



RELIGIÃO E SAÚDE: uma contribuição evangélica

Religion and health: an evangelic contribution

Agemir de Carvalho Dias

Doutor em História pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), professor de Teologia da Faculdade Evangélica do Paraná, diretor da Faculdade Teológica Sul Brasileira, Curitiba, PR - Brasil, e-mail: agemir@terra.com.br

Resumo

Este trabalho revisa algumas das pesquisas recentes feitas no Brasil que tratam da relação entre religião e saúde, pensando a questão da saúde a partir da perspectiva da qualidade de vida. Procura correlacionar a contribuição do pensamento teológico para o desenvolvimento de uma práxis religiosa que beneficia a saúde, com ênfase em uma vivência de fé, esperança e amor. Através do resgate da perspectiva humanista das igrejas evangélicas, analisa como a prática dessas instituições contribui para hábitos que beneficiam a qualidade de vida. Problematiza as ênfases dadas por alguns segmentos das igrejas evangélicas sobre a necessidade de evitar atitudes potencialmente prejudiciais à saúde, e de praticar atitudes que colaboram para a melhoria da qualidade de vida, propondo o desenvolvimento de uma teologia baseada no serviço diaconal. Conclui que a crítica da prática eclesial é uma tarefa teológica, e que o diálogo da teologia com as ciências da saúde é fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Saúde. Religião. Qualidade de vida. Teologia. Evangélicos.

Abstract

This paper reviews some recent researches about the relation between religion and health, thinking the health care problem throughout the concept of quality of life. It tries to correlate the contribution of theological thought to develop a religious praxis that brings benefits to health, emphasizing the living of faith, hope and love. Thru the rescue of the humanist perspective of evangelical churches, this work analyses how these institutions' practices contribute to improve quality of life. It problematizes the emphasis given by some churches' segments in needing to avoid potentially harmful health behavior, and in doing things that contribute to prosper quality of life, proposing the development of a theology based on diaconal service. It concludes that the critic of ecclesial practice is a theological task, and that the dialogue between theology and the health sciences is indispensable to improve the quality of people's life.

Keywords: Health. Religion. Quality of life. Theology. Evangelicals.

Un médecin n'est pas un évangéliste, mais il serait opportun qu'il ait toujours à l'esprit ces paroles du médecin Ambroise Paré: «Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours.» Et la consolation se révèle dans toute sa profondeur lorsqu'on arrive à l'orienter vers le *Christus medicus*.

(DOUMA, 2001)

INTRODUÇÃO

A relação entre religião e saúde não é um fenômeno apenas institucional, pelo qual diversas religiões tornam-se mantenedoras de hospitais. Cada vez mais, pesquisadores em diversas partes do mundo encontram relação entre prática religiosa e qualidade de vida e, conseqüentemente, saúde. Devemos pensar em

que medida a teologia pode contribuir para o desenvolvimento das ciências da saúde. Nesse sentido, devemos procurar os questionamentos que são feitos dentro do próprio campo da saúde. A inclusão de uma dimensão “espiritual” ou “não material” vem sendo alvo de discussões na Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 1983, na Assembleia Mundial de Saúde, essa questão foi levantada, propondo-se, inclusive, uma modificação do conceito de saúde para algo como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (FLECK et al., 2003, p. 447). Novamente o problema tornou-se metodológico: como medir espiritualidade, ou como estabelecer um indicador de bem-estar em que a dimensão religiosa esteja contemplada?

As diversas ciências da saúde não estabeleceram ainda um indicador adequado, mas o assunto está em discussão no Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, que inclusive já elaborou um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, um questionário contendo 100 itens, dos quais quatro se referem ao quesito “religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais”.

Esse questionário apresenta as seguintes perguntas teológicas: suas crenças pessoais dão sentido à sua vida? Em que medida você acha que sua vida tem sentido? Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades? Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida? Essas perguntas se tornaram instrumento metodológico para medir bem-estar e saúde, ou o que genericamente é chamado de qualidade de vida.

