

A Experiência do Corpo Cardíaco: a Subjetivação da Dor por meio da Religiosidade

The Experience of the Cardiac Body: the Subjectivation of Pain through Religion

*Mayara Cassimira de Souza¹ 

*Jaqueline Teresinha Ferreira² 

Resumo

Este estudo etnográfico teve o intuito de compreender a experiência do corpo cardíaco e como os elementos religiosos atuam sobre as percepções, concepções e práticas dos adoecidos internados em um hospital federal, sobretudo na subjetivação da dor pelos sujeitos. Os dados apresentados aqui são pertinentes à técnica de entrevistas etnográficas. Participaram da pesquisa pacientes adultos, independentemente do sexo, que se encontravam à espera da cirurgia cardíaca ou em fase de recuperação. O estudo revelou que a experiência cardíaca era associada a símbolos e práticas religiosas. As formas de expressão devocional foram refletidas como técnicas disciplinares no hospital para a superação dos desafios da internação, fase em que os sujeitos enfermos são constituídos e reconfigurados por meio de elementos religiosos conforme suas concepções de papéis sociais, implicando um menor ou maior sofrimento social aos pacientes.

Palavras-chave: etnografia; cardiopatia; sofrimento; religião e corpo.

Abstract

This ethnographic study aimed to understand the experience of the cardiac body and how religious elements act on the perceptions, conceptions and practices of patients admitted to a federal hospital, especially in the subjects' subjectivation of pain. The data presented here are pertinent to the ethnographic interview technique. Adult patients, regardless of gender, who were waiting for heart surgery or in the recovery phase from it, participated in the research. The study revealed that the cardiac experience was associated with religious symbols and practices. The forms of devotional expression were reflected as disciplinary techniques in the hospital to overcome the challenges of hospitalization, a phase in which ill persons are constituted and reconfigured through religious elements according to their conceptions of social roles, implying lesser or greater social suffering to the patients.

Keywords: ethnography; heart disease; suffering; religion and body.

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4372-3503>.

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7662-1773>.

Introdução

Os agravos do coração acometem cada vez mais o homem contemporâneo. Dentre eles estão as doenças cardíacas, pertencentes ao grupo de doenças cardiovasculares, tais como: doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (OPAS, 2020).

Os estudos qualitativos sobre o processo de adoecimento de pacientes cardíacos esbarram em diversas questões sociais e comportamentais (Wottrich *et al.*, 2015), mas são escassas as pesquisas etnográficas voltadas à apreensão da experiência das doenças cardíacas sob a perspectiva dos que as vivenciam. As autoras Vila, Rossi e Costa (2008) investigaram os significados da experiência da enfermidade cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio e em processo de reabilitação, e alertaram para como esse adoecimento rompe com o modo de viver e influencia as concepções dos sujeitos. Por meio disso, ressaltam que explorar vertentes antropológicas que abarcam a experiência da doença cardíaca contribui para ir além dos modelos centrados na doença, seus sintomas e causas, ampliando as condições de tratamento aos adoecidos.

Apesar de muitos avanços tecnológicos desenvolvidos na área cardíaca, a doença e/ou seu tratamento impõem aos pacientes e seus familiares constantes mudanças de ordem física, social e psicológica. Estas mudanças são dolorosas, pois impactam o ritmo de vida do doente, impondo aos pacientes rupturas com suas atividades cotidianas, causando desestabilização emocional decorrente da internação ou cirurgia cardíaca. Nessa fase podem surgir conflitos, angústia, medo, expectativa diante do futuro, depressão diante da situação que se configura ou ainda pelas dificuldades de estar entre a vida e a morte (Souza; Mantovani; Labronici, 2006). As autoras Vargas, Maia e Dantas (2006) também apontam que com o tempo e preparativos para a cirurgia, esses sentimentos podem ser associados e/ou invertidos para esperança de cura e reabilitação, de tranquilidade vindas da fé em Deus.

Na antropologia, Clifford Geertz (1989) estabelece a definição de religião como sistema cultural e aborda os símbolos religiosos enquanto meios de acesso a significados universais, como, por exemplo, a superação da dor inerente à existência humana e ligada a um plano divino. No entanto, Asad (2010) indaga-se sobre a generalização do fenômeno religioso, sendo que os símbolos não apenas representam uma ordem universal, mas são modelados pelas práticas sociais. Por isso, a investigação antropológica não deve se limitar a interpretar os significados, mas entender a religião enquanto um produto histórico de processos discursivos.

Entender esses processos implica compreender as condições discursivas e não discursivas dentro de contextos específicos. No caso do adoecimento cardíaco, Camponogara, Silveira e Cielo (2014) desenvolveram um estudo social que engloba a percepção de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, e destacam a ambiguidade de sentimentos que antecede a cirurgia cardíaca. Esse trabalho revelou que os pacientes têm um momento que denota a possibilidade de morte, e diante disso se sobressai o medo do fim da vida, em que a espiritualidade é apontada como o principal suporte para enfrentar a cirurgia. Todavia, essa interpretação é restrita à menção de elementos religiosos por parte dos pacientes, sem, no entanto, aprofundar os significados subjetivos em que tais percepções são concebidas.

O presente estudo se ancora nas noções de experiência e doença tratadas por Rabelo, Alves e Souza em *Experiência de doença e narrativa* (1999), com o intuito de problematizar e interpretar como os cardiopatas vivenciam seu processo de adoecer. Segundo esses autores, a experiência da enfermidade pode ser compreendida como a “forma pela qual os indivíduos situam-se perante e assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação” (Alves; Rabelo, 1998, p. 171). Além disso, abarca as narrativas de diversos cardiopatas internados, sendo um meio de descrever as experiências vividas, os significados atribuídos a elas e sua influência no tratamento médico (Nunes; Castellanos; Barros, 2010).

