



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

***“Construção do Sentido de Religiosidade no Território da Vida:
Compreensão do Sofrimento Psíquico”***

por

Renata Ferreira Cerqueira

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na
área de Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Victor Vincent Valla

Rio de Janeiro, 2003.

CERQUEIRA, Renata Ferreira

Título: Produção de sentido de religiosidade no território da vida: compreensão do sofrimento psíquico, 2003.

164p.;; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública / FioCruz:

Subárea: Endemias, Ambiente e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Victor Vincent Valla.

1. Religiosidade Popular. 2. Saúde Mental. 3. Territorialidade. 4. Reabilitação Psicossocial.
5. Construção de Sentido. 6. Crise Paradigmática.

*À minha mãe Hortência, ao meu pai, Luiz Carlos e à
minha “vó” Maria de Lourdes (in memoriam), por tudo
que me ensinaram.*

*À Rachel, querida mana, companheira de todas as
horas.*

Agradecimentos

O curso de mestrado nos coloca diante de vários desafios, os quais foram compartilhados intensamente, mesmo que à distância. Com carinho, agradeço aos que por aqui passaram e deixaram suas marcas, impressões, contribuições:

À minha mãe Hortência, grande incentivadora, por me ensinar o valor da perseverança e da responsabilidade.

Ao Prof. Victor Valla, pela amizade e pelo aprendizado nas orientações, exemplo de vida e de generosidade.

Às colegas de turma do mestrado. Meu carinho à Rosa, Giovanne, Daniela e Daniele, pelas trocas constantes.

Ao Alexandre Magno, por clarear algumas idéias durante o planejamento do projeto da dissertação.

À equipe do CEPEL (Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina), pela amizade consolidada durante os meses que convivemos.

Ao Prof. Eduardo Vasconcelos, pela gentileza de ter cedido importante material para consulta.

Às minhas amigas e companheiras de profissão Amanda, Ândrea e Ana Paula, sempre acreditando que podemos fazer o melhor.

Ao Reinaldo, pelo incentivo e pelo carinho que superaram a distância.

Ao “pessoal” do DENSP, Carla, Amâncio, Cristiano e Lene.

Aos usuários de serviços de saúde mental com quem pude conviver nesse meu percurso: estou sempre aprendendo com vocês.

*“Acima da verdade estão os deuses.
A nossa ciência é uma falhada cópia
Da certeza com que eles
Sabem que há o Universo”.*

Fernando Pessoa

Resumo

CERQUEIRA, R.F.. Produção de sentido de religiosidade no território da vida: compreensão do sofrimento psíquico. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

O estudo a seguir analisa a relação entre o sofrimento psíquico e a religiosidade evangélica pentecostal, tal como se manifesta na prática de um serviço territorializado de saúde mental. As buscas terapêuticas elaboradas pelas pessoas com transtorno psiquiátrico são substanciadas pela sua visão de mundo e pela esperança de encontrar a cura para o sofrimento psíquico. Nesse percurso, a igreja pentecostal exerce uma forte influência por essa busca de sentido e de acolhimento. Sendo assim, esperamos contribuir para a compreensão do sofrimento psíquico através de um outro prisma, o qual a religiosidade expressa a visão de mundo e as expectativas para uma melhor qualidade de vida. O estudo permitiu que pudéssemos observar que o espaço religioso possibilita a construção de uma identidade que pode ser aceita pela sociedade. As pessoas esperam minimizar o sofrimento causado pelo transtorno psíquico através desse espaço de fé e significação.

Abstract

CERQUEIRA, R. F. . Production of religiosity sense in the territory of the life: understanding of the psychic suffering. [Dissertation]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

This study analysis the relation between the mental disease and religiosity Pentecostal evangelical and the manifestations in the practice of health mental territorial service. The trajectories therapeutics sophisticated for the peoples ported of psychic suffering, are substantiates for the world vision and for the strong influence than the church Pentecostal exert in this search of sense (meaning) and assistance (care). For this all, wait contributed for the comprehension of psychic suffering through of another prism, where the religiosity expresses the Cosmo vision and the expectative for a better quality of life. The general conclusions of the study is that the religion is a space that possibilities the construction of an identity that can acceptable for the society. These peoples expected minimizes the suffering due to the mental disease through of search this spaces of faith and significance.

Um Recado

A psiquiatria aconteceu na minha vida quando cursava a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O ano era 1995, o local o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Eu estava ali. E entre idas e vindas, continuei; fiz residência em psiquiatria e saúde mental, busquei em outro curso de graduação, Ciências Sociais, inspiração para continuar estudando e me aperfeiçoando profissionalmente.

Agora estou aqui, apresentando minha dissertação, evocando minhas memórias e lembranças que determinaram meu caminho profissional. O que escrevo aqui são momentos de reflexão, no entanto sou a primeira a advertir que esse trabalho é apenas uma pequena contribuição para que nós, profissionais da saúde mental, continuemos pensando sobre o cotidiano da assistência psiquiátrica e da reabilitação psicossocial e o quanto nosso trabalho é árduo, complexo e contínuo.

A dissertação que apresento é um estudo que busca compreender o discurso de usuários de um serviço de psiquiatria e saúde mental, através do sentimento de religiosidade. Sabemos da comoção que a religião causa na vida das pessoas, principalmente quando estão em extrema situação de pobreza e com problemas de saúde. O imaginário que é construído em torno de um significado desenhado pela religião, dá sentido à vida e conforto às pessoas que o experimentam. Ao estudar essa temática me deparei com um universo muito rico. É impressionante como as pessoas falam do seu sentimento de religiosidade. A força com que expressam é algo impressionante, pois como podem ser tão fortes em meio a tantas dificuldades?