Muitos pesquisadores atualmente procuram esclarecer a relação entre fé e saúde. O presente artigo tem por intuito revisar algumas dessas pesquisas que são desenvolvidas no Brasil e estabelecer algumas contribuições da teologia para formação de uma práxis da saúde.

Religião e saúde

Um dos fatos mais importantes da modernidade foi a evolução dos recursos da medicina, que levou ao decréscimo acelerado da mortalidade por doenças infecto-contagiosas. Com isso houve um aumento expressivo da expectativa de vida e paulatinamente passou-se ao predomínio de doenças crônico-degenerativas, que não levam à morte imediatamente, mas acompanham a pessoa

durante anos de sua vida. Na medida em que o ser humano passou a viver mais, também passou a questionar os aspectos relacionados à qualidade dessa vida.

Assim, o conceito de saúde tem se tornado cada vez mais abrangente, incluindo aspectos que vão além do estado biológico. Não basta considerar mais a ausência de doenças para se referir à saúde. Também não se pode avaliar a saúde como um estado inerte a ser atingido, mas sim como uma evolução dinâmica através de níveis de bem-estar. Esse bem-estar, se mensurado, nos fornece o nível de qualidade de vida das pessoas. Essa mensuração foi proposta pela (OMS) através de um instrumento chamado WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life Instrument*), que é composto por 100 itens (FLECK et al., 1999).

O grupo que desenvolveu o WHOQOL-100 estabeleceu que, para conceituar qualidade de vida, pelo menos três aspectos eram fundamentais para serem observados:

- a) subjetividade;
- b) multidimensionalidade;
- c) presença de dimensões positivas e negativas.

O desenvolvimento desses elementos conduziu à definição de qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 1998). A multidimensionalidade, reconhecida nesse conceito, refletiu-se na estrutura do instrumento de mensuração da qualidade de vida baseada em seis domínios:

- a) físico;
- b) psicológico;
- c) nível de independência;
- d) relações sociais;
- e) meio ambiente;
- f) espiritualidade/religião/crenças pessoais.

A presença desse sexto domínio no instrumento da OMS demonstra uma mudança de paradigma na valoração desse fator por parte da ciência,

sobretudo da medicina, que até então adotava posturas que desconsideravam a questão da religiosidade ou opunham-se a ela, caracterizando as experiências religiosas dos pacientes como sinal de psicopatologia. Tal fato se deve à grande influência dos estudos de Freud sobre religião, nos quais apresenta a ideia de que essa seria para a vida social o que a neurose é para a vida individual. Freud ainda destacava a religião como recurso cultural de que o ser humano dispõe para lidar com o desamparo básico (DANTAS; PAVARIN; DALGALARRONDO, 1999).

Entretanto, para as ciências sociais e psicológicas contemporâneas, a religião não é mais vista como um sistema defensivo ou de alienação. Seu papel como instituição social, organizadora da experiência subjetiva, tem sido enfatizado tanto por cientistas sociais como por pesquisadores das áreas de saúde mental. Existem evidências crescentes de que a religiosidade está associada à saúde mental.

Em um estudo de revisão, citado por Fleck (2003, p. 447), sobre saúde mental, a religiosidade mostrou-se positiva em 50% dos casos e negativa em 25% deles. Ainda nessa revisão, “a religiosidade foi considerada como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais”.

Volcan e seus colaboradores sentem a dificuldade de definir espiritualidade e de como mensurá-la, pois a mesma aparece como uma percepção subjetiva do indivíduo em relação à sua crença. Nesse sentido, procurou estabelecer instrumentos de mensuração em que o conceito de espiritualidade envolvesse um elemento “vertical” (um sentido de bem-estar em relação a Deus) e um “horizontal” (sentido de propósito e satisfação com a vida) (VOLCAN et al., 2003, p. 441).