Com base nos estudos sobre a subjetivação e religiosidade, este trabalho busca compreender a experiência do corpo cardíaco e como os elementos religiosos atuam sobre as percepções, concepções e práticas dos adoecidos internados em um hospital federal. A partir disso, vislumbrou-se entender como as práticas religiosas, independentemente de sua filiação, refletem nas dinâmicas de construção dos sujeitos cardíacos no tratamento cirúrgico.

Metodologia

As Ciências Sociais permitem caminhos para a construção e condução de teorias e instrumentos que propiciem compreensões amplas e profundas sobre como os indivíduos vivem e percebem-se em sociedade. Elas abarcam o conjunto de expressões humanas nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e suas representações (Minayo, 2001).

Vale ressaltar que o objeto da pesquisa qualitativa por excelência é a ação interpretada tanto por pesquisadores quanto pelos sujeitos da pesquisa, por isso é um modo pelo qual emerge o sentido de um fenômeno social. Sendo assim, a metodologia qualitativa deve integrar a forma como “as Ciências Sociais concebem as relações entre social e individual, entre natureza e cultura, entre universal e particular” (Knauth; Leal, 2014, p. 465).

À vista disso, os estudos com enfoque antropológico buscam os “eventos obscuros” de valores, de crenças e de ideologias, a partir do ponto de vista do “nativo”, com a intenção de perceber uma noção (ou recorte) de certa realidade cultural (Da Matta, 1978). Carvalho e Luz (2009, p. 318) lembram que

A construção de sentidos e significados é parte de um movimento intrínseco às práticas de saúde. As relações possíveis entre os significantes ou elementos de significados expressos nas ações são construídas de acordo com os sentidos a eles atribuídos pelos atores/praticantes nas práticas.

A técnica de pesquisa que fundamenta esse estudo é a entrevista etnográfica, e ela orienta as percepções que dão acesso ao universo do paciente (Beaud; Weber, 2014), sendo um meio estratégico para que o outro diga o que sabe, pensa e o que crê (Spradley, 2016). Além disso, a observação dos fenômenos durante tal entrevista fundamenta o núcleo de todo procedimento científico e é essencial para a construção do saber nas pesquisas sociais (Knauth; Leal, 2014).

A pesquisa de campo foi realizada em um hospital federal de referência para cirurgias cardíacas de alta complexidade, localizado na cidade do Rio de Janeiro, no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Os espaços eleitos para imersão etnográfica foram as enfermarias do sexto, sétimo e oitavo andar, onde se encontravam os leitos de internação de pacientes à espera de cirurgia cardíaca, após a mesma ou em reinternação. Os ambientes comuns também foram observados, tais como: locais religiosos, salas de jogos, antessalas da enfermaria e os corredores. Esses espaços coletivos propiciaram maiores interações entre os pacientes, seus familiares e amigos e com a pesquisadora.

Quanto aos critérios para a definição dos sujeitos estudados, esses foram determinados com as seguintes características: pacientes adultos com doenças congênitas, orovalvares, coronarianas e miocardiopatias, independentemente do sexo, que se encontravam no período pré-operatório de cirurgia cardíaca e pós-operatório mediato, excluindo os pacientes submetidos a transplante cardíaco. As entrevistas ocorreram somente com a presença dos pacientes, em seus leitos individuais de internação, e com aqueles que demonstraram interesse em participar do estudo, além de assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram entrevistados 40 pacientes, sendo 20 mulheres e 20 homens. Mas somente foram consideradas as entrevistas em que os pacientes narraram seu adoecimento pautados em suas concepções religiosas.

O tempo médio das entrevistas variou entre 20 e 50 minutos, e foram gravadas com autorização prévia dos entrevistados, o que facilitou a condução da pesquisa, uma vez que a gravação capta na íntegra e em todas as dimensões as palavras dos entrevistados, condicionando a qualidade da escuta deles e favorecendo uma análise profunda da mesma (Beaud; Weber, 2014). Posteriormente, as gravações foram cuidadosamente transcritas para análises e interpretações após observação de campo.

Na interpretação dos dados, os nomes mencionados são fictícios. O estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução CNS n. 510/2016, fundamentada nos princípios bioéticos; foi encaminhado e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Cardiologia do Rio de Janeiro. Foi aprovado sob parecer número 1.863.965.

Discussão

Foi por meio das experiências de vida que os sujeitos determinaram sua relação com a saúde e a doença e o enfrentamento desta; assim, suas interpretações e convivências com a doença estão interrelacionadas com os elementos envolvidos nos processos de significação de vida (Fighera, 2006). Dentre esses elementos estão os religiosos, que, segundo Mahmood (2015), se inscrevem nos corpos e seus cotidianos, nas falas e trejeitos, construindo os sujeitos da razão religiosa. Não se trata dos sujeitos refletirem a religião como uma escolha ou de forma representativa, mas como uma forma de habitar o mundo corporalmente e eticamente.

Durante a imersão em campo e ao interpretar as narrativas expostas pelos pacientes, foi entendido que diversas situações, narrativas e elementos permeavam sentidos e significados associados a uma subjetivação religiosa na forma em que os pacientes experienciavam o adoecimento cardíaco. Assim, essa interpretação etnográfica destaca

os elementos religiosos que representam a devoção divina, as situações coletivas em que as práticas religiosas reverberam no modo de lidar com a doença dentro da instituição hospitalar e as narrativas que desvelam como a dualidade do sagrado condiciona as percepções dos pacientes ao enfrentarem uma doença cardíaca (Souza, 2022).

Para interpretar os elementos religiosos é preciso ter claro que a doença cardíaca está diretamente ligada às simbologias do coração na cultura ocidental, sendo o núcleo das emoções e sentimentos, a sede da vida e até mesmo o potencial de caráter do ser humano. Assim sendo, a centralidade vital desse órgão leva os indivíduos a se mobilizar e a questionar a vida. O adoecimento deste órgão representa uma ameaça à vida, já que a saúde e qualidade de vida podem ficar comprometidas por um tempo breve, longo ou mesmo permanentemente (Ongaro, 2002).

Ademais, a lógica da dor como emoção que se origina no coração vem do pensamento de Aristóteles e continua a influenciar atitudes e crenças nas religiões na modernidade. Embora a dor seja considerada um fenômeno fisiológico, essa compreensão não contempla todos os aspectos da experiência da dor e não determina de modo único as escolhas dos sujeitos ao enfrentarem a doença. Portanto, os sentidos e significados do coração se articulam, direcionam e expressam as interpretações dos sujeitos diante das suas percepções religiosas e expectativas com o tratamento médico.

Jacques Gélis (2012) aponta o corpo como o lugar da experiência religiosa, em que as imagens sagradas se sobrepõem a ele, com as controvérsias que o permeiam e os elos divinos que o disciplinam, edificam ou reprimem. Desse modo, o corpo religioso é um espaço profícuo e amplo, por assim dizer “inculto” (Gélis, 2012, p. 22), a partir do qual a antropologia e a história começam a desbravar e compreender as relações sociais subjetivadas e mediadas tanto por palavras como por imagens.

Gélis (2012) descreve as simbologias religiosas vinculadas às marcas corpóreas das cinco chagas de Jesus, sendo uma delas a do lado do peito, local transpassado pela lança, constituindo um notável valor simbólico de aproximação à paixão e ao próprio Cristo. Por isso, sobre o lado direito se consagrou a essência e imensidade do “Sagrado Coração de Jesus”, significando a chaga do lado direito o coração vulnerável, a entrada, a aproximação aos mistérios da fé cristã (Gélis, 2012). A devoção ao Sagrado Coração se consolidou com a imagem de um coração que permite ao homem aproximar-se do amor divino; assim, no Ocidente esse símbolo cristão contribuiu para explorar a mística do corpo profundo, suas percepções e comportamento para chegar ao coração puro. Além disso, as disposições religiosas dependem primordialmente de certos símbolos religiosos, que operam de modo integral nas motivações e disposições religiosas (Asad, 2010).

Personificação Religiosa do Ambiente Hospitalar: Aproximação do Pesquisador ao Período de Internação Cardíaca

Durante o percurso etnográfico e à luz dos estudos antropológicos foi observado em campo que as estratégias de enfrentamento da doença cardíaca eram associadas às simbologias religiosas. Assim, por meio da descrição espacial dos ambientes hospitalares e suas possíveis simbologias, os objetos religiosos dos pacientes e a forma como esses personalizam seus leitos se relacionam aos sentidos e significados de suas devoções.

O ambiente das enfermarias, local onde se encontravam os leitos de internação, era enquadrado, ordenado sobre regras pontuais, rotinas bem estabelecidas com horários de atividades cronometradas. Os pacientes, por meio de estratégias pessoais e

pela expressão de seus sentimentos, buscavam manter suas singularidades – uma maneira de preservarem suas identidades – enquanto enfrentavam o momento cirúrgico (De Souza; Ferreira, 2019). Segundo Good e Good (1982), as singularidades expressas pelos pacientes são cruciais para entender a experiência por meio da cultura, suas expressões e formas de enfrentar as enfermidades.

Dentre as estratégias pessoais na adaptação à internação cirúrgica estava a adoção de objetos pessoais, autorizados pelo hospital. Muitos objetos que ornavam os leitos dos pacientes eram distintos, principalmente os que se vinculavam à concepção de gênero, como, por exemplo, as mulheres possuíam mais produtos de higiene pessoal, enquanto os homens tinham acessórios de times de futebol. Porém, entre as similaridades de objetos entre os gêneros se destacavam os artigos religiosos, tais como: bíblias, livros, guias espíritas, terços, budas, imagens de santos, o que tornou a identificação religiosa visível e coerente com suas declarações de crenças.

Por meio desses objetos, o vínculo entre a pesquisadora e os participantes se intensificou, propiciando um diálogo mais afetuoso entre eles. Devido aos pacientes expressarem o apego a esses objetos como amuleto e conforto espiritual, eles frequentemente narravam sua experiência de adoecimento por meio de signos e sentidos de fé. O olhar de pesquisador, ao considerar esses objetos no cenário hospitalar e estimular a voz dos adoecidos por meio de suas devoções, permitiu que os pacientes expressassem suas emoções, desafios e expectativas (De Souza; Ferreira, 2019). E, após as visitas às pessoas internadas pela pesquisadora, os pacientes explicitavam suas boas intenções espirituais: “Vai com Deus, filha”, “Jesus te guarde!”, “Deus sempre ajuda”, “Temos que evoluir, a vida é assim!”, “Deus sabe de tudo e tem um plano para cada um de nós”, “Eu acredito que vivemos para o outro, tem que ver o outro, é o ciclo da vida.”