É com essa discussão que venho contribuir para que pensemos

nosso trabalho de maneira complexa; entretanto não permitindo que essa complexidade interfira na simplicidade de nos emocionarmos.

Sumário

I. <i>Introdução</i>	11
II. <i>Construção do Contexto da Pesquisa</i>	18
II.1. O Tempo das <i>Crises</i>	18
II.2. A Construção de Saberes Sobre a Doença	25
II.3. O Sofrimento Difuso no Contexto da Saúde Pública	33
II.4. O Sofrimento no Contexto da Saúde Mental	36
II.4.1. Breve Panorama da Reforma Psiquiátrica Brasileira	36
II.4.2. Saúde Mental e Cultura Popular	40
II.5. Cuidado e Apoio Social	42
III. <i>Algumas Considerações Sobre o Conceito de Território</i>	51
III.1. Do Território da Geografia ao Território da Vida	51
III.2. O Território da Saúde	53
III.3. O Território da Saúde Mental	56
III.3.1. A “Tomada de Responsabilidade”	60
III.4. O Território da Religião Popular	61
III.4.1. O Pentecostalismo Brasileiro Enquanto Religião Popular	66
IV. <i>O Caminho Metodológico</i>	72
V. <i>Espaços de Produção de Sentidos:</i>	
<i>Compreensão das Falas dos Sujeitos</i>	78
V.1. Núcleos de Representação	83
V.2. O Percorso Religioso	102
VI. <i>Considerações Finais</i>	129
Bibliografia	133
Anexos	

I. Introdução

Fazemos parte de um grupo de pessoas que acredita que as classes populares têm um saber acumulado e, dessa forma, produzem conhecimento, construindo um saber próprio, balizado nas suas experiências cotidianas. O Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP) da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz desenvolve, sob a coordenação dos Profs. Victor Vincent Valla e Eduardo Navarro Stotz, a linha de pesquisa *Educação, Saúde e Cidadania*. Esta linha de pesquisa envolve uma série de estudos referentes ao conhecimento e ao saber popular: suas práticas de saúde e seu discurso na construção de formas diferenciadas de acesso à rede básica de saúde. Uma das pesquisas que vem sendo trabalhada é a *Religiosidade Popular e Saúde*, enquanto prática desenvolvida pelas classes populares para lidar com o sofrimento difuso.

Sabemos das mudanças que estão acontecendo na dinâmica populacional, a violência que atinge a população mais jovem, em contrapartida, observamos o envelhecimento da população, o que nos indica o aumento da expectativa de vida. Vários indicadores vêm demonstrando um novo perfil populacional que vem sendo delineado com as mudanças sociais nos últimos 30 anos (Duchiade,1999). E esse perfil que vem sendo definido requer políticas públicas que atendam às suas necessidades. No entanto, não é nosso objetivo tratar desse assunto nesse trabalho, porém é só voltarmos nossa atenção para o que as pessoas pobres estão nos dizendo. Em meio às dificuldades de acesso à rede básica de saúde, as classes populares estão construindo formas consideradas alternativas de cuidados com a saúde. E esse fato não é peculiar apenas às classes populares: o sucesso cada vez mais crescente das terapias alternativas na classe média nos faz pensar em uma nova modalidade de cuidado à saúde que se define pela integralidade

das ações de saúde e da rede de serviços, além da visão holística do indivíduo, (Luz, 1997; Pinheiro, 2001). O que transcende a questão da dicotomia corpo e mente, esquadrihada pela própria racionalidade médica. Com isso, as classes populares também acessam modos alternativos de lidar com seus problemas e dificuldades, encontrando na religião resposta e tratamento para seus males e para o seu sofrimento (Valla, 2001). E o discurso que as classes populares construíram a partir da religião versa principalmente sobre o conforto e o acolhimento que recebem nos espaços religiosos. E esse acolhimento, que mobiliza muito a emoção, une as pessoas, transformando-as em “irmãos”.

Ponto-chave dessa discussão é o questionamento à hegemonia da biomedicina enquanto detentora dos meios de cura e de compreensão do processo de adoecimento, refletida pela insatisfação da sociedade, principalmente, dos que acessam com dificuldade a rede de saúde. O que se observa é a procura cada vez maior por formas de tratamento alternativas ao que se conhece por convencional. As pessoas certamente procuram algum tipo de acolhimento que não receberam no sistema de saúde, o que nos faz atentar para essa nova possibilidade eleita pelas classes populares como forma de tratamento e apoio.

Já foram comprovados os efeitos benéficos que a emoção causa no organismo, tendo como um dos resultados a produção de endorfina, hormônio responsável pela sensação de bem-estar (Valla, 2000). Os mesmo efeitos são observados quando praticamos exercícios físicos ou estamos vivenciando situações de extrema alegria e prazer. Com essas breves explicações entendemos o que pode acontecer no interior de uma igreja pentecostal superlotada onde o pastor mobiliza a platéia com louvores e cantos; pronuncia palavras fortes e de fé que são repetidas com fervor pelos fiéis. Há uma atmosfera extenuante de satisfação, emoção e esperança de que a benção seja alcançada tão logo que

forem feitas as ofertas do dízimo ou as orações fervorosas. O pastor enquanto figura que estimula e rege a platéia, tem seu brilho ofuscado pela emoção que toma conta dos fiéis, o culto alcança o auge quando é pronunciada a presença do Espírito Santo, (César,1992; Bonfatti, 2000).