Influenciados pelos estudos antropológicos realizados por Clifford Geertz, em que ele analisa a religião como um sistema cultural, vários psiquiatras ligados à escola da “Psiquiatria Cultural” afirmaram que a religião cumpre duas tarefas culturais e psicológicas fundamentais:

Possibilita a construção de um mundo possível, de uma ordem plausível e aceitável, dando um sentido ao caos fenomênico da experiência; e, em segundo lugar, permite ao homem sofrer, isto é, que o sofrimento tenha um determinado sentido (DANTAS, 1999).

Outra perspectiva do estudo da relação entre religião e saúde, que vai além da questão comportamental, é a que procura associar a religiosidade com modificações neuroelétricas e neuroquímicas. Estudos realizados constataram que há modificações neuroquímicas em sujeitos capazes de praticar meditação profunda (SOUSA et al., 2001).

Mas é no campo da saúde mental e na prevenção da depressão e estresse que as pesquisas que relacionam religião e saúde têm apresentado os melhores resultados. Em estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos na comunidade de Barra Funda, no Rio Grande do Sul, Rosa evidenciou que a pouca incidência de depressão entre os idosos tinha na religiosidade um fator de proteção.

A partir dos achados do presente estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda (RS), pode-se concluir que: [...]. - com relação ao apoio social, à resiliência e à espiritualidade, foi identificada elevada espiritualidade e também alta resiliência relacionada ao apoio social; - mediante a regressão linear múltipla, as variáveis que se mostraram associadas à depressão foram: idade, estado civil casado ou viúvo, procedência, bem-estar religioso, bem-estar espiritual e resiliência; - destas, as variáveis identificadas como protetoras foram a resiliência, bem-estar espiritual, estado civil casado ou viúvo e a procedência rural (ROSA, 2007, p. 57).

Estamos, sem dúvida, diante de uma mudança de paradigma no que diz respeito às questões de saúde e religiosidade. O que era praticamente absurdo há algumas décadas pode vir a se tornar prática médica recomendável, que é indicar ao paciente que passe a ter uma atividade religiosa como forma de ganhar qualidade de vida e fator de proteção contra adoecimento e agravos à saúde.¹ Tanto por parte da medicina e das demais áreas que cuidam da saúde das pessoas, como da parte da teologia, caberão iniciativas de se estreitarem os vínculos. Cada uma dessas ciências pode contribuir para uma melhor atuação diante do alvo principal de suas ações, que é conduzir o ser humano a um aperfeiçoamento que lhe permita viver em harmonia com seus semelhantes e o meio ambiente ao qual está intrinsecamente ligado.

¹ Essa é uma sugestão apresentada por Volcan e seus colaboradores: “Assim, visto que a espiritualidade é considerada um recurso psicossocial individual – e possivelmente comunitário – de promoção de saúde mental, é recomendável o incentivo à prática de atividades espirituais e religiosas materializado em ações que, além de benéficas, não são onerosas aos sistemas de saúde “ (VOLCAN et al., 2003).

Teologia e saúde

Uma primeira pergunta quanto à relação entre religião e saúde é se toda prática religiosa auxilia o bem-estar do indivíduo. Lotufo enfrentou esta dificuldade, perguntando se a religião é benéfica ou prejudicial. Os autores pesquisados por ele fazem uma distinção entre a religiosidade benéfica e a prejudicial (LOTUFO NETO, 1997, p. 30).

Os que argumentam que a religião prejudica a saúde, segundo Lotufo, tipificam um modo de ser religioso que:

[...] gera níveis patológicos de culpa, promove o auto-denigrir-se, cria ansiedade e medo, impede a auto-derterminação, favorece a dependência, reprime sexualmente, encoraja uma visão de mundo dividida entre santos e pecadores, cria paranóia com a idéia de que as forças do mal ameaçam a integridade moral e interfere no pensamento racional (LOTUFO NETO, 1997, p. 31).

A religiosidade “negativa” descrita acima parece caracterizar o estereótipo presente na sociedade brasileira no que diz respeito aos evangélicos. Por sua vez, os que argumentam que a religião é benéfica para a saúde tipificam o modo de ser religioso como:

[...] aquele que reduz a ansiedade existencial, ajuda as pessoas a enfrentarem melhor a dor e o sofrimento, fornece soluções para uma grande variedade de conflitos emocionais e situacionais, soluciona o problema da morte com uma crença de continuidade da vida, dá às pessoas sensação de poder e controle, estabelece orientação moral que suprime práticas e estilos de vida auto-destrutivos, promove coesão social, fornece identidade e fornece as bases para um ritual catártico coletivo (LOTUFO NETO, 1997, p. 32-33).

Os elementos presentes na religião “positiva” também são encontrados entre os evangélicos no Brasil, e pode ser um dos motivos do grande crescimento desse segmento religioso que ocorre hoje em nosso país.

A questão da religião “verdadeira”, ou, para usar outro conceito, “benéfica”, também é enfrentada pelos teólogos. O patológico e o verdadeiro

têm respostas diferentes nas diversas religiões. A religiosidade evangélica² discute esta questão. O reformador João Calvino propôs uma solução a respeito da Igreja, que *mutatis mutandis*, pode ser aplicada também à religião: uma igreja invisível que é sem defeito (benéfica), e uma igreja visível que é mais pura ou menos pura (mais prejudicial ou menos prejudicial) conforme a fidelidade ao Evangelho. Temos aí um critério para análise sobre uma religiosidade prejudicial ou benéfica. Seguir o evangelho naquilo que é a sua mensagem essencial torna-se o critério da “pureza” da igreja, ou da religiosidade. É sabido que Jesus Cristo resumiu a lei e os profetas em dois mandamentos essenciais: *amar a Deus e amar ao próximo* (Mt 22, 37-38) Também o apóstolo Tiago, em sua epístola, definiu a religião em uma atitude de compaixão: “A religião pura e sem mácula, para com o nosso Deus e Pai, é esta: visitar os órfãos e as viúvas nas suas tribulações e a si mesmo guardar-se incontaminado do mundo” (Tg 1, 27).

É claro que os critérios acima descritos não esgotam a complexidade do problema religioso. Por isso a busca desses critérios para determinar se uma religião é benéfica ou prejudicial é alvo de reflexão teológica. O teólogo Hans Küng (1999, p. 279) defendeu os seguintes critérios de avaliação:

Uma religião é verdadeira e boa na medida em que serve à humanidade, uma vez em que suas doutrinas de fé e de moral em seus ritos e instituições fomenta a identidade, a sensibilidade e os valores humanos, permitindo assim ao ser humano alcançar uma existência rica e plena, e uma religião é falsa e má na medida em que provoca desumanidade opondo-se através de suas doutrinas de fé e de moral, de seus ritos e instituições à identidade, à sensibilidade e aos valores humanos e contribuindo assim para que o ser humano frustre uma existência rica e plena.

Da mesma forma, Leonardo Boff (2001, p. 46), citando o Dalai Lama, utilizou o critério da compaixão para aferir se uma religiosidade é prejudicial ou benéfica:

² Definir evangélico é extremamente complexo e é um assunto presente no grupo de pesquisa “Os evangélicos e a ética social”, mantido pelo curso de Teologia da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR). Por ora, trabalhamos com o conceito de evangélico como sendo todos os movimentos religiosos que de alguma forma mantêm algum tipo de relação com a reforma protestante, aqui no Brasil.

A melhor religião é aquela que te faz melhor [...] Aquilo que te faz mais compassivo, aquilo que te faz mais sensível, mais desapegado, mais amoroso, mais humanitário, mais responsável... A religião que conseguir fazer isso de ti é a melhor religião.

Partindo desses critérios, e não dos critérios dogmáticos, para aferir a religiosidade benéfica, podemos ver pontos de convergência entre a religiosidade evangélica e a religiosidade “boa para a saúde”. É possível resgatar esse sentido na grande tradição de atuação humanitária dos evangélicos, definida na fala do fundador do exército da salvação, Willian Booth (apud DIAS, 2003, p. 34):

Enquanto mulheres chorarem... eu lutarei; enquanto crianças passarem fome... eu lutarei; enquanto homens passarem pelas prisões... eu lutarei; enquanto restar uma alma que esteja nas trevas, sem a luz de Deus, eu lutarei. Eu lutarei até o fim.

A contribuição evangélica não se esgota no seu caráter humanitário, e podemos dizer, pelos critérios discutidos acima, que quanto mais humanitário mais evangélico³. Há outro elemento importante mapeado na religiosidade “boa para a saúde”, que é o da fé. Dos diversos sentidos que se pode dar a essa palavra, é possível defini-la como aquilo que dá sentido à existência humana. No dizer de João Calvino (1968, p. 412) a fé é “um conhecimento firme e certo da vontade de Deus a respeito de nós mesmos, fundada sobre a verdade da promessa gratuita feita em Jesus Cristo”.

É nessa dimensão de um conhecimento *firme e certo* da vontade de Deus que a vida se estrutura e adquire pleno sentido. Temos então, nessa definição, duas dimensões importantes para a religiosidade evangélica: a primeira é que a vontade de Deus pode ser conhecida, e isso ocorre através das Sagradas Escrituras; e uma segunda dimensão é a que aponta para um elemento futuro, que é a *promessa*.

Ainda segundo Calvino (1968, p. 421), a fé está segura da boa vontade de Deus para com o homem. Calvino reprova o pensamento que perturbe a tranquilidade e segurança de espírito. Esses dois elementos aparecem também como essenciais em “religião boa para a saúde”. É por

³ A indivisibilidade entre proclamação e serviço como característica da missão cristã foi mais uma vez reafirmada no pacto de Lausanne.

causa da segurança que o homem deve ter na bondade de Deus que a fé é tomada como sinônimo de confiança.

Geertz (1989, p. 67), na sua clássica definição de religião, diz que “ela é um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral”. Esse sistema de símbolos estrutura a existência com relação a três grandes problemas: a perplexidade do homem diante da vida, o problema do sofrimento e o problema do mal. Esse conhecimento o leva ao conceito de providência, definida por Tilich assim:

O homem que crê na providencia não crê que uma atividade divina especial irá alterar as condições da finitude e alienação. Ele crê, e afirma com a coragem da fé, que nenhuma situação, qualquer que seja, pode frustrar a realização de seu destino último, que nada pode separá-lo do amor de Deus que está em Cristo Jesus (Rom, cap. 8) (TILICH, 1984, p. 224).

Essas ideias estão presentes na religiosidade evangélica, mas ainda não esgotam a contribuição dessa para a saúde. O segundo elemento da fé no conceito de Calvino contém uma dimensão futura: a promessa. A promessa é um *não lugar*, é algo que não ocorreu ainda, mas que se espera como certo. A esperança cristã se funda na ideia de promessa. A realidade não é definitiva, a vida é pensada a partir de uma dimensão de futuro.

Esse entendimento, tão caro para os cristãos, aparece na dimensão existencial quando todas as soluções racionais possíveis parecem se esgotar. Surge a crença no *milagre*, no dizer de Hanna Arendt:

Para nos libertarmos do preconceito de que o milagre é um fenômeno genuína e exclusivamente religioso, no qual algo sobrenatural e sobre-humano se intromete no desenrolar terrestre dos assuntos humanos ou no desenvolvimento natural, talvez seja conveniente rememorarmos em breves instantes que todo o marco de nossa existência real – a existência da Terra, da vida orgânica sobre ela, a existência do gênero humano – baseia-se numa espécie de milagre. Porque, sob o ponto de vista dos fenômenos universais e das probabilidades que nelas reinam e que podem ser apreendidas estatisticamente, o surgimento da Terra foi uma “infinita improbabilidade” (ARENDR, 1998, p. 42).

Essa dimensão da existência humana que clama pela promessa se correlaciona com a saúde. Para o cristão a cura do corpo não é, afinal, definitiva. O homem, além do corpo, precisa ter a “vida” curada, o que remete para a dimensão que transcende o tempo e o corpo. No dizer de Tilich:

Saúde no sentido último da palavra, saúde enquanto idêntica à salvação, é vida em fé e amor. Na medida em que é criada pela Presença Espiritual, a saúde da vida sem ambigüidade é alcançada; e embora seja sem ambigüidade, ela não é total, mas fragmentária e está sujeita às recaídas nas ambigüidades da vida em todas as suas dimensões (TILICH, 1984, p. 598).

Nesse sentido de se ter uma vida curada, a religião esboça uma série de comportamentos que se tornam desejáveis para a prática no cotidiano. Na cultura evangélica costuma-se chamar esses comportamentos de santificação. Excluindo o lado exótico de algumas proibições praticadas por algumas igrejas, a grande maioria das recomendações em relação à santificação se refere de certa forma à saúde do corpo, induzindo a uma série de práticas que podem ser consideradas como “recomendações para uma vida saudável”.

Assim podemos associar a ideia de santificação com a prática da saúde no sentido de que vários comportamentos, como, por exemplo, a abstinência de bebidas alcoólicas e do fumo, relacionam-se com práticas saudáveis que servem como prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida. Dentro da tradição evangélica, a santidade é alcançada quando se associam algumas práticas espirituais como a leitura da Bíblia e a oração e uma experiência profunda do Espírito Santo. Como afirma a Confissão de Fé de Westminster, adotada pelos presbiterianos:

Os que são eficazmente chamados e regenerados, tendo criado em si um novo coração e um novo espírito, são além disso santificados real e pessoalmente, pela virtude da morte e ressurreição de Cristo, pela sua palavra e pelo seu Espírito, que neles habita; o domínio do corpo do pecado é neles todo destruído, as suas várias concupiscências são mais e mais enfraquecidas e mortificadas, e eles são mais e mais vivificados e fortalecidos em todas as graças salvadores, para a prática da verdadeira santidade, sem a qual ninguém verá a Deus (IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL, 2008).

Igreja Evangélica e saúde

A Teologia deve se preocupar em direcionar a prática do homem religioso para uma espiritualidade que seja boa para a saúde. Nesse sentido deve-se observar como tem sido a prática das Igrejas Evangélicas em relação a essa questão. No Brasil é inegável a grande contribuição da Igreja Católica Apostólica Romana no que diz respeito à melhoria da saúde do povo brasileiro, com a construção de hospitais e Santas Casas. Também a Pastoral da Criança é uma referência mundial no combate à mortalidade infantil. Como afirma Nascimento (2006, p. 98), a Pastoral da Criança se diferencia da ação dos agentes de saúde, pois a atuação desses é desprovida da dimensão espiritual.

O Protestantismo brasileiro também procurou estar presente na área de saúde através da construção de hospitais, dentro da lógica de um projeto missionário atuando como uma ideia civilizadora. O Congresso de Ação Cristã de Montevideu (1925), que reuniu as principais missões protestantes que atuavam na América Latina, definiu que o trabalho médico era uma estratégia missionária que deveria ser adotada pelas igrejas evangélicas latino-americanas. Desde esse congresso se multiplicou no Brasil a construção de hospitais evangélicos (DIAS; FERREIRA, 2005).

Na área de educação para a saúde é notória a contribuição dada pelos movimentos de moderação ligados à corrente avivalista das Igrejas Protestantes dos Estados Unidos, que combatiam o uso do fumo e da bebida alcoólica e que influenciaram fortemente a corrente evangélica estabelecida no Brasil a partir das missões americanas. Por isso a máxima aceita no senso comum entre os evangélicos no Brasil de que “crente não fuma e não bebe”.

Estudo de caso realizado por Melo et al. (2005, p. 207) na cidade de Recife, sobre família, álcool e violência, constatou que nenhuma organização familiar se mostrou imune ao uso de álcool, mas que apenas a incidência era menor entre famílias chefiadas por mulheres e que o único dado consistente de não uso de álcool ocorria entre famílias evangélicas.

Nenhum tipo de organização familiar se mostrou imune ao uso de bebidas alcoólicas, tampouco foi possível associar a um tipo específico padrões particulares de ingestão de bebidas alcoólicas. A exceção ficou por conta das famílias monoparentais chefiadas por mulheres, o que, na verdade, parece ser um efeito secundário do aumento do uso de bebidas alcoólicas pelo sexo feminino. O único dado consistente em relação ao não-uso de

bebidas alcoólicas foi obtido nas igrejas evangélicas: cerca da metade das famílias abstêmias da comunidade pertencem a essas igrejas.

Em um grau menor de influência deve-se mencionar a Igreja Adventista do Sétimo Dia, que fez da prática da saúde uma obsessão, estabelecendo interditos alimentares para os seus membros, realizando cursos em suas igrejas que ensinam como deixar o uso do fumo e adotar práticas saudáveis de vida. Para Ribeiro (2006, p. 139), ser membro da Igreja Adventista está condicionado a uma série de normas que são introjetadas coletivamente e apreendidas no convívio da comunidade, sendo que a “saúde transita pelo sentido da fé teológica”.

É na prática das igrejas pentecostais que temos os elementos mais controversos na relação entre saúde e religião. O discurso que relaciona doenças como uma ação demoníaca se tornou corrente no meio pentecostal, o que levou à elaboração de um ritual de cura em que o exorcismo aparece como uma prática comum e aceita. Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004), ao analisarem os rituais de cura na Igreja Universal do Reino de Deus (IURD), verificaram que a visita ao médico é desaconselhada pela igreja:

Apesar de admitir as causas concretas de algumas doenças, nem sempre se vêem como positivas as práticas da medicina oficial. Em alguns casos, o pastor costuma dizer que não resolve ir ao médico ou fazer exames, ou seja, participar dos rituais de cura da IURD e consultar médicos passam a ser atos quase excludentes, pois, para a lógica iurdiana, se o fiel crê que Deus quer salvá-lo, Ele fará isso, mesmo sem a ajuda médica (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 88).

Esses mesmos autores reconhecem nas igrejas neopentecostais elementos positivos no que diz respeito à relação espiritualidade-saúde como a oportunidade de “participação social, de conquista e de exercício de inclusão” (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 90). Nesse sentido, no processo de cura na IURD ocorre um “rearranjo” simbólico em que a “doença psicossomática” adquire um sentido mais amplo do que o pensado pela medicina.

As igrejas pentecostais, ao mesmo tempo em que podem causar grave dano a saúde dos seus adeptos, quando de alguma forma desestimulam a procura da medicina científica, podem prestar grande auxílio dentro da

perspectiva da teoria do apoio social à melhora da saúde e da qualidade de vida dos seus seguidores. Assim, é necessária outra abordagem teológica do problema saúde-doença para reafirmar a qualidade positiva desse apoio. Valla (2002, p. 67) afirma que a abordagem da teoria do apoio social é importante para entender o processo de saúde e religião nos movimentos pentecostais, mas que se deve tomar cuidado para se compreender o fenômeno da religiosidade popular.

É preciso ter cuidado com a pretensão de querer compreender a religiosidade popular exclusivamente a partir da lógica da teoria do apoio social. Certamente, essa teoria tem muito a nos ensinar sobre as formas de lidar com o “sofrimento difuso” ou com as doenças crônicas, mas deve-se ter cautela em utilizar essa lógica como única forma de explicar a busca de igrejas e religião pelas classes populares.

Dentro da nossa proposta de análise, cabe então indicar caminhos teológicos para a prática das Igrejas Evangélicas, dentro da perspectiva teológica de uma religião boa para a saúde. De certa forma, esse caminho já tem sido colocado por aqueles que defendem uma teologia baseada na ideia de diaconia ou que, na perspectiva ecumênica, trabalham com o princípio da responsabilidade. Uma espiritualidade boa para a saúde deve ser pensada a partir da própria experiência de Cristo, que em sua missão ao mundo curou as pessoas.

CONCLUSÃO

A pesquisa científica na área da saúde cada vez mais admite a importância da religião para a saúde humana. No instrumento de pesquisa do grupo de qualidade de vida ainda não há como separar uma religiosidade benéfica de uma religiosidade prejudicial, até porque não se pode separar o joio do trigo (Mt 13. 24-30). Procuramos demonstrar através deste trabalho como a pesquisa mais recente sobre a correlação entre saúde e religião tem se mostrado favorável a essa última e como essas pesquisas podem ajudar a Teologia na formulação de critérios para separar uma religiosidade benéfica de outra prejudicial.

A Teologia Evangélica, com sua pregação voltada para o amor, a fé e a esperança, apresentadas como virtudes básicas do cristianismo, contém elementos desta religiosidade “boa para a saúde”. Sua ênfase na santificação também produz comportamentos que se mostram importantes na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida.

Mas é na prática das igrejas cristãs que encontramos elementos distintivos importantes em que podemos relacionar religião e saúde. As práticas eclesiais baseadas em redes de apoio possibilitam que as pessoas vivam de forma mais sadia. Contudo, há perigos teológicos que devem ser evitados. É tarefa para a teologia reforçar os elementos positivos das práticas eclesiais e fazer a crítica daquelas que se mostram prejudiciais ao bem-estar e à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARENDR, H. **O que é política?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação.** Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

CALVINO, J. **Institución de la religión cristiana.** Países Bajos: Fudación Editorial de Literatura Reformada, 1968.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004.

DANTAS, C. R.; PAVARIN, L. B.; DALGALARRONDO, P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 3, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago. 2009.

DIAS, A. C. **O Papel educador do ecumenismo: o caso da igreja presbiteriana do Brasil.** 2003. 142 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Arte e História da Cultura) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2003.

DIAS, A. C.; FERREIRA, V. A. Sociedade evangélica beneficente (SEB): movimento de cooperação entre igrejas evangélicas no Paraná. **História. Questões e Debates**, v. 43, p. 123-146, 2005.

DOUMA, J. Contribution protestante à la réflexion sur la bioéthique. **La Revue Reformée**. n. 215, 2001. Disponível em: <<http://www.unpoissondansle.net/rr/0111/?i=1>>. Acesso em: 5 ago. 2009.

FLECK M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999 .

_____. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-455, 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL – IPB. **Confissão de fé de Westminster**. Disponível em: <<http://www.executivaipb.com.br/Documentos/consiss%E3%20de%20f%E9.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

KÜNG, H. **Teologia a caminho**: fundamentação para o diálogo ecumênico. São Paulo: Paulinas, 1999.

LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e religião**: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. 1997. 376 f. Tese (Doutorado em livre-docência) – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

MELO, Z. M. et al. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 201-208, 2005.

NASCIMENTO, J. M. **O evangelho segundo a pastoral da criança**: por uma pedagogia da sobrevivência. 2006. 266 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

RIBEIRO, M. A. D. **Ellen White e a saúde na cosmovisão Adventista**. 2006. 143 f. Dissertação (Mestrado Ciências da Religião) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006.

ROSA, P. V. **Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda – RS, Brasil.** 2007. 79 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) –Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUSA, P. L. R. et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado da arte. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 34, n. 4, p. 112-117, 2001.

TILICH, P. **Teologia sistemática.** São Paulo: Paulinas; São Leopoldo, RS: Sinodal, 1984.

VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 63-75, 2002.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 440-445, 2003.

Recebido: 25/09/2009

Received: 09/25/2009

Aprovado: 30/10/2009

Approved: 10/30/2009