Os pacientes com discursos religiosos reconheciam sua trajetória de vida e enfrentamento da doença por desígnios divinos, mas também reportavam a minha trajetória de pesquisa como parte de um plano espiritual. Montero (1985) destaca que o discurso religioso propicia a ordenação dos problemas de doença, conferindo-lhes um sentido, uma vez que a religião se torna parte da descrição da doença e meio de expressão dessa. Os pacientes devotos sempre narravam seu adoecimento sob o prisma de suas concepções de vida e morte atreladas ao divino, mas isso não influenciou seus comportamentos de modo similar; são processos discursivos distintos que remetem à construção de corporeidade ao longo de suas vidas ou decorrentes da doença cardíaca. Nessa perspectiva, os símbolos religiosos possibilitaram entender as singularidades pelo modo em que os pacientes narram suas percepções, motivações e emoções, e compreendem seu lugar em determinados contextos sociais e a partir do adoecimento (Asad, 1993).

Com isso, pode-se depreender que o fato de os pacientes portarem e adornarem seus quartos com objetos pessoais é mais do que um meio de enfrentar o momento de internação: tem a ver com a forma como corpos são ordenados em sociedade e tendem a se recolocar nesse espaço, apesar das implicações funcionais da cardiopatia. Lucas tinha 28 anos, residia com seus pais, e estava no hospital para uma nova cirurgia. Devido à sua cardiopatia congênita, fez sua primeira cirurgia aos 7 meses de idade, depois aos 7 e aos 13 anos. Ele completou o segundo grau e era muito católico. Muitas vezes passava em seu leito e lá estava ele, deitado, olhando tranquilamente para o teto, com o seu terço do lado e sua bandeira do Vasco. Lucas era

muito alegre, seus lábios eram roxos, tinha a voz rouca e falava bem baixo e devagar por conta dos sintomas cardíacos. Ele se caracteriza como sereno e calmo; sorria relatar que tinha vivido boa parte da infância e adolescência no hospital, já estava bem acostumado àquele ritmo. Antes era muito agitado, inclusive, os médicos falavam para ele não fazer muitas coisas. Segue um pouco de seu relato: *“Minha mãe tentava me segurar, agora estou mais calmo. Eu sempre tive infância, graças a Deus. Eu saía bastante, brincava de tudo, pique-pegue, joguei bola, mas nunca gostei muito de futebol, só de assistir, até porque com esse problema no meu coração eu não posso”*. Ele se acostumou com as temporadas no hospital, e dizia *“A vida é assim, eu sou feliz assim!”*. Suas simbologias religiosas norteavam a forma de lidar com as internações e cirurgias, com a aceitação dessas fases e sua condição corporal.

Observa-se que, apesar de ser agitado na infância, Lucas se adequou a um comportamento mais calmo, que remete à constituição de sua fé. Assim como ele, diversos pacientes tinham no uso ou veneração de seus objetos religiosos o apego à sua fé para que seus corpos suportassem o medo da cirurgia, a privação sentida por seus corpos e o isolamento social. A internação pode durar dias ou meses e condiciona os corpos para o momento fisiologicamente ideal da cirurgia cardíaca; assim, o acesso aos símbolos divinos e a práticas religiosas é uma estratégia de enfrentamento (Souza; Ferreira, 2022b).

Vale destacar os discursos de Dona Neide, paciente de 65 anos, internada no pré-cirúrgico, que disse ter sido sempre muito ativa, assim como o fora na igreja evangélica de seu bairro. Ela descobriu a doença em fase aguda, sendo imediatamente encaminhada para cirurgia. Apesar dos sintomas cardíacos, ela se esforçava para manter suas atividades em casa e na igreja, mesmo com um ritmo corporal menor. Durante a internação era muito sociável, não ficava quieta e permanecia por pouco tempo no seu leito. Caminhava animada pelos corredores, visitava os “amigos” em seus quartos e os convidava para ir cantar na praça (*hall* da enfermaria com bancos coletivos). Ela sentava nos bancos ou permanecia em pé e batia palmas. Relatou: *“Ao menos a gente se distrai! É bom. Tem muitas mulheres aqui. Eu sou evangélica, aí a gente faz um trabalho, a gente ora, canta louvores, o pessoal gosta. Muita gente vem ouvir, todos os dias à noite, é bom que passa o tempo também”*.

Dona Neide também reforçava que sabia que essa fase era complicada, mas direcionava as dificuldades para a confiança e fé em Deus, e que encontrou um propósito divino durante a internação. Assim, continuou ativa, tentando evangelizar e demonstrando o caminho divino como forma de lidar com a dor, a doença e as expectativas do futuro. Para Gélis (2012), as dores provenientes de doenças do coração se configuram como uma experiência religiosa, em que o corpo, considerado como sagrado, se edifica através do sofrimento. Vale destacar que nem todos os pacientes eram cristãos ou possuíam crenças e práticas religiosas. Nesses locais muitos pacientes partilhavam seus choros, aflições, dores e o sofrimento, que só aumentava com um maior tempo de internação. E era comum que pessoas com direcionamento religioso apontassem que crer em Deus e compreender o propósito divino eram um meio para obter o alívio e para a superação da doença.

Diante disso, pode-se depreender que as formas de expressão devocional, por meio ou não de objetos, podem ser refletidas como técnicas disciplinares no hospital, já que por meio delas os pacientes compartilham suas crenças e suas capacidades éticas como forma de manterem ou fortalecerem suas identidades. Asad (1993) discorre sobre

a problemática do “eu” nas formulações de subjetivação dos sujeitos que, ao produzirem identidades religiosas, regulam suas disposições mentais e morais. Desta forma, não se trata apenas da manifestação dos sentimentos por meio de crenças, mas de como eles devem ser ordenados dentro de uma lógica religiosa esperada.