Essa descrição nos mostra que há algo a mais que justifica a permanência e a ligação das pessoas ao pentecostalismo, algo que vai além das mudanças que a conversão causa em suas vidas.

Partindo dessas constatações e dos efeitos que a emoção causa nos fiéis, chegamos ao conceito de apoio social (Valla, 2000), que é o efeito produzido por essa atmosfera de acolhimento e aceitação, alimentada pela emoção.

As pessoas quando buscam a religião freqüentemente estão experimentando situações limites, como desemprego, desarmonia familiar, doença, vícios; e ao participarem dos cultos encontram palavras de conforto, apoio e compreensão (Bonfatti, 2000). A resposta é a conversão à religião e com isso o fiel assume o compromisso de divulgar as bênçãos que alcançou, além de voltar sua vida para os pressupostos da igreja. Com essas *prescrições*, as pessoas reorientam suas vidas, passam a dar um significado ao que estão vivenciando; quase sempre relacionada à “falta de fé”, “provação de Deus” ou “forças malignas”.

Partindo desses fatos é que iniciamos nosso processo de compreensão sobre o sofrimento psíquico e como ele é definido na igreja pentecostal. Buscando essa compreensão a partir da perspectiva da saúde, acreditamos em um conhecimento que pode ser compartilhado com as classes populares, como forma de edificarmos novos saberes e práticas para lidar com o sofrimento.

Com todo esse *potencial racionalizador*, (Machado, 1996), a igreja

pentecostal está cada vez mais atuante no cenário brasileiro e, muitos dos usuários dos serviços de psiquiatria, freqüentam essa igreja nas suas diversas denominações. Historicamente, o substrato cultural de compreensão da loucura fora permeado por crenças em espíritos malignos, que dominavam o corpo, a mente e a vontade do indivíduo. A história sempre lançou mão de elementos da visão religiosa para compreender e explicar a doença mental. Esses espaços de representação constituem um sistema de compreensão da lógica da dinâmica das sociedades. Sobre essa “articulação” de espaços representacionais, Machado (2001: 28), nos diz que:

“...tanto a religião quanto a psiquiatria são conjuntos de conhecimentos que dão sentido para situações vivenciais dos sujeitos e assim permitem que eles construam as representações necessárias diante de determinados problemas. Sendo assim, ambas são organizadoras de condutas desse agir que se expande, sem ordem, para um sentir e um pensar”.

Sendo assim, partindo do pressuposto de que as instituições religiosas funcionam como rede de sentido e apoio social, como as classes populares lidam com o sofrimento psíquico e constroem as trajetórias terapêuticas?

Dessa forma, o estudo tem como objetivo analisar o discurso de pessoas de classes populares sobre a importância das igrejas pentecostais e neopentecostais nas trajetórias terapêuticas que percorrem para tratar o sofrimento psíquico. Acreditamos que, ao elaborar esse estudo, possamos contribuir para minimizar o confronto de saberes e vivências, os quais são desmerecidos muitas vezes por um saber já legitimado pela

racionalidade biomédica. Estamos construindo um espaço muito caro; na medida em que estamos nos permitindo dialogar com formas de saberes com as quais esbarramos a todo o momento e que, por diversos motivos, não nos atemos aos seus conteúdos.

O estudo partiu de um serviço de atenção diária da cidade do Rio de Janeiro. Dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, trata-se de um serviço territorializado de saúde mental, onde pessoas com transtornos psíquicos fazem tratamento com base na reabilitação psicossocial. Os clientes passam o dia nessa unidade, onde participam de grupos, oficinas, se beneficiam da convivência com outras pessoas. Minha inserção nesse serviço é como enfermeira da equipe de reabilitação psicossocial, que enquanto conceito é definido por Benedetto Saraceno assim:

“A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador”, Saraceno (1999:12).

Com isso, as atividades nos centros de atenção diária, têm como objetivo trabalhar com o cliente a cidadania, as práticas sociais e o relacionamento interpessoal. Acreditamos que essa reorientação da assistência psiquiátrica permite olhar o sofrimento psíquico através de outro prisma, construído a partir de experiências subjetivas e particulares. Temos com isso a possibilidade de interferir em um processo crônico de doença, estimulando o indivíduo para que passe a fazer parte do seu tratamento, permitindo o “resgate de identidades” e a construção de laços de contratualidade social.

Referências Bibliográficas

BONFATTI, P., 2000. *A expressão Popular do Sagrado: Uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo: Edições Paulinas (Coleção Religião e Cultura).

CÉSAR, W., 1992. Sobrevivência e transcendência: Vida cotidiana e religiosidade no pentecostalismo. In: *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro, 16/1-2, pp.46-59.

DUCHIADE, M. P., 1999. População brasileira: um retrato em movimento. In: *Os muitos brasis – saúde e população na década de 80* (M.C. Minayo, org.), pp. 14-57, São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco.

LUZ, M. T., 1997. Novas realidades em saúde, novos objetos em ciências sociais. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A M. Canesqui org.). São Paulo: Editora HUCITEC-ABRASCO.

MACHADO, M.D.C., 1996. *Carismáticos e pentecostais – adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo: Associação de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Editora. Autores Associados.

MACHADO, A. L., 2001. *Espaços de Representação da Loucura: Religião e Psiquiatria*. Campinas, São Paulo: Editora Papirus.

PINHEIRO, R., 2001. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. Pinheiro & R. Mattos, org.), pp.65-112, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

SARACENO, B., 1999. *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania*

possível (trad. de L.H.Zanetta, M.C.Zanetta e W.Valentini), Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.

VALLA, V., 2000. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v4, n7, pp. 37-56.

VALLA, V. (org.), 2001. *Religião e Cultura Popular*, Rio de Janeiro: DP&A Editora.

II - Construção do Contexto da Pesquisa

II.1. O Tempo das *Crises*

Estamos num período de *crises*. Esse parece ser o tema que permeia qualquer discussão e reflexão sobre as relações sociais na contemporaneidade. E esse momento de crise nos explica muitas coisas, mas também nos deixa muitas dúvidas sobre o que a sucederá. Mas esse debate não pode se limitar à intelectualidade, pois há uma *crise* que está sendo vivenciada, experimentada por todos nós, que é a crise das relações humanas. Crise essa que permeia o cotidiano, quando a população se depara com a violência, com a falta de emprego, com a falta de respeito com seus direitos. E essas crises vão confluindo e dando origem a outras de maiores proporções, como a crise do sistema de saúde, da educação, do respeito à cidadania. É um processo, é histórico.

Essa *crise* envolve uma série de concepções e verdades que foram exibidas ao mundo nos séculos XVI e XVII, quando o ocidente *encantou-se* com a Revolução Científica, com o Movimento Iluminista e mais tarde com a Revolução Industrial. Trata-se de um período da história da humanidade que foi palco dos grandes adventos e invenções que conduziram o mundo à modernidade. A medicina foi incrementada com a fisiologia do corpo humano e as hipóteses da transmissibilidade das doenças, corroborando para uma visão do ser humano mais dinâmica, facilitada pelo esquadramento do corpo, proporcionado pela anatomia. As novas abordagens para compreender o misterioso funcionamento do corpo humano tiveram no rigor do método científico o respaldo para alcançar a verdade e produzir conhecimento. A Revolução Industrial embute no andar da história a perspectiva do lucro, da prosperidade econômica e do prestígio social. Berço de toda uma concepção que foi erigida a partir de uma visão do

mundo balizada na competição, na produção, no acúmulo de riquezas e na visão do homem em partes; tudo isso compondo um sistema.

Todas essas concepções, regras e normas, constituem o que hoje se conhece por *paradigma*, do grego, *padrão*, terminologia aplicada por Thomas Kuhn à “*toda a constelação de crenças, valores, técnicas, etc, partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada*”, *apud* Kropf & Lima (1999:571). E é esse paradigma, centrado no técnico e no científico, que hoje se encontra sob questionamentos quanto à sua onipotência e onisciência ao responder pelas transformações sociais, culturais e econômicas das relações humanas.

O racionalismo técnico-científico influenciou diretamente as relações com a religião. O Cristianismo enfatizou que, para exercer a crença religiosa, o exercício cognitivo era imprescindível na compreensão das questões eclesiais, submetendo-as então ao conhecimento científico. O reforço da crença monoteísta também foi outro aspecto do movimento religioso, contrariando uma tradição centrada na mitologia e no politeísmo. A resposta religiosa à Revolução Científica veio com a Reforma Protestante. Essa relação foi alvo de vários estudos (Robert Merton, Keith Thomas), acerca da repercussão no cenário político e econômico. Um dos mais famosos foi o elaborado por Max Weber: *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, onde se destaca como o protestantismo se adequou à essa nova lógica capitalista, permeada pelo interesse econômico. Ao analisar a relação estabelecida entre a Revolução Científica e a Reforma Protestante foram encontrados vários elementos em confluência com os princípios teóricos da Ciência Moderna.

Com isso Weber (1985) fez aproximações entre a *ética protestante* e os valores e motivações associados ao capitalismo como atividade econômica. Postulou-

se que havia uma “predestinação” combinada ao ascetismo pessoal que conseqüentemente resultaria no acúmulo de riqueza. Essa formulação teórica incidiu na sociedade como uma prescrição na maneira de agir, onde uma lógica garantiria que acumular riquezas faria parte dos desígnios de Deus. Quanto a isso, Tambiah (1995:12), nos diz que “*Weber postulou que a Reforma Protestante estimulou uma condução sistemática do mundo aos domínios da economia, administração, políticas e ciências*”, [versão minha].

Antes de se constituir o que chamamos hoje de paradigma técnico-científico, a humanidade dispunha de outras formas de encontrar a verdade, de tratar seus males, de subsistir e lidar com a riqueza. O período da Revolução Técnico-Científica conseguiu constituir ao longo do ocidente, do Novo Mundo e do Velho Mundo, uma uniformização das ações humanas e condução da humanidade, através das leis, tratados e das grandes enciclopédias. Com esses avanços na tecnocracia, superou-se a visão mágico-religiosa do mundo.

Fritjof Capra (1986), em *O Ponto de Mutação*, já dizia que a crise atual que vivenciamos é antes de tudo, uma “*crise de percepção*”, pois já se entende e percebe-se que uma realidade não pode ser concebida a partir de um único prisma, de uma única visão de mundo elaborada em um período específico da história. Hoje vemos que esse prisma já nos dá sinas dos seus limites. As sociedades se complexificaram e com elas, as relações humanas e as expectativas das pessoas diante do mundo. Os conceitos pré-estabelecidos são revistos cotidianamente; várias formas de conhecimento são produzidas por segmentos da sociedade que não são contemplados pelo conhecimento científico. As práticas sociais e de saúde são reinventadas a partir das dificuldades, das demandas específicas, do sofrimento. O homem ao ser concebido como unidade *biopsicossocial*, ecologicamente falando, transcende a um paradigma que o contempla enquanto mente –

racional e corpo – máquina, para o trabalho. O conhecimento que é difundido informalmente se integra à sociedade sincreticamente, levado pelas pessoas que o legitima, que o produz, que o movimenta. Não há mais espaço nessa sociedade, que se constitui complexa, para categorias estanques e visões reducionistas de grupos sociais que ainda teimam em olhar o mundo através das lentes mecanicistas. José de Souza Martins (1989), no entanto, diz que ao tentarmos dicotomizar as práticas populares da cultura popular (prisma da lógica iluminista), nos colocamos,

“...diante de um falso dilema: de um lado, uma cultura supostamente sem sentido, que, por isso, ganha sentido no contra-senso do arcaico que sobrevive, resquício de um passado perdido e ilusório. De outro lado, uma prática sem sentido que só ganha sentido na mediação das organizações e das teorias que as têm como pressuposto de um conhecimento socialmente adequado”,
(Martins, 1989:122).

Uma mudança de paradigma reflete na revisão do conceito do processo saúde-doença, que foi elaborado à luz da teoria da *História Natural da Doença* (Leavell & Clark, 1976), a qual enfoca o indivíduo susceptível ao agente etiológico, desconsiderando fatores sociais, econômicos e culturais, hoje imprescindíveis para a compreensão do processo saúde-doença.

A crise de paradigmas é tema de constantes reflexões das relações sociais, das práticas de saúde consideradas alternativas, das instituições religiosas e de educação. As pessoas lidam cotidianamente com a crise paradigmática sem se darem conta.

As políticas públicas que norteavam a prática médico-assistencial organizaram um sistema de saúde hegemônico para lidar com as questões referentes ao processo de saúde e doença. Madel Luz, coordenadora da Linha de Pesquisa *Racionalidades Médicas* do Instituto de Medicina Social/UERJ, em um estudo sobre práticas terapêuticas em que foram analisados os papéis das instituições médicas, concluiu que o norte das políticas públicas de saúde no Brasil é o saber médico: “*os hospitais, os Postos de Atendimento Médico, as Faculdades de Medicina e as estruturas administrativas do setor saúde eram bússolas sociais para o equacionamento das questões do adoecimento da população*” (Luz, 1997:80).

O caminhar da história permitiu que novos saberes fossem instituídos, havendo a possibilidade de recontar essa história. Com isso, a hegemonia do saber médico sobre saúde e doença também pôde ser revisitada. O questionamento a esse modelo tem na população seu declarante. As transformações constantes da sociedade brasileira demonstram que o modelo que persiste está aquém de atender suas necessidades. A partir desses acontecimentos, Luz (1997), nos indica que estamos diante de uma *crise* cultural do *paradigma biomédico*, que por ser algo que supera a visão esquadrihada do ser humano, passa a ser a resposta para muitos questionamentos referentes às práticas de saúde. E essa mudança de lógica, se reflete nas relações sociais, na procura por outras formas de tratamento que respondam ou complemente as questões do indivíduo; as pessoas querem ser vistas na sua inteireza, como um todo que são. No entanto, a coexistência de práticas terapêuticas populares, embora não sendo legitimada pela racionalidade biomédica, permite que as pessoas articulem essas formas diversificadas de saber, de tratamento e cura no cuidado com a saúde. E é essa diversidade que dá o tom, que mescla com outras cores a diversidade cultural.

Pretende-se que outras formas de cuidado sejam reconhecidas, que a compreensão do indivíduo não seja reduzida a um único saber legitimado. Todas essas formas de saber se completam. E o mais interessante está em ver como o saber popular, alheio a essas questões técnicas e paradigmáticas, dita sua preferência pelos sistemas de tratamento, não se preocupando em estabelecer regras de hierarquia entre elas. “*A população sobrevive sincretizando as duas culturas de maneira muito criativa, subordinando simbolicamente o saber médico dominante ao saber tradicional popular*” (Luz, 1997:84).

Em tempo de tantas crises, não podemos nos abster em falar da *crise de interpretação*. Essa terminologia nos foi trazida por José de Souza Martins para qualificar o tipo de crise que permeia as relações entre a população e os profissionais (tanto da academia quanto os técnicos). Acredita-se que há uma lacuna criada entre as duas falas, que faz com que não haja interlocução. É aí que Martins (1989), classifica a *crise de interpretação*, a partir do momento que qualificamos a expressividade da população como incompreensível. Na verdade, não é a população que não sabe se expressar; somos nós, profissionais que não estamos compreendendo porque a população não se sente atendida na satisfação das suas necessidades. A *crise de interpretação* é descrita por Martins (1989:134), quando nos diz que “*a crise atual não é crise dos grupos subalternos, mas dos grupos de mediação, grupos de apoio intelectual às lutas populares*”.

Adela Cortina, professora de Ética e Filosofia da Universidade de Valência na Espanha, nos fala de uma *crise de valores*. Em um dos seus questionamentos, Cortina (1996:36), refere-se à maneira como a sociedade lida com a ética civil, uma vez que “*o modo de descobrir valores e o modo como se quer encará-los está mudando*”. A seu ver, os valores éticos, morais, de solidariedade, de igualdade encontram-se em um

momento de fragilidade, necessitando ser revistos. Cortina trabalha com a questão da ética civil enquanto um elemento em comum a fim de estabelecer a convivência entre as pessoas, respeitando as diferenças e as divergências que são peculiaridades de um mundo plural. É a primazia pelo respeito às diversas concepções de mundo e às escolhas individuais. A autora acredita que a *falta de sentido*, enquanto projeto de vida individual ou coletivo, seja um dos fatores mais agravantes da crise de valores que nossa sociedade experimenta.

No entanto, essa lacuna aberta pela *crise* de paradigmas que estamos vivenciando, pode ser preenchida com iniciativas diversas, pronunciadas tanto pela sociedade civil organizada quanto por políticas de saúde que realmente valorizem o sujeito eticamente na sua dimensão sócio-cultural. A partir dessa lacuna e dos eventos que podem ser precipitados, José Ricardo Ayres, recomenda que transformemos essa expectativa em reflexão, pois considera que a “*dimensão filosófico-conceitual da chamada crise paradigmática*” (Ayres, 2001:64) é um terreno fértil para novas propostas e alternativas. No entanto, o autor adverte para os riscos de tais propostas, que podem ser sufocadas por atitudes simplificadas reducionistas. “*Nesse momento de crise, o grande norte passa a ser, então, explorar ao máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distanciadadas as paralisantes deformações ideológicas*”, (Ayres, 2001:64). O autor vem de encontro à premissa de que para preencher a lacuna aberta pela crise, dependemos da “*ação e do compromisso, amalgamados por uma solidariedade social pacientemente construída pela interação democrática*”, (Ayres, 2001:64).

II.2. A Construção de Saberes Sobre a Doença

A concepção de Hipócrates sobre saúde como sendo o equilíbrio natural entre o homem e o meio externo, influenciou a medicina ocidental. Através da *teoria dos humores*, Hipócrates explicava que o corpo humano mantinha o equilíbrio – *saúde*, através de quatro humores fundamentais: sangue, pítuita, bílis amarela e bílis verde escura (atrabilis), (Pessoti, 1995). A doença seria o resultado do desequilíbrio entre os humores e o meio externo – *natureza*, a qual mediava esse equilíbrio. Hipócrates ainda primava pela *investigação* enquanto base para sua análise do estudo das doenças. Giovanne Berlinguer considera que Hipócrates foi o precursor de uma visão complexificada do processo saúde-doença e que as associações que fazia entre a profissão, a dieta ou outro indício de alteração fisiológica, permitiu estabelecer uma rede de nexos e o estudo do processo de adoecimento: “*a anamnese (história), o diagnóstico (investigação) e o prognóstico (previsão) das doenças*”, (Berlinguer, 1988:13).

A doença mental, até então concebida como castigo dos deuses, na Antigüidade Grega submete-se à compreensão do desequilíbrio dos humores. Homero, um dos pensadores de maior expressividade, conhecido por suas epopéias, foi um dos primeiros a descrever um quadro de melancolia. E foi assim que o fez: “*Mas quando ele também caiu no ódio de todos os deuses, Belerofonte, só, vagava pelas planícies com passos vãos, roendo-se o coração distante das pegadas dos viventes*”, *apud* Pessoti (1995:19). Homero, em suas epopéias, concebia a loucura como a perda da razão, do contato com a realidade e do controle sobre si mesmo.

No entanto, Galeno, outro médico da Antigüidade, localizou no cérebro a causa da loucura, havendo três almas constituindo o homem: “*a racional, residente no cérebro, a irascível, sediada no coração e a concupiscível, localizada no fígado*”, *apud* Pessoti (1995:69).

Saltando da Antigüidade Grega para a Idade Clássica, século XVII, vamos encontrar na Renascença a herança deixada pelos grandes artistas que tiveram nos momentos de loucura, inspiração para realizar suas obras. A Renascença soprou novos ventos de cultura; as artes, as grandes obras literárias, frutos da efervescência cultural, tiveram nos *loucos* da época seus maiores expoentes. Pairava uma atmosfera misteriosa, até romanesca, onde figurava aquele que representava o lado oposto de uma sociedade que primava pela racionalidade. O século XVII foi palco de grandes transformações no lidar com a loucura. Foucault (1995:45), assim o retrata: “*a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força*”. E esse golpe de força a que se referia foi o episódio denominado de *A Grande Internação* (Foucault, 1995).

A loucura vista até então como um mal a ser isolado da sociedade, encontra no idealismo de Phillippe Pinel, uma explicação condizente às premissas do racionalismo ocidental, em ascensão naquele momento da história. Na sua percepção, a loucura era o rompimento com a normalidade, com as regras sociais e que através de medidas pedagógicas, seria possível retornar o indivíduo à normalidade. Pinel, com essas assertivas, demonstrou que a loucura é uma doença e como tal e qual, passível de cura. Provavelmente Pinel, influenciado pelo pelas idéias da Revolução Francesa, reformulou o tratamento de confinamento dado aos loucos, não deixando de responder, contudo, aos apelos políticos da época. Ao exibir o gesto histórico de libertar os loucos dos grilhões, Pinel inaugurou a *racionalidade da doença mental*, instituído através do tratamento moral. De acordo com Souza (2001),

“*Segundo Pinel, o importante era dominar o alienado, era ver a ordem e a lei do médico reinarem absolutas no asilo. Isto só*

poderia ser obtido com a ajuda de seu auxiliar, mediante persuasão ou punição, mas principalmente pelo respeito e pela autoridade”.

E o gesto de Pinel, considerado revolucionário, ressoou na corte brasileira com a construção de asilos de loucos nas suas principais capitais.

Ao ser apoderada pelo saber médico, a loucura passa a obedecer todas as restrições e os encaminhamentos diagnósticos a que são submetidas às doenças. A institucionalização surgiu como solução e primeira tentativa para lidar com algo desconhecido que ainda carecia de investigação. Os procedimentos diagnósticos e de tratamento que surgiram, condizentes com a época, tinham o objetivo de tratar moralmente o doente; a coerção e a submissão eram preciosas armas para resgatar o louco à sua razão. Enquanto a doença mental era relacionada ao funcionamento social, resultando na incapacidade do indivíduo conviver socialmente, o tratamento baseado na pedagogia da ordem cumpriu seu papel social.

O incremento da medicina e das técnicas terapêuticas, as primeiras contribuições da psicanálise provocaram um contraponto polêmico entre um saber racionalizado e o surgimento uma nova cultura ainda sem comprovação científica. As digressões filosóficas e os estudos etnográficos possibilitaram uma série de discussões e reflexões. O século XX trouxe elementos que substanciaram todo um processo de questionamentos sobre o saber psiquiátrico na sua vertente totalitária, construído sobre o alicerce da cultura manicomial.

A abordagem cultural da doença mental ganhou maior espaço no cenário acadêmico a partir dos clássicos estudos etnográficos, descritos no início do século XX, por Bronislaw Malinowski, Evans-Pritchard, Marcel Mauss, Franz Boas, o tratado

antropológico de Levi-Strauss e o mais contemporâneo, George Devereux, ao descrever a etnopsiquiatria. Esses primeiros estudos, que contemplavam a discussão sobre cultura e doença mental, tinham como objetivo principal, o que Duarte (2000:107), considera uma busca para que fosse possível:

*“Produzir conhecimento sobre os princípios, organização e processos da **construção social** ou **regulação moral da pessoa** em diferentes contextos históricos balizados por formas específicas de interação entre os **modelos culturais de pessoa**, a **organização do campo científico** e as exigências das **políticas públicas** de um Estado Nacional moderno”* (grifos meus).

A discussão contemporânea sobre cultura e doença mental relaciona as expressões populares que descrevem o modo como a doença é sentida e percebida, sempre ouvimos os termos: nervoso, mal-estar, problemas de cabeça, perda do juízo, depressão, aflição, perturbação. As pessoas das classes populares classificam o mal-estar a partir das sensações que percebem, das limitações físicas que a doença impõe, o que estaria pondo em risco, na maioria das vezes, a capacidade para o trabalho. A carga cultural que legitima as diferentes percepções, visões de mundo, modos de classificar, o momento de buscar ajuda e o tipo de ajuda, constituem questões que envolvem toda uma percepção individual, que mais cedo ou mais tarde terá repercussão coletiva. Ao buscar o tratamento, geralmente mobiliza-se a comunidade, que de certa forma, se vê envolvida no processo de busca terapêutica. Chamamos de busca porque nem sempre o caminho final é um posto de saúde ou um hospital, freqüentemente as pessoas buscam auxílio e orientação na própria

comunidade. A orientação pode partir de um pastor, de uma benzedeira, de uma pessoa considerada mais experiente. Esse primeiro momento de orientação pode resultar na busca pelo cuidado universitário ou por uma oração praticada pelo pastor ou alguma receita caseira com caráter prescritivo. Há de se notar, entretanto, que houve uma busca e um movimento inicial de cuidar, de acolher. Diversos autores (César, 1995; Alves, 1999; Rocha, 2000; Caroso et al, 2001), estão voltados para esse movimento, em que a população classifica seu sofrimento e busca alívio, baseada na sua visão de mundo e, principalmente, na disponibilidade dessa ajuda. Façamos uma breve passagem pelos principais estudos sobre essa questão que vem nos interpelando e nos surpreendendo nos serviços de saúde.

Rabelo et al (1999), trabalham com o conceito de experiência da doença enquanto substrato inicial para compreensão do processo de adoecimento. O adoecer é singular, envolve construções subjetivas e simbólicas, freqüentemente acompanhada de sofrimento. Sendo assim, Rabelo et al (1999:13), consideram que:

“Uma abordagem centrada na experiência nos permite reconhecer dimensões importantes da aflição e do tratamento que escapam tanto aos estudos desenvolvidos segundo a ótica biomédica, quanto aos trabalhos antropológicos e sociológicos tradicionais”.

O processo de adoecimento é complexo, diverso, não aceitando uma conceituação unívoca a partir do conceito de experiência. A experiência mobiliza o subjetivo, mas também as alianças e as redes comunitárias que serão acionadas nesse contexto. Rabelo et al (1999), demarcam nessa questão da experiência o corpo enquanto unidade que nos situa no mundo, além de ser fonte de sentido para a experiência de doença.

Luiz Fernando Dias Duarte, em um estudo realizado em uma comunidade pesqueira da cidade de Niterói, município do Rio de Janeiro, notou que o espaço cultural de representação e classificação da doença é, acima de tudo, contextualizado, dotado de causalidade, onde se faz uma leitura das relações sociais e econômicas que são pertinentes à visão de mundo das pessoas. No seu estudo, Duarte (1986:155-213), analisou a terminologia ***perturbação***, como “*um ponto de permeação ou passagem entre esses pólos da visão de mundo dos sujeitos, por mais que, ao final de contas, ele possa avançar sobre eles, interligá-los, embaralhá-los e investi-los de uma significação bem outra*”.

Em outro estudo, esse realizado por Marina Cardoso, em uma cidade do interior de Minas Gerais no final da década de 80, teve como contexto a reorientação das políticas de saúde nos anos 80, em que a rede de serviços básicos foi preconizada a partir dos preceitos da política do Sistema Único de Saúde - SUS. A autora procurou compreender como se deu a inserção do saber psiquiátrico na unidade de saúde, bem como a apropriação desse saber pelos médicos clínicos no diagnóstico e no encaminhamento das queixas dos pacientes. A autora fez ainda questionamentos críticos relacionados ao fator norteador dessa nova prática de saúde enquanto estratégia de controle social, através da prevenção da doença mental. Cardoso (1999:43), nos diz que:

*“Postular essa **relatividade do fato mórbido** não somente é postular que a doença só tem “realidade” e “valor” no interior de uma cultura que a concebe como tal, mas é também reconhecer a existência de códigos culturais diferenciados para expressar a experiência pessoal e social da enfermidade”.*

Com isso, a autora se deparou com uma rede de significados e significantes elaborados pelos pacientes que eram atendidos no posto de saúde: “*Por isso ela [a enfermidade] torna-se uma experiência significativa, suporte de valores, representações e práticas sociais diversas*” (Cardoso, 1999:43).

Maria Andréia Loyola, realizou um dos primeiros estudos onde a religião umbanda fora analisada enquanto sistema terapêutico, ora competindo, ora aliando-se ao sistema médico “oficial”. Esse estudo foi realizado na região da Baixada Fluminense, no estado do Rio de Janeiro, onde os habitantes de um bairro foram entrevistados e acompanhados pela pesquisadora. Observou-se que os sistemas religiosos favoreciam a autonomia daquela população, não apenas no sentido religioso, mas, sobretudo, nas questões cotidianas. É demonstrado no estudo que, os moradores da região pesquisada, “*são levados a formular novas reivindicações nos domínios médico, jurídico, social, escolar, cultural e diversas outras concernentes à vida cotidiana*”, (Loyola, 1983:193). Longe da categoria de alienados, utilizada para classificar os que não lutam pelos seus direitos, as pessoas produzem conhecimento ao lidar com a saúde e com a doença de maneira não estanque, mas sim enquanto sujeitos pondo em prática a cidadania.

A partir desse mesmo objeto de estudo, Paula Montero, utilizou a umbanda para compreender sistemas de representação da doença nas classes populares. Seu estudo é uma análise das práticas populares e culturais que são exercidas pelos pobres dentro de uma perspectiva racionalizada e hegemônica representada pela *medicina oficial*. Da mesma forma que há uma competição entre a cura *mágico-religiosa* e o *saber médico*, percebe-se o sincretismo e a apropriação de termos médicos pelos praticantes da umbanda. O discurso dos praticantes não admite esse sincretismo; há uma lógica racionalizada e

fundamentada em argumentos que a medicina oficial não explica. No entanto, o caráter mágico que legitima e dá significado ao adoecer, tem na religiosidade o sentido que orienta práticas terapêuticas, abrangendo a pessoa na sua totalidade. A prática atomizadora da medicina oficial justifica *per si* a eficácia simbólica que a pessoa experimenta ao frequentar grupos e curas religiosas. Montero (1985:255), ao concluir seu trabalho reconhece que:

*“Essa capacidade que o discurso religioso tem de **costurar** a multiplicidade de sensações e acontecimentos percebidos de maneira caótica e atomizada pelo indivíduo **doente** confere ao sistema mágico-religioso de cura uma abrangência muito mais ampla quando comparado ao sistema médico”.*

Kleinman (1980), ao estudar o sistema cultural de cura na Austrália, nos fala a partir de uma perspectiva antropológica, que o processo saúde-doença é construído socialmente e sua lógica perpassa o paradigma ocidental do racionalismo científico. Dentro dessa compreensão, o adoecimento é resultante de construções culturais, subjetivas, que dão ao sujeito a capacidade de explicar o que lhe aflige, constituindo a rede de significados e significantes da doença. No caso da doença mental, a construção cultural perpassa ainda o caráter mágico-religioso para dar sentido e explicação à experiência vivenciada. Daí sabe-se que, as diversas concepções elaboradas sobre o adoecimento, encontram nas explicações espirituais, um sentido para o transtorno mental. Sabe-se que é uma doença que aflige, que causa um imenso sofrimento, mas que não é concretizada através dos recursos diagnósticos avançados que a medicina hoje dispõe. Por isso é muito comum ouvirmos as pessoas que sofrem de doença mental relatarem seu estranhamento,

sua aflição e o sentimento de impotência diante da doença. Esse sentimento é muitas vezes o responsável pela sua característica de *desabilitar* o sujeito para as práticas sociais.

As classificações diagnósticas que nortearam durante muito tempo a intervenção psiquiátrