

Percebemos neste relato uma experiência ruim, um entendimento negativo gerando emoções e ações também danosas. Submetida a sessões de psicoterapia, TURQUESA relata ter havido uma melhora significativa nesta cobrança interna e no modo de ver sua relação com seu Deus. Neste caso, a terapia TCC a auxiliou a perceber que ela não era onipotente baseada em suas próprias informações doutrinárias e sim Deus o era. Percebeu também que as coisas aconteciam independente de seu querer. Ao ser confrontada com seus pensamentos referentes às suas questões religiosas teve a oportunidade de resignificá-las e este movimento tirou desses elementos o fator negativo, conferindo-lhe assim, aspectos positivos de enfrentamento religioso, suas crenças passaram a não ser meramente repetitivas mas ganharam sentido para sua vida. Aquela inquietação presente no momento do erro foi sendo paulatinamente alterada de maneira que ela admite que “se eu erro não é necessariamente porque eu quero”. Isso se traduz na possibilidade de passar a ver-se como uma pessoa normal, que não é infalível, um ser humano e aí sim fez sentido o ‘carecer da graça de Deus’. Estava na contra mão e conclui isto

afirmando que “não sou eu que vou até Deus e sim a misericórdia dele que me alcança e isso faz toda a diferença em minha vida”. Hoje a religião contribui em sua vida e maneira diferente pois ela a ajuda “primeiro porque é promessa Dele que vai cuidar de mim, então não importa qual seja a doença que venha, o que me acontecer...eu nunca estarei sozinha. A minha luta nunca será só”. A entrevistada afirma ter certeza de que Deus conhece seu coração e sabe também o tamanho de suas dores, essa concepção trouxe sentido à sua vida.

Para OPALA, saúde é tudo. Nunca teve tantas experiências com doenças ao longo de sua vida, mas diz que não tem dificuldades em consultar-se com médicos. Prefere e em primeiro lugar recorre a Deus em oração quando adocece por considerá-lo segundo suas próprias palavras “o dono de minha vida”. Ela supera suas dificuldades com a expectativa de que Deus irá cuidar dela. OPALA tem 64 anos de idade, hoje é membro da Igreja Cristã Presbiteriana e tem convivido duramente com artrite reumatoide, uma doença que não tem cura e que mexeu muito com sua vaidade pois deformou suas mãos e lhe causa muitas dores. Questionada como conseguiu superar essa dificuldade, ela diz que olhou para trás. Fez dessa situação um aprimoramento espiritual também vendo que existem situações piores que a dela e aliado a isso, investiu maior tempo na leitura da Bíblia e nos relacionamentos com pessoas na igreja. “Eu não posso fazer nada para mudar essa realidade concreta, então descansei e estou em paz”. A fé e confiança de OPALA foram fundamentais para uma visão mais equilibrada e proporcionaram um enfrentamento positivo diante da doença, aparece aqui o estilo de coping da renúncia, que é classificado como positivo.

ESMERALDA de 34 anos é membro desde os 5 anos da Igreja Evangélica Assembléia de Deus, se considera uma pessoa muito saudável apesar de ser alérgica. Ela associa saúde especificamente ao físico. Não tem dificuldades em procurar ajuda médica se for necessário, mas lembra que sua saúde também é boa porque sua religião a ensinou “a ter autocontrole e evitar vícios que são prejudiciais ao corpo (cigarro, bebidas e glotonaria)”. ESMERALDA relata em sua entrevista uma experiência sobrenatural de cura aos seus 12 anos de idade. Naquela idade teve uma dor muito forte de garganta e surgiu um caroço em seu pescoço do lado direito. Não era caxumba

e aquilo lhe causava muita vergonha porque precisava ir à escola e todos ficavam olhando para ela. A mãe a levou ao médico e lembra como temia uma cirurgia mas as perspectivas não eram boas. Após uma consulta ela lembra que de madrugada levantou-se e se pôs em oração e naquele momento, pediu a Deus que a curasse do que tinha no pescoço. Fez isso porque já tinha ouvido na igreja vários testemunhos de cura e ela crê que Deus ouviu a sua oração. Aquele caroço que tinha um diagnóstico negativo, foi regredindo até desaparecer por completo, em retorno médico lembra-se da expressão de espanto de seu médico. Naquela madrugada ao orar ela fez um voto, ou seja, prometeu a Deus que se ele a curasse daria seu testemunho publicamente. Curiosamente, após estar curada ela se esqueceu de cumprir seu voto e por causa disto passou por outra experiência que alicerçou mais sua fé.

ESMERALDA havia ido a uma outra igreja num 'Círculo de Oração' com sua mãe e num dado momento a mulher que estava dirigindo aquela reunião olhou fixamente para ela e disse: "Moça, Deus manda dizer que você tem algo a dizer" e diz que seu coração disparou porque ela não havia contado sobre sua oração pela cura e seu voto a ninguém, naquele momento "éramos eu e Deus". Se levantou para testemunhar e após seu testemunho, "a irmã disse que Deus tinha mostrado a ela que eu tinha sido curada por ele naquela mesma madrugada em que eu orei e que ele me curou de câncer. Milagres acontecem, não se explicam". Essa é a fé que nos momentos de doença a faz ter esperança e ainda se refugia em versículos bíblicos que lhe dão conforto emocional e alivia-se fazendo suas orações. Termina sua entrevista compartilhando que há um ano e meio quando se sente abalada ou em desespero, fala em voz alta o seguinte versículo: "Deus é o meu refúgio e fortaleza, socorro bem presente na hora da tribulação" (Salmo 46.1).

Esperança de que um relacionamento amoroso pudesse dar certo fez com que GRANADA de 49 anos, membro atualmente da Comunidade da Graça se entregasse por completo a uma pessoa que na verdade não lhe oferecia nada a não ser migalhas. Essa relação a paralisou por completo, parou sua vida à espera de que essa pessoa lhe desse um retorno. Em meio a uma situação de péssima qualidade de vida, GRANADA afirma que a religião a "fez ver o verdadeiro valor que minha vida tem para Deus". Procurou ajuda

psicológica e a psicoterapia acabou fortalecendo seu valor pessoal. Ela afirma que a religião ajuda na sua saúde porque a ajuda a “manter equilibradas minhas emoções e meu corpo. Ela me proporciona paz, fé é a certeza de que Deus está comigo”, assim ela se sente renovada física e mentalmente. Em 2011 por conta desse relacionamento afetivo acabou tendo diagnóstico de depressão mas que hoje está curada e essa superação se deu com sua fé em Deus, orações mais intensas e também pela ajuda psicológica que obteve. Diante de pressões que ainda continua a sofrer como o stress em seu trabalho como oficial de justiça com prazos curtos e cobranças de entrega dos mesmos, a criação dos dois filhos sem um marido e tantas outras situações difíceis que vivencia, não sucumbiu à depressão novamente, mesmo experimentando o luto da mãe que era um esteio para si.

Problemas financeiros geraram uma baixa estima tão grande na vida de ÁGUA MARINHA de 35 anos, membro da Igreja Presbiteriana do Brasil que ela acabou perdendo toda sua motivação para trabalhar. Enfrentou uma vergonha interna por ter se tornado uma devedora, acreditando inclusive que esta informação estava estampada em seu rosto. Um momento tão confuso que ela afirma: “comecei a achar que meus problemas eram uma punição de algo errado”. De fato, as religiões têm grande influência nas qualidades humanas das civilizações e por causa de seus conteúdos, podem gerar nessas civilizações certos tipos de patologia, por exemplo, as religiões judaico-cristãs das quais fazem parte os protestantes, são indicadas como promotoras de sentimento de culpa através da vergonha do erro/pecado. A vergonha está ligada à autoimagem, confere um significado de inferioridade geral: física, moral, social, intelectual. Foram meses com essa culpa sobre si e sobre seu esposo. Culpa que ela mesma se atribuía. Saúde para ela é o bem estar geral, e ela não tinha bem estar, só confusão e vergonha.

Mesmo procurando a Deus em suas dificuldades, tinha dificuldade em superar aquele peso. Recebeu uma indicação e procurou uma terapia que a ajudou a organizar suas ideias. Havia aprendido com bastante severidade que jamais poderia desapontar a Deus (o que é, humanamente, um grande peso) e estar incorrendo num erro como o de sua quase falência, incorria na situação de não ser apreciada e admirada tanto por Deus como pelas demais pessoas,

por isso ela mesma se tratava com humilhação. Interessante a constatação que em sua terapia ela relata uma experiência nova: “entendi que a religião é o meu aconchego e que meus problemas são consequências de decisões mal tomadas” e para erros há um começar de novo, aprender com os erros é também uma possibilidade. Passou a buscar socorro também em suas leituras bíblicas com reflexões de mais qualidade. Ela afirma que a religião a ajuda a encontrar e manter o equilíbrio, a fé trouxe esperança para procurar ajuda e que para superar essa tensão pela qual passou, talvez tenha tido a oportunidade de conhecer um outro atributo de seu Deus, que além de justo é também misericordioso. A entrevistada percebe neste processo pela cura, como foi também importante a associação com a ajuda profissional, ainda mais porque suas crenças foram respeitadas.

Por fim, TOPÁZIO de 36 anos, pertencente à Igreja O Brasil para Cristo, se detém em maior parte em suas respostas no foco da saúde como um bem estar físico e principalmente não se queixar de dores. Talvez sua preocupação tão grande com o bem estar físico ou o medo de sentir dores a leve na maioria das vezes a investigar a natureza de seu mal estar, recorre primeiro aos médicos e se não representar nada tão relevante, busca a Cristo que qualifica como o primeiro médico em sua vida. TOPÁZIO alega que a religião ajuda em sua saúde porque promove fé “e assim, tem a certeza de que Deus está sempre no controle da situação pois sempre busca sua ajuda”. Diz que a fé é o alicerce para ela continuar e ter esperança de que vai sair de situações difíceis com a ajuda de Deus e de acordo com a vontade dele. Acha os remédios também úteis mas crê que o impossível só Deus pode fazer, então, “façamos a nossa parte que Deus fará a Dele”. Ela entende que “entregar tudo nas mãos do Pai”, seja a cura esperada ou não, “o nosso conforto é saber que Deus está conosco”, se o corpo morrer, seu espírito será vivificado em Cristo, esse é seu consolo e motivo de sua paz. A expectativa do celeste porvir que desde a inserção do protestantismo no Brasil já era ensinada e estimulada aos cristãos.

Esses relatos trouxeram à pesquisadora alguns questionamentos em torno da convergência entre a psicologia e a religião, principalmente porque o efeito das psicoterapias podem ter resultados diferentes se considerarmos que a religião pode ter sua adesão por necessidade mas também por desejo, ou

seja, por conveniência ou por convicção, as crenças religiosas assim podem representar um peso/obrigação o que viabiliza modelos de enfrentamento negativos, de agravamento e pouca adaptação; mas se essas crenças forem absorvidas com entendimento e se tornarem reais na dinâmica de vida, transformar-se-ão em ferramentas positivas para o enfrentamento, a resolução dos problemas, o caminho da resiliência. Neste sentido, Paiva aponta que ao psicólogo “não cabe ajuizar da realidade extra-humana do objeto desse desejo. Mas cabe-lhe levar em conta, como objeto de observação, explicação e interpretação, a realidade desse desejo humano” (PAIVA, 2001, p 125).

Assim, não é pelo simples ato de ouvir ou julgar, mas sim pela observação, pelo ouvir com qualidade e com boas intervenções buscando a participação das pessoas que a psicologia pode facilitar inclusive na reordenação de pensamentos baseados em crenças e promover um diálogo diferente e mais proveitoso entre a ciência e a religião, neste caso da pesquisa, beneficiando a saúde dos indivíduos.

4.2.1 Critérios de Categorização

Os resultados finais da análise de conteúdo que serão apresentados e discutidos neste momento foram obtidos após um estudo e leitura minuciosa de identificação e separação de frases e/ou palavras-chave de cada uma das 12 entrevistas realizadas. Elaborou-se então uma listagem destas palavras e frases objetivando facilitar o agrupamento das mesmas em categorias.

O conteúdo dessas categorias foi construído a partir da repetição de palavras/frases iguais, e também com diferentes palavras e frases mas que tivessem sentido semelhante entre si. Além desse critério, também verificou-se a presença dessas palavras/frases de maneira repetida ou com sentido semelhante, em pelo menos 4 das 12 entrevistas realizadas.

4.2.2 Núcleos Temáticos

O quadro 1 apresenta os 8 Núcleos Temáticos, produto final do processo analítico da sistematização do conteúdo das categorias citado acima.

QUADRO 3 – NÚCLEOS TEMÁTICOS

NÚCLEOS TEMÁTICOS	
Tema	Frases/Palavras-Chave
1. QUEIXA PRINCIPAL	<p>Autos e baixos emocionais “Auto estima baixa” “Ferida emocional, ansiedade generalizada” “Confusão de sentimentos” “eu me sinto rejeitada pela igreja” “pesadelos contínuos” “medo de ficar louca” “interesse amoroso por um homem que nada queria me oferecer a não ser migalhas” “vergonha”</p>
2. RELIGIÃO E QUALIDADE DE VIDA	<p>“a religião em si não é garantia de qualidade” “Deus me dá forças para prosseguir” “a falta de qualidade não tem a ver com religião ou com Deus” “não deixei de escolher coisas ruins por causa de Deus” “hoje não está contribuindo porque a igreja está fazendo o mesmo papel do mundo: a rejeição” “a contribuição é muito pequena...aprendi desde pequena que eu é que tinha que dar o primeiro passo e ir até Deus” “a religião me fez ver o verdadeiro valor que minha vida tem para Deus” “entender que Deus cuida de mim sempre”</p>

<p>3. PSICOTERAPIA E QUALIDADE DE VIDA</p>	<p>“quebrar o paradigma de que a psicologia não deveria servir para o cristão” “ajuda a me conhecer melhor...analisar melhor os fatos” “começo a ver que sou uma pessoa capaz de tomar minhas decisões” “Decidir sem agredir” “me trazendo alívio” “poder falar e saber que não seria julgada ou exposta me tirou um peso muito grande” “sou ouvida” “sou aceita e recebo uma devolutiva” “ajudou a ver que eu acreditava em coisas que não faziam sentido em minha vida” “ajudou a organizar minhas ideias, enxergar minhas fraquezas e administrar melhor meus impasses”</p>
<p>4. CONCEITO DE SAÚDE</p>	<p>“Equilíbrio”; “boa disposição” “estar ativa, consciente” “funções vitais funcionando” “ausência de doenças” “harmonia comigo mesma, com a sociedade, comunidade, com o Universo e com Deus” “bem estar físico, mental e emocional” “mente e corpo em equilíbrio” “não estar sentindo dores”</p>
<p>5. RELIGIÃO E SAÚDE</p>	<p>“estar em comunhão com Deus” “me faz ter fé e a fé me faz mais forte e ter esperança” “a religião não ajuda em nada. Saber que Deus cuida de mim me faz ficar tranquila” “não acho que ajuda” “religião é o homem procurando Deus sem poder encontrá-lo” “a promessa de Deus que ele vai cuidar de mim...eu nunca estarei sozinha” “me dá esperança e ajuda a controlar o medo e a insegurança” “Deus vai cuidar de mim” “ajuda a ensinar a ter autocontrole e evitar vícios” “me apego a versículos que trazem esperança e conforto” “desabafo em minhas orações”; “equilibra minha emoções” “proporciona paz, fé e certeza de Deus comigo” “certeza que Deus está no controle” “ajuda se eu agir a minha fé” “faço a vontade Dele e isso ajuda na minha saúde”</p>

<p>6. RELIGIÃO E SUPERAÇÃO</p>	<p>“entrega de sacrifício no altar” “nada acontece sem a permissão de Deus, se tiver que passar vou passar” “senti-me acolhida” “entender que eu não estou no controle mas Deus está” “fiz da doença um aprimoramento espiritual” “descansei em Deus” “a fé me ajudou a superar” “fé, oração e busca de ajuda psicológica”</p>
<p>7. FÉ E SAÚDE</p>	<p>“a fé gerada em Deus te dá maior poder” “crer não é em vão” “a fé é o que diz que a situação pode mudar” “Deus manda amigos quando precisamos” “a fé me traz esperança” “fé é fundamental, consegui obter equilíbrio e me trouxe paz” “foi primordial para renovar meus pensamentos e não sucumbir diante da situação” “a fé é o que traz a esperança para procurar ajuda” “alicerce para continuar a ter esperança, conforto, grande paz e consolo” “fortalecimento” “orar, dobrar os joelhos e não aceitar aquela situação”</p>
<p>8. RELIGIÃO E MEDICAÇÃO</p>	<p>“Deus permite a cura com uma intervenção simples” “o remédio age no foco da doença” “eles tratam minha doença, a fé me dá esperança” “um não anula o outro” “o remédio também é importante” “traz alívio dos sintomas físicos” “deve tomar em caso de necessidade e por um prazo” “um não desmerece o outro”</p>

Fonte: quadro elaborado pela pesquisadora através de análise de conteúdo das entrevistas

4.2.3 Análise dos temas apresentados na tabela

Esta sessão é destinada à análise dos núcleos temáticos sugeridos nesta pesquisa, um a um serão pontuados e analisados de maneira qualitativa

quanto a seus aspectos positivos e negativos dentro da situação de enfrentamento da doença.

O primeiro núcleo denominado '*Queixa Principal*' faz referência ao desconforto sentido pelos sujeitos naquele momento de sua vida, esse tema teve como objetivo também, entender como essas situações interferiam em suas vidas. Então, como se esperava, os resultados colhidos neste primeiro tema são negativos porque fazem alusão a situações de desconforto pessoal, percebe-se

no entanto, desconfortos diversificados. Ora físicos, emocionais, morais, espirituais e relacionais, todos porém, revelam situações de stress vividos através de instabilidade, rebaixamento de humor, descompensação emocional, diminuição da qualidade de vida e bem estar.

Além dos aspectos físicos e biológicos, fatores psicossociais podem ser os responsáveis pela causa de stress em pessoas interferindo inclusive em piores hábitos de saúde; com esta pergunta inicial pudemos localizar problemas reais enfrentados pelos sujeitos e ter um ponto de partida para as demais questões da pesquisa.

Contrariando a hipótese inicial desta pesquisa, a questão 2 destinou-se à verificação da *associação da religião com a qualidade de vida* e a maioria das respostas coletadas sugeriu que a associação não é boa. A hipótese inicial era a de que a religião produziria um efeito positivo na qualidade de vida das pessoas, no entanto, durante a tabulação das respostas não se pôde observar isto, as respostas tornaram a hipótese inicial em uma perspectiva negativa. Parece que a religião vista sob o aspecto institucional não garante qualidade de vida 100%, um dos sujeitos relatou que "a religião pode ser vivida com pureza, singeleza e promover o bem mas ela pode ser prejudicial no convívio com os homens". No decorrer do segundo capítulo discorreu-se sobre esta questão quando foi trazida a comparação entre a religião extrínseca e a religião intrínseca. As definições podem causar algum estranhamento por sua nomenclatura, mas de fato, uma se refere à religião relacionada à parte externa do indivíduo, ou seja, sua denominação de igreja, as doutrinas, as regras, o relacional, a porção da religiosidade que é expressa socialmente. Já foi

inclusive escrito que a religião extrínseca pode ter outros objetivos que não só a adoração e intimidade com o Sagrado. Diferentemente, a religião experimentada intrínsecamente é pessoal, particular, é um ato vivencial de colocar em prática o que se crê. Sair do teórico e experimentar realmente o que se professa, e esse estilo de religiosidade está mais intimamente ligado à fé propriamente dita. Estará a crença religiosa ligada à religião extrínseca e a espiritualidade à religião intrínseca? De fato, tendo esse resultado negativo abre-se um espaço para perceber que nas influências das crenças protestantes, a religião pode promover e também pode não promover o bem estar que está ligado à saúde.

O terceiro núcleo temático trabalhou frases que entrecruzaram a *psicoterapia com a qualidade de vida*. Neste item somente responderam a questão os sujeitos que já haviam passado por algum processo psicoterapêutico, portanto, ele não está representado pelas respostas dos 12 sujeitos em questão. Analisando as respostas da tabela acima, pode-se perceber muitos aspectos positivos quanto à ação da psicoterapia na qualidade de vida. As respostas demonstraram que o auxílio psicológico facilitou um reconhecimento de si mesmo, deram condições de retomada de ações dos indivíduos com relação a suas próprias vidas e de certo modo, propiciaram uma atenção e sigilo não encontrado em outros relacionamentos, inclusive em suas igrejas. O respeito recebido pelos profissionais da área da saúde facilitou a reorganização de ideias e a tomada de decisões de maneira mais madura, menos agressiva, que no entendimento da leitura das respostas, beneficiou-os em seus problemas.

Quanto ao *conceito de saúde* dos entrevistados, 4º tema proposto na pesquisa, as respostas estiveram muito próximas e indicaram a visão de um estado de equilíbrio e harmonia. As respostas não se fixaram apenas no bem estar físico, as respostas ampliam a visão também para os aspectos emocional, espiritual e relacional. Boa disposição e estar ativo também são para os entrevistados, provas de saúde.

No 5º tema, relacionado à *Religião e Saúde*, diferentemente do núcleo em que tratamos da religião e qualidade de vida, as respostas foram positivas.

Aparentemente, considerando as respostas obtidas no segundo tema, poderíamos esperar as mesmas colocações, mas não, nesta sessão, a religião aparece como instrumento de produção de um estado de vida mais saudável. Essa evidência aparece em 12 das frases destacadas. Das respostas finais, apenas 3 continuaram afirmando que a religião não ajuda, porém, as outras 9 respostas associam a religião e a saúde sob o prisma de um contato espiritual consistente, elas revelam essa ajuda através da religião no sentido de ter comunhão com Deus, pelo fato dela promover em suas vidas a fé e a esperança, a certeza de que Deus cuida e sempre cuidará, além de ajudar com o ensino de auto controle e de afastar de vícios. Outro item importante indicado nas respostas pela qual a religião ajuda na saúde foram as orações e leitura e memorização de versículos. Compreendemos então que a religião considerada neste núcleo 5 parece diferir da apresentada na questão 2.

Talvez estejamos vendo representado aqui o que David J. Hufford, uma autoridade nas humanidades médicas citado por Koenig, definiu após suas pesquisas feitas com tradições orientais, porém em termos de espiritualidade e religião, aplicável a outras também, ele define a espiritualidade como a “relação pessoal com o transcendental” e a religião como “os aspectos comunitários e institucionais da espiritualidade” (HUFFORD, apud KOENIG, 2012 p 16).

Palavras como conforto, paz interior, consolo, fé e esperança, agir da fé, cuidado de Deus estão para além do pensamento de regras e sim apontam para o viver de uma espiritualidade, experimentar os efeitos da espiritualidade no dia a dia. Uma religiosidade intrínseca, ou seja, esse contato maior com a espiritualidade em si, experiência com o Sagrado em si.

O 6º tema trabalhado faz menção ao *uso da religião na superação de doenças*. Encontrou-se neste tópico, respostas quanto ao enfrentamento da situação que remetem aos estilos de coping religioso/espiritual positivos, ou seja, aqueles que segundo as próprias análises feitas por Pargament e descritas com detalhes no capítulo 2, abrangem estratégias que proporcionam efeitos benéficos em seus praticantes. As estratégias percebidas em maior representatividade são as de colaboração e de renúncia. É perceptível nos relatos a busca do amor e proteção de Deus, a redefinição do elemento

estressor como benéfico (para aprimoramento espiritual) e mesmo o intenso movimento de entrega e dependência de Deus e as orações. Assim, para os sujeitos entrevistados, a religião tem efeitos positivos no que diz respeito à superação frente à doença e outros elementos estressores por oferecer algumas estratégias de enfrentamento que não são simplesmente passivas, envolvendo da parte do fiel uma série de comportamentos, emoções, pensamentos que auxiliam no controle, conforto espiritual, intimidade com Deus, esperança.

A *relação entre Fé e Saúde* proposta no 7º núcleo temático é bastante positiva. Geralmente a fé está associada à esperança, certezas ainda não palpáveis em meio a situações de incertezas reais. É como uma mola propulsora que lança aquele que crê para frente, não permite sucumbir diante da adversidade. A fé é uma palavra que aparece muito nos livros religiosos, certamente é ensinada aos protestantes e ela é definida na Bíblia na epístola aos Hebreus como “a certeza de coisas que se esperam, a convicção de fatos que se não veem”. Fé não nos parece algo lógico, tem uma conotação sobrenatural, crer/confiar com esperança. Esse ensinamento é um alicerce para o caminho da resiliência, flexibilidade e não derrotismo frente a situações adversas da vida, inclusive de doenças com alto risco e terminais. A esperança principal que o protestante tem é o da esperança da vida eterna, principalmente o protestante histórico ou tradicional. Neste ponto há uma observação quanto aos protestantes de origem neopentecostais pois esses se fixam mais nas benesses da vida presente. Essa é uma questão crucial na comparação entre as crenças protestantes pois o pentecostalismo e o neopentecostalismo parecem desafiar os protestantes históricos no que diz respeito a questionar essa fé, “aparecem como a voz que os acusa de não terem fé suficiente para que Deus opere os milagres de cura, prosperidade e restauração” (PINEZI, 2009, p 204). O relato enfático de um sujeito neopentecostal foi de que deve-se orar, dobrar os joelhos e não aceitar aquela situação. É um tipo de fé que parece pedir a ação do que crê, por isso a expressão usada na IURD, agir a fé. De qualquer maneira, as declarações foram positivas quanto ao uso da fé nos assuntos relacionados à saúde.

O último núcleo temático proposto foi intitulado *Religião e Medicação*, esse tema foi lançado na busca de perceber-se se os protestantes veem importância nos tratamentos médicos disponíveis para auxiliar na cura das enfermidades. Os remédios foram associados a doenças ou dores físicas, por isso são tomados mas para um fim específico e por tempo determinado, ou seja, o remédio não deve ser administrado para qualquer coisa. Nos relatos de experiências de dois sujeitos pertencentes a igrejas neopentecostais, remédios não devem ser usados para depressão pois não creem que a depressão seja uma doença por isso não há remédio para tratar algo que é espiritual. A maioria dos entrevistados no entanto, reconhecem a utilidade dos medicamentos, fazem uso quando necessário e consideram sua importância juntamente com a fé na recuperação da saúde. "Um não anula o outro" afirmou TURQUESA. Isso remete a um resultado positivo destas respostas pois garantem a não obstrução de um tratamento medicamentoso também eficaz quando isso se faz necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho envolto em leituras, pesquisas, entrevistas e observação, o maior registro que pode ser deixado é o quanto ele foi capaz de proporcionar crescimento e motivação para ampliar os estudos nesta área; favorecer avanços significativos no estudo da religião/espiritualidade e envolver outras áreas científicas neste mesmo sentido.

Ao umbuir-se do propósito de identificar se as crenças protestantes oferecem alguma influência quanto à promoção da saúde naquele que crê, chega-se ao final deste trabalho com a certeza de que pôde-se de fato contribuir para uma visão mais próxima da realidade, não baseada em superstições ou rótulos, mas sim, uma visão que respeita, observa e traz dados empíricos do ethos dos sujeitos que colaboraram com esta pesquisa.

A revisão de literatura feita principalmente com artigos e estudos específicos sobre a utilização do Coping Religioso Espiritual reforçou ainda mais a tese de que a religiosidade pode de fato alavancar uma ação beneficiadora sendo uma ferramenta poderosa no sentido do enfrentamento e resolução de problemas.

Essa pesquisa se ateve principalmente em aspectos de saúde e mesmo tendo sido uma amostra pequena e singela com 12 sujeitos, revelou resultados significativamente positivos na maioria dos casos investigados, demonstrando que as crenças reforçadas pela fé e não por conveniência atuam na promoção do bem estar, de condições de vida mais saudáveis e de um posicionamento mais equilibrado diante do stress causado por doenças e situações de enfermidade, gerando um CRE positivo.

A pesquisa também apontou situações negativas, onde principalmente a religião enquanto instituição e até mesmo a convivência com as pessoas na igreja influenciaram de maneira negativa na saúde emocional e posteriormente física dos entrevistados. Estes somaram 25% do total de sujeitos, mas quando o assunto voltou-se para a questão da fé e do viver a espiritualidade na superação dos elementos estressores (inclusive a enfermidade), os próprios resultados foram reconsiderados com outra forma de resposta, uma resposta mais positiva.

Os relatos de experiências obtidos levam à confirmação de que a convergência entre Psicologia e Religião cooperam para a saúde integral do indivíduo quando as duas áreas se respeitam mas principalmente, respeitam o sujeito em questão.

As pesquisas no Brasil têm sido pequenas nesta área se comparadas à grande quantidade de material existente nos Estados Unidos, literatura com base empírica e que é norteadora de muitos profissionais da saúde, multidisciplinarmente em sua atuação com pacientes de diversos tipos de patologia. Os resultados observados nos capítulos 2 e 3 desta pesquisa demonstram os benefícios que a própria equipe da saúde alcança valorizando esta poderosa ferramenta no enfrentamento/coping, os aspectos da religiosidade e os caminhos da fé dos pacientes.

Muitas dessas boas obras já se encontram traduzidas e seu fácil acesso pode estimular novos pesquisadores e profissionais da área médica a tomar contato com esse campo que ainda parece estar na primeira infância, ou seja, essa associação entre os campos da religião, da espiritualidade e da saúde, e através deste contato e conhecimento, quem sabe, começar a implantação desses elementos na prática clínica.

Muitos pacientes são religiosos; muitos pacientes se submetem aos tratamentos oferecidos pela medicina mas também recorrem à sua religiosidade nos momentos de dor e angústia, valendo-se de suas orações e demais rituais que permeiam suas crenças na busca de esperança e cura. Essa é uma realidade que não pode ser negada pois ela é comprovada através dos vários estudos aqui relatados e inclusive das entrevistas que contribuíram com essa pesquisa.

De fato, observou-se que há semelhanças e não poucas divergências nas crenças religiosas envolvendo a saúde nos protestantismos estudados e elas fazem a diferença na maneira como são enfrentadas as dificuldades, quer seja negando-as, aceitando-as ou enfrentando-as positivamente.

Pretendeu-se assim, ampliar as possibilidades de um atendimento focado no conceito já difundido da humanização, considerando o espaço das crenças dos pacientes no seu processo do adoecer como no de obter a cura.

Esse estudo ofereceu um dado positivo no tocante à utilização das crenças protestantes na promoção da saúde, mas certamente não pretende esgotar o assunto, pelo contrário, seu caráter é o de abrir possibilidades para novas pesquisas, ampliando e aprofundando os estudos e pesquisas de campo e, quem sabe, contribuir também para o desenvolvimento de uma mentalidade mais preparada e treinada dos profissionais da saúde para lidar com essa realidade dos pacientes, integrando forças para uma convergência maior entre a religião e a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINI, Leonardo. **Enfermidade e Bem Estar: a fé pode ajudar?** São Paulo: Revista Diálogo, edição 64, pg 14 – 18, outubro/2011.
- BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade.** Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editora, 1998.
- BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** São Paulo: Rev Bras Psiquiatria, 2008.
- BENTON, John. **Cristãos em uma sociedade de consumo.** São Paulo: Editora Cultura Cristã, 2002.
- BÍBLIA DE ESTUDO DE GENEBRA, São Paulo: Editora Cultura Cristã, 2ª edição revista e ampliada, 2009.
- BOTELHO, J. B. **Medicina e Religião: conflito de competências.** Manaus: Metro Cúbico, 1991
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Os deuses do povo.** São Paulo: Brasiliense, 1980.
- BURNS, Bárbara; AZEVEDO, Décio; CARMINATI, PAULO B.F. **Costumes e Culturas: uma introdução à antropologia missionária.** São Paulo: Edições Vida Nova, 1988.
- CAMINHA, Renato M. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CAMPOS, Bernardo. **Da reforma protestante à pentecostalidade da igreja.** São Leopoldo/RS: Editora Sinodal, 2002.
- CATÃO, Francisco. **Deus.** São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- CESAR, Marília de Camargo. **Feridos em nome de Deus.** São Paulo: Mundo Cristão, 2009.
- CESAR, Waldo. **Pentecostalismo e futuro das igrejas cristãs.** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.
- CORDIOLI, Aristides V. **TOC Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo.** Porto Alegre: Artmed, 2007.
- DAMÁSIO, A. R. **O mistério da consciência.** São Paulo: Cia das Letras, 2000.
- DELUMEAU, Jean. **O pecado e o medo - a culpabilidade no ocidente (séculos 13 - 18).** Volume 1. Bauru: EDUSC, 2003.
- DUARTE, Yeda, A.O; DIOGO, Maria José D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa.** São Paulo: Paulus, 2008.

FARIA, Juliana B; SEIDL, Eliane M.F. **Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão de Literatura**. Brasília: Revista Psicologia: Reflexão e Crítica, pg 381-389, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br>, acessado em 10/06/2014.

FRESTON, Paul. **Pentecostalismo: seminário Unipop**. Pará: Universidade Federal do Pará. 1996.

GOBATTO, Caroline Amado; ARAUJO, Tereza C.C.F. **Coping Religioso-Espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia**. Rio de Janeiro: Revista SBPH, v. 13, número 1, pg 52-63, junho 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org>, acessado em 23/06/2014.

GOMES, Antônio Máspoli de Araújo. **Eclipse da Alma**. São Paulo: Fonte Editorial, 2010.

GONZÁLEZ, Justo L. **História Ilustrada do Cristianismo - a era dos dogmas e das dúvidas**. São Paulo: Vida Nova, volume 8, 1993.

GONZÁLEZ, Justo L. **História Ilustrada do Cristianismo**. São Paulo: Vida Nova, 2011.

HEIDER, F. **Psicologia das Relações Interpessoais**. São Paulo: EDUSP (traduzido), 1970.

KIERKEGAARD, Sören. **O conceito da angústia**. 2ª edição. Santa Maria de Lamas: Editorial Presença, s/data.

KOENIG, H.G. **Medicina, Religião e Saúde - o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM Editores, 2008.

KOENIG, H.G. **Religion and Medicine II: religion, mental health and related behaviors**. [S.I.]: Int J Psychiatry Med, 2001.

LISBOA, Sílvia. **Fé faz Bem**. São Paulo: Editora Abril, Revista Super Interessante, número 325, pg 40 a 48, novembro 2013.

LUNA, Sérgio Vasconcelos de. **Planejamento de Pesquisa, uma introdução**. São Paulo: EDUC 2000.

MENDONÇA, Antonio Gouvêa. **O celeste porvir**. São Paulo: EDUSP, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS - doutrinas e princípios**. Brasília/DF, 1990

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSus: atenção básica**. Brasília/DF, 2004, disponível no site bvsms.saude.gov.br.

MOTTA, Alessandra B; ENUMO, Sonia R,F. **Brincar no Hospital: câncer infantil e a avaliação do enfrentamento da hospitalização**. Espírito Santo: Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 2002, pg 23-41. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf>, acessado em 05/08/2014.

PAIVA, Geraldo. J. D. **Psicologia Cognitiva e Religião**. Revista de Estudos da Religião/PUC, São Paulo: jan. 2007,p. 183-191. Disponível no site http://www.pucsp.br/rever/rv1_2007, acessado em 10/08/2014.

PAIVA, Geraldo. J. D. **Entre necessidade e desejo - diálogos da psicologia com a religião**. São Paulo: Loyola, 2001.

PAIVA, Geraldo J. D. **Psicologia Cognitiva e Religião**. São Paulo: REVER Revista de Estudos da Religião PUC/SP, pp. 183-191, março 2007.

PAIVA, Geraldo J. D. **Algumas relações entre psicologia e religião**. Artigo disponível em <http://pepsic.bvsalud.org>, acessado em 06 de junho de 2014.

PANZINI, Raquel G.; BANDEIRA, Denise R. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (escala CRE): Elaboração e Validação de Constructo**. Maringá: Revista Psicologia em Estudo, vl 10, n 3, pg 507-516, set/dez 2005. Disponível no site <http://www.scielo.br>, acessado em 12/08/2014.

PANZINI, Raquel G.; BANDEIRA, Denise R. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. Rio Grande do Sul: Revista Psiquiatria Clínica 34, suplemento 1, 126-135, 2007. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br>, acessado em 07/09/2014.

PERES, Julio F.P.; SIMÃO, Manoel J.P.; NASELLO, Antonia G. **Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia**. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica 34, suplemento 1, pg 136-145, 2007. Disponível em <http://hcnet.usp.br>, acessado em 15/09/2014.

PIAGET, Jean. **Biologia e Conhecimento**. Petrópolis, RJ: Ed Vozes, 1996.

PINEZI, Ana Keila M. **O sentido da morte para protestantes e neopentecostais**. São Paulo: Paideia, maio-agosto 2009, volume 19, nº 43 páginas 199-209. Disponível em www.scielo.br/paideia. Acessado 20/10/2014.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais, um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SALGADO, Mauro Ivan, FREIRE, Gilson. **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008, capítulo 20 pg 427-443.

SIGMUND, Freud. **Cartas entre Freud & Pfister: um diálogo entre a psicanálise e a fé cristã**. Viçosa/MG: Editora Ultimato, 1998.

SIMONTHON, Ashbel Green. **O diário de Simonthon - 1852 - 1866**. São Paulo: Editora Cultura Cristã, 2002.

SMITH, Huston. **Por que a religião é importante**. São Paulo: Cultrix 2001.

WALSH, Froma. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Editora Roca, 2005.

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome (iniciais) _____

Idade Entre 18-30 anos () 31-40 anos () 41-50 () acima de 51-65 ()

Igreja em que congrega: _____

1- **Queixa Principal:** _____

2 - **Como essa situação de saúde/doença interfere na sua vida?**

3- **Como a religião contribui para a sua qualidade de vida, se contribui. Exemplifique:**

4- **Como a psicoterapia contribui para a sua qualidade de vida, se contribui. Exemplifique:** _____

5 – **Numa escala de 0 a 10, como você identifica o seu estado de saúde hoje?** _____

6 – **O que é saúde?** _____

7 – **Quando uma pessoa está com saúde?** _____

8 – **Quando uma pessoa está doente?** _____

9 – **A quem você recorre primeiro quando está doente? Por que?**

10 – No que a religião ajuda na sua saúde? _____

11 – Citar uma experiência de superação da doença (se tiver):

12 – Você já esteve doente? Como superou? _____

13 – Qual o papel da fé nesta situação? _____

14 – Qual é o papel dos remédios nesta situação? _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de pesquisa “AS INFLUÊNCIAS DAS CRENÇAS PROTESTANTES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL” que se propõe a avaliar a influência das crenças protestantes (histórico e pentecostal), observando o uso delas na vida prática e sua influência na promoção ou não da saúde dos pesquisados, relacionando as crenças religiosas com o enfrentamento da doença. Atentaremos na contribuição que a terapia cognitivo comportamental oferece na prática psicológica ao valorizar e respeitar os aspectos religiosos dos pacientes da pesquisa, onde associam sua espiritualidade nos processos de cura ou agravo da saúde. O objetivo geral do projeto é verificar o quanto as crenças religiosas tem significado e são usados na resolução de dificuldades, enfrentamento de doença e saúde; e finalmente, o quanto essa convergência entre psicologia e religião cooperam para a saúde do indivíduo.

Os instrumentos de avaliação serão aplicados pelo Pesquisador Responsável e tanto os instrumentos de coleta de dados quanto o contato interpessoal não oferecem riscos aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao Pesquisador Responsável para o esclarecimento de eventuais dúvidas (no endereço abaixo), e terá o direito de retirar a permissão para participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. As informações coletadas serão analisadas em conjunto com a de outros participantes e será garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), bem como a identificação do local da coleta de dados.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie** - Rua da Consolação, 896 - Ed. João Calvino - térreo. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária, e que, a qualquer momento tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar a permissão para participar da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Nome do Sujeito de Pesquisa:

Assinatura do Sujeito de Pesquisa

Declaro que expliquei ao Sujeito da Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Paula Bianchi Romer

Pesquisadora Responsável

Email: paulab.romer@uol.com.br

Fone: (11) 99691-1058

Antonio Máspoli de Araujo Gomes

Orientador

Email: maspolipeixe@yahoo.com.br

Fone: (11) 97111-5506

UNIVERSIDADE
PRESBITERIANA MACKENZIE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS INFLUÊNCIAS DAS CRENÇAS PROTESTANTES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE:
UMA ABORDAGEM COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Pesquisador: Antonio Maspoli de Araujo Gomea

Área Temática:

Versão:

CAAE: 30566814.0.0000.0084

Instituição Proponente: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 649.014

Data da Relatoria: 15/05/2014

Apresentação do Projeto:

A pesquisa pretende identificar se as crenças religiosas dos pacientes objeto da pesquisa são utilizadas pelos mesmos no enfrentamento de seus problemas, especialmente os de saúde, e quanto o recurso à psicologia aliado à religião pode contribuir para a saúde do indivíduo.

Objetivo da Pesquisa:

Transcrevem-se aqui os objetivos como colocados pela Pesquisadora - como abaixo observado, são necessários cuidados maiores com redação/digitação:

Objetivo Primário:

O objetivo primário deste projeto é estudar, observar e descrever o conjunto de crenças decorrentes da religião cristã protestante (histórico, pentecostais e neopentecostais) e observar ainda, através da prática psicológica em consultório, o quanto esses conteúdos religiosos em significado e são utilizados pelos pacientes na resolução de suas dificuldades, enfrentamento em contextos de doença e saúde, e finalmente, o quanto essa

convergência entre a psicologia e a religião pode contribuir para a saúde do indivíduo.

Endereço: Rua da Consolação, 896 - Mezanino

Bairro: Edifício João Calvino

CEP: 1302907

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11-)2114-8144

E-mail: copq@mackenzie.br

UNIVERSIDADE
PRESBITERIANA MACKENZIE



Continuação do Parecer: 649.014

Objetivo Secundário:

Compreender as crenças protestantes dos pacientes; descrever o papel da religião nas práticas psicológicas de trabalho na abordagem cognitivo comportamental, suas fundamentações e aplicações na saúde e como se relacionam com a religiosidade ; analisar as crenças religiosas no enfrentamento da saúde/doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não foram identificados riscos.

No que se refere aos benefícios, os pesquisadores acreditam que poderão contribuir para a integração entre fé e ciência, observando se a prática terapêutica aliada à prática religiosa dos paciente fornece aos mesmos ferramentas úteis e duráveis para tratamento de suas questões de saúde e outras dificuldades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nihil

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram satisfeitos

Recomendações:

Atentar para aspectos como digitação e redação nos documentos produzidos pela pesquisa e que foram um tanto quanto relegados a segundo plano na documentação apresentada até o momento - até mesmo o nome do orientador foi digitado erradamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nihil

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua da Consolação, 896 - Mezanino

Bairro: Edifício João Calvino

CEP: 1302907

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11-)2114-8144

E-mail: copq@mackenzie.br

UNIVERSIDADE
PRESBITERIANA MACKENZIE



Continuação do Parecer: 649.014

SAO PAULO, 15 de Maio de 2014

Assinado por:
Elizeu Coutinho de Macedo
(Coordenador)