Castellanos e colaboradores (2015) retratam que, através das relações temporais narradas, as experiências vividas ao longo da trajetória de adoecimento são reelaboradas conforme as novas situações ocasionadas pela enfermidade. Assim, muitos pacientes demonstraram que a doença passa a ser ressignificada diante das possibilidades religiosas e que isso ajuda a enfrentar a cirurgia; porém, é preciso sublinhar que elas também disciplinam os corpos no confinamento da internação e preconizam como única forma de superar os desafios da doença a busca pelo divino nesses espaços.

Cabe ressaltar que os discursos religiosos, segundo Foucault (1996), coagem e são coagidos por meio da lógica da identidade e que a enunciação de seu propósito vincula os indivíduos entre si ao mesmo tempo que os diferencia dentro de uma busca pela verdade, que pode se estabelecer como uma resistência social ou como um discurso hegemônico. Por isso, a produção de verdade, estabelecida na relação saber/poder, pode ser observada nos discursos religiosos e pode sujeitar indivíduos a um conhecimento tido como absoluto, mesmo no enfrentamento das doenças.

A Subjetivação da Dor por meio da Religiosidade

Vários estudos realizados em linhas antropológicas se fundamentam na fenomenologia e abordam o conceito de experiência ao problematizar e interpretar como os sujeitos vivem e pensam sobre seus universos sociais. Deste modo, pesquisas baseadas na experiência possibilitam compreensões amplas sobre outras dimensões da aflição e do tratamento das doenças, indo além da ótica biomédica (Rabelo; Alves; Souza, 1999).

Nesse ponto de análise da pesquisa coube recorrer também aos estudos etnográficos relacionados à dor e ao sofrimento para contemplar as dimensões religiosas implicadas no tratamento do corpo cardíaco, uma vez que os pacientes compartilharam com frequência suas vivências de dores através do corpo adoecido.

Para entender a relação dos cardiopatas com a experiência da dor é preciso ressaltar sua ligação com o sofrimento. O termo “dor” deriva do grego (*poinê*), que significa punição, penalidade, castigo (Free, 2002), tendo também uma origem latina, que o associa à doença (*dolor, dolentia*), configurando uma relação intrínseca entre dor e adoecimento (Ferreira, 1994). Assim, embora a dor seja concebida de diversas formas a depender dos locais, culturas e tempos, em todas as suas manifestações busca associar a dor preeminentemente a um sentido de sofrimento (Montero, 1985).

A autora Sarti (2001) ressalta que sentir e expressar a dor implica códigos culturais, que demonstram as manifestações dos sentimentos, a relação entre o indivíduo e a sociedade e a construção histórica, em que seus significados são socializados através do universo de referências simbólicas, a cultura. Portanto, a experiência da dor se manifesta por meio de uma ordem simbólica, configurando o mundo pelo significado que lhe é atribuído. Assim, as narrativas apresentadas pelos cardiopatas foram associadas à subjetivação religiosa, pois revelam a forma como os pacientes interpretam a doença, disciplinam seus corpos e esperam que seus corpos retomem o seu lugar na sociedade.

Os pacientes relataram vários sentimentos relacionados aos seus corpos doentes durante o tratamento cirúrgico no hospital, à experiência da dor e ao propósito divino. Um dos sintomas mais marcantes de um problema cardíaco é a dor sentida por meio de um aperto no peito, que leva ao estranhamento e ao temor. O estranhamento diz respeito a como os adoecidos reconhecerem que o corpo já não é o mesmo por não funcionar como antes. E o temor surge com o enfraquecimento do corpo e o risco da cirurgia. Mas, ao interpretar as narrativas, foi possível compreender que esses sentimentos denotam a impotência do corpo.

Seu Olavo, homem negro com 69 anos, casado com três filhos, cristão, valvopata e internado no pós-cirúrgico, parou de trabalhar após o diagnóstico e encaminhamento para cirurgia. Ele relatou que teve uma vida muito ativa, e até os 67 anos corria maratonas, jogava bola e fazia trilhas. Como esposo e pai, entendeu que manter sua saúde era central para a família. Como em todas as sociedades, as funções sociais geram expectativas nos indivíduos quanto a atendê-las por meio de vários papéis sociais, tais como: trabalho, vida religiosa, família, amigos e outros (Bury, 2011). No entanto, o adoecimento cardíaco agudo mudou drasticamente sua rotina, impactando na redução de seu ritmo corporal, ou seja, de vida. Assim, a experiência da dor influenciou as suas funções sociais, desencadeando sentimentos de estranheza em sua nova ordem social:

Sentimento de ser incapaz, porque eu sempre fui um homem ativo, fazia tudo, eu resolvia tudo, e agora, eu estou limitado. Tanto que eu cuidava da minha mãe com 94 anos e não posso mais cuidar, tive que passar para outro irmão. Agora, subir escada devagar, pesa. Tudo devagar. Agora, não posso caminhar, não posso nadar com minha neta que eu canso, e agora nessa situação, eu não posso fazer esforço, não posso fazer força, porque continua doendo, puxando, dói aqui (põe a mão no coração). Mas, quando eu operar, eu espero restabelecer o mais rápido possível... com fé em Deus (Sr. Olavo).

Observa-se na narrativa apresentada que a dor impediu seu corpo de prosseguir com seus movimentos habituais, gerando uma compreensão dos limites e incapacidades devido às suas restrições físicas. O discurso de Seu Olavo é semelhante ao de outros pacientes, independentemente do gênero, que relataram as limitações vividas em atividades básicas até a fase de internação, tais como: levantar da cama, caminhar, pentear o cabelo, tomar banho e se vestir sozinhos, entre outros. Assim, ao limitar o modo de viver dos pacientes cardíacos, a permanência da dor se associa ao sentimento de inutilidade. Frases similares a “eles sabem que eu sou ativo”, “eu sempre trabalhei”, “eu que fazia tudo em casa” remetem a uma comparação e uma preocupação com o lugar de seus corpos inativos na sociedade.

A associação entre trabalho e a edificação de um corpo de acordo com o intuito divino se apresenta em diversos trechos bíblicos, ou seja, por meio da dedicação ao trabalho árduo o espírito evolui e se aproxima do propósito de salvação. A dor também se estabelece em uma ordem sagrada. Quanto a esse caráter religioso, o autor Le Breton (2013) salienta seus significados na Antiguidade e Idade Média, períodos históricos em que a dor foi concebida como caminho de devoção, purificação e sacrifício para elevação do homem a Deus.

Foucault (1987) descreve que a religião exerce um papel disciplinar que implica a operacionalização dos corpos, sujeitados às forças de seu disciplinamento, ocasionando uma relação de docilidade-utilidade. Ele aponta que a modernidade constituiu

dispositivos de saber/poder que regulam os comportamentos dos sujeitos numa ação empreendida sobre os corpos, distribuindo-os, avaliando-os e hierarquizando-os em contextos sociais. Em vista disso, o papel social atribuído aos sujeitos perpassa a funcionalidade de seus corpos. A fragilidade desse corpo ocasionada pelas limitações cardíacas expõe os pacientes a sentimentos de impotência e os leva a um sofrimento social, por já não se enquadrarem dentro dessa lógica disciplinar. Mas Foucault também relembra a prática de cuidado de si na Grécia clássica que se configurava por preceitos filosóficos com práticas de autogestão, como ritos de purificação, associados a uma prática espiritual de autotransformação, uma conversão de si mesmo, para que se tivesse acesso à verdade (Foucault, 2010).

A subjetivação da dor por meio da religião deriva de uma construção social de um corpo que se configura por meio de sua capacidade funcional; assim, o estudo demonstrou que os pacientes não se veem mais em seus corpos por perderem suas funções na sociedade. Essa constituição do eu ativo que passa a ser inativo gera os sentimentos de impotência e inutilidade vinculados a uma ordem social – não ser útil para as funções sociais às quais seus corpos deveriam atender. A não adequação social configura um sofrimento social aos sujeitos, construídos em discursos utilitários também por parte das religiosidades exercidas em uma sociedade moderna. Brown (2005) reforça que os seres humanos são redimidos de suas inclinações desastrosas pelo sofrimento.

Destarte, o modo de adoecer e, por conseguinte, de sofrer é distinto conforme o processo histórico de cada sociedade; portanto, diferentes tempos e culturas fomentam determinados tipos de sofrimento que são experimentados pelos corpos. A história do sofrimento social demonstra uma experiência dolorosa de homens e mulheres inseridos no mundo social. As consequências deste sofrimento, segundo Kleinman, Eisenberg e Good (1978), estão associadas a todas as dimensões da experiência humana (sociais, culturais, econômicas, políticas) e engendram formas corporificadas de sofrimento, resultantes de uma força social por vezes devastadora e que influi na experiência humana.

Além disso, o sofrimento social nos cardiopatas se atrelou à enfermidade enquanto uma experiência punitiva. O discurso a seguir relaciona a doença cardíaca e seu enfrentamento com sentimentos baseados em uma ordem sagrada. Seu Jorge, coronariopata internado no pré-cirúrgico com 58 anos, prolongou o seu tratamento por priorizar o trabalho a fim de prover o sustento de sua família, e manifestava muitas reflexões sobre a sua saúde e de seus filhos. Por ter sido jogador de futebol, valorizava o esporte e incentivou seus filhos a uma vida saudável, os quais, por sua vez, tentaram incentivá-lo a fazer exercícios, e ele respondia: *“De jeito nenhum. Eu não tenho tempo para isso, filha. Eu tenho que trabalhar. Eu tenho teu irmão para sustentar, tem colégio para pagar, conta de água, de luz, um monte de coisa”*. É inegável que o trabalho se reveste de importância fundamental na própria constituição do sujeito, e a noção de que *“ter saúde é poder trabalhar”* foi bem explorada por autores como Boltanski (2004), que mostra como o peso da classe social dá sentido aos cuidados do corpo pelos trabalhadores. Foucault (1987), por sua vez, demonstra como as representações modernas e ocidentais do capitalismo estão em perfeita consonância com a moralidade religiosa cristã.

Na fala do Sr. Jorge, transparecem pensamentos e atitudes sobre os quais ele reflete e pondera no momento da internação:

O tempo todo na televisão fala que a gente tem que fazer atividade física. Eu gosto muito de esporte, vejo muito futebol. E vejo muitos programas. A gente escuta histórias e fica pensando: por que eu não sou assim (risos reflexivos). É (ofegante), você acaba se assimilando dentro da história da pessoa, né? Na carne, a gente aprende sentindo a dor. Antes eu não acreditava nisso, mas hoje eu vejo que é verdade. Hoje eu tenho um ensinamento bíblico e ele mostra para mim que você vive o que você planta, você colhe o que você deixou. Ah! Eu plantei dinheiro, vou colher dinheiro? Não. Você pode ter plantado muito dinheiro, mas pode ter feito muita discórdia e tua vida não vai ser uma vida boa. Eu era uma pessoa ativa 24 horas. Quando não estava trabalhando na rua, eu estava fazendo alguma coisa em casa. Assim, eu me sinto inútil, porque eu não estou conseguindo fazer nada! Mesmo assim (abre os braços mostrando o corpo), levanto e lavo louça e as pernas ficam bambeando e dá uma impressão de que vai cair, essas coisas assim. Assim eu me sinto um inútil, começo a chorar. Aí minha esposa vem e diz: não, deixa que eu faço. Eu respondo que sou um inútil e ela diz: você não é um inútil, você está doente e precisa se curar. E começa a conversar, aí põe uma música evangélica e aí vai passando aquela angústia, que é você querer fazer alguma coisa e não poder. Poxa é terrível! ... Não é que me culpo, mas sei que fui relapso na história. Que eu poderia ter feito ter feito mais pelo meu corpo. Ao meu modo de ver, com o corpo que eu tenho não era para chegar a esse ponto. Com essa idade não era pra eu estar desse jeito! (Sr. Jorge).

É notável que o adoecimento cardíaco e o risco cirúrgico à integridade corporal repercutem na reflexividade dos pacientes. Assim como o Sr. Jorge, vários pacientes internados questionaram seus comportamentos ao longo da vida, com o intuito de compreenderem como adoeceram ou como permitiram o agravamento da doença a ponto de dependerem de uma cirurgia cardíaca para se curarem. A humanidade buscou, ao longo de sua história, encontrar a causa do sofrimento, mas a dor como punição de Deus tem sua origem nos sistemas de crenças religiosas (Benoliel, 1995). Assim como no discurso desse paciente, a interpretação do sofrimento pode se configurar através do sentimento de culpa em relação aos erros cometidos com o corpo.

A expressão “na carne, a gente aprende sentindo a dor” exemplifica que, embora ele não acreditasse nisso, o adoecimento configurou a culpa como aceitação de uma punição divina, tal como aponta Asad (1993, p. 130), quando explica que a subjetivação de significados religiosos “forma ou reforma dispositivos morais”; ou seja, os pacientes não apenas representam o que sentem por meio dos elementos de fé, mas se constituem como sujeitos no mundo a partir da vivência com esses elementos. Nas narrativas da culpa concatenadas à punição, esse sentimento justifica um erro e explica algo indesejado, nesse caso, a doença cardíaca, contribuindo para a aceitação do sofrimento.

Talal Asad (2010) ressalta que a valorização da dor como modo/meio de participar do sofrimento de Cristo remota à época medieval e se contrapõe à percepção católica na modernidade, em que a dor como um mal deve ser combatida e superada. Essa diferença reside na secularização pós-iluminista da sociedade ocidental e na linguagem moral da atual sociedade. Portanto, diversas perspectivas históricas e culturais estão presentes nas reformulações do sujeito perante o adoecimento.

Ademais, o imperativo social com suas nuances religiosas pode repercutir em sofrimento para os pacientes a partir de suas experiências dolorosas, desencadeando os sentimentos de impotência e punição por não terem sido capazes de evitar os riscos à sua saúde e não se adequarem às funções sociais que configuram seu pertencimento na sociedade.

Considerações finais

As narrativas apresentadas por meio desse estudo revelam que os comportamentos religiosos no adoecimento de um órgão vital ao ser humano, o coração, configuram uma experiência de sofrimento carregada de sacralidade e que expressa diversos sentimentos arraigados na concepção do eu, que podem ou não estar associados a uma identidade religiosa.

Todavia, os discursos analisados demonstram que os pacientes não se limitam a representar suas crenças e relatar como elas os acompanham ao longo do tratamento médico, mas que os sujeitos enfermos são constituídos e reconfigurados por meio de elementos religiosos, de acordo com suas concepções de papéis sociais.

Assim, a dor pode se configurar em um menor ou maior sofrimento social. Por outro lado, a sacralidade do coração e sua função vital podem contribuir para uma aceitação do sofrimento como propósito divino, em que o apego religioso é um instrumento de superação da fase de internação pela ação da fé. E, por outro lado, a associação do corpo adoecido a elementos religiosos pode levar à subjetivação da dor cardíaca enquanto uma punição ou exclusão social. De todo modo, as expressões e compreensões devocionais disciplinam os corpos e os configuram de acordo com as concepções dos pacientes de suas funções sociais.

Esse estudo etnográfico sustenta a reflexão posta nesse trabalho de que a experiência de dor narrada por diversos grupos de cardiopatas demonstra que a vivência da doença cardíaca não se restringe ao esperado funcionamento biológico do corpo, mas que diversas dimensões (sociais, religiosas, filosóficas e outras) devem ser consideradas para uma abordagem integral desses pacientes. As pesquisas socioantropológicas ampliam os horizontes sobre as perspectivas de vida dos adoecidos e reforçam a necessidade de maiores investigações científicas para aprofundar as compreensões de seus universos sociais.

Referências

- ALVES, Paulo C.; RABELO, Mirian C. *Antropologia e saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998.
- ASAD, Talal. *Genealogies of religion: Discipline and reasons of power in Christianity and Islam*. LOCAL DE PUBLICAÇÃO: JHU Press, 1993.
- ASAD, Talal. A construção da religião como uma categoria antropológica. *Cadernos de Campo (São Paulo-1991)*, v. 19, n. 19, p. 263-284, 2010.
- BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. *Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos*. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BENOLIEL, Jeanne Q. Multiple meanings of pain and complexities of pain management. *Nursing Clinics of North America*, v. 30, n. 4, p. 583-96, 1995.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- BROWN, Peter. *Santo Agostinho: uma biografia*. Rio de Janeiro: Record, [1967] 2005.
- BURY, Michael. Doença crônica como ruptura biográfica. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 41-55, 2011.
- CARVALHO, Maria. C. V. S.; LUZ, Madel. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, n. 29, p. 313-326, abr./jun. 2009.

- CAMPONOGARA, Silviomar; SILVEIRA, Marlusse; CIELO, Cibele. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular sobre o adoecimento. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 4, n. 1, p. 993-1003, 2014.
- CASTELLANOS, Marcelo E. P. *et al.* *Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais*. Fortaleza: EdUECE, 2015.
- CHAUVAUD, Frédéric. Introduction. In: CHAUVAUD, Frédéric. *Histoires de la souffrance sociale*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2007. p. 19.
- CORBANEZI, Elton; RASIA, José Miguel. Apresentação do dossiê: racionalidade neoliberal e processos de subjetivação contemporâneos. *Mediações*, v. 25, n. 2, p. 287-301, 2020. DOI: 10.5433/2176-6665.2020v25n2p287.
- DA MATTA, Roberto. O ofício de etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: Edson de Oliveira Nunes (org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 1-12.
- FERREIRA, Jaqueline. O corpo sógnico. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília Souza (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 101-112.
- FIGHERA, J. *Angústia e fantasias relacionadas ao paciente cardíaco cirúrgico*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- FOUCAULT, Michel. *O governo de si e dos outros*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
- FREE, Mary M. Cross-cultural conceptions of pain and pain control. *Baylor University Medical Center Proceedings*, v. 15, n. 2, p. 143-145, 2002.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, [1973] 1989.
- GÉLIS, Jacques. O corpo, a igreja e o sagrado. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. *História do corpo: da Renascença às luzes*. Tradução: Lúcia M. E. Orth. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- GOOD, Byron; GOOD, Mary-Jo. D. Toward a meaning centered analysis of popular illness categories: ‘fright illness’ and ‘heart distress’ in Iran. In: MARSELLA, A.; WHITE, G. M. (ed.). *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Dordrecht: Reidel, 1982. p. 149-164.
- KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, v. 88, p. 251-258, 1978.
- KNAUTH, Daniela R.; LEAL, Andréa Fachel. A expansão das Ciências Sociais na saúde coletiva: Usos e abusos na pesquisa qualitativa. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 50, n. 18, p. 449-456, 2014.
- LE BRETON, David. *Antropologia da dor*. Tradução: Iraci D. Poleti. São Paulo: Ed. Fap-Unifesp, 2013.
- MAHMOOD, Saba. *Religious difference in a secular age: A minority report*. Princeton: Princeton University Press, 2016.
- MAIZZA, Fabiana. Razão religiosa e afeto secular – um comentário feminista. *Debates do NER*, p. 111-117, 2019.
- MINAYO, Maria C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- NUNES, Everardo D.; CASTELLANOS, Marcelo E. P.; BARROS, Nelson F. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1341-1356, 2010.
- ONGARO, Suely. O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. In: ROMANO, E. W. B. (org.). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p. 55-66.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. *Doenças cardiovasculares*. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em: 30 de maio 2020.

RABELO, Miriam C.; ALVES, Paulo C.; SOUZA, Iara M. (org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SARTI, Cynthia. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.

SOUZA, Mayara C. de; FERREIRA, Jaqueline Teresinha. A importância do vínculo etnográfico para a compreensão e análise dos dados: pesquisa com coronariopatas em um hospital público no Rio de Janeiro. *Revista Mundaú*, n. 6, p. 213-231, 2019.

SOUZA, Mayara C. Símbolos, narrativas e metáforas do coração: veredas para uma humanização do atendimento cardiológico. In: FERREIRA, Jaqueline (org.). *O corpo signico: abordagens antropológicas dos sintomas, sinais e símbolos corporais*. Curitiba: Ed. CRV, 2022. p. 221-240.

SOUZA, Mayara Cassimira. *Experiência de cardiopatas internados: narrativa dos significados e sentidos atribuídos ao coração e ao processo de adoecimento*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022b.

SOUZA, Rosa H. S.; MANTOVANI, Maria F.; LABRONICI, Liliana. M. O vivido pelo cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 5, n. 2, p. 140-147, 2006.

SPRADLEY, James. *The ethnographic interview*. Illinois: Waveland Press, 2016.

VARGAS, Tatiana V. P.; MAIA, Emanuelle. M.; DANTAS, Rosana. A. S. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 383-388, 2006.

VILA, Vanessa S. C.; ROSSI, Lídia. A.; COSTA, Maria. C. S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 750-756, 2008.

WOTTRICH, Shana H. et al. “Manifestos do Coração”: significados atribuídos à doença por pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 31, n. 2, p. 213-219, 2015.

Declaração de Coautoria: Mayara Cassimira de Souza declara ter sido responsável pela concepção e desenvolvimento da pesquisa, bem como pelas análises etnográficas e elaboração do texto. Jaqueline T. Ferreira, afirma que, como coautora, participou da “concepção da pesquisa ([do] mestrado como orientadora) e elaboração do texto.” Ambas assumem total responsabilidade ética e científica em relação ao conteúdo do texto.

*Minicurrículo das Autoras:

Mayara Cassimira de Souza. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2017). Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: mayaracassimira.sc@gmail.com.

Jaqueline Teresinha Ferreira. Doutora em Antropologia Social pela École des Hautes Études en Sciences Sociales, França (2003). Professora Associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: jaquetf@gmail.com.

Avaliadora 2: Gabriela de Lima Cuervo, [Orcid](#).

Editores de Seção: Bruno Bartel, [Orcid](#);

Emanuel Freitas da Silva, [Orcid](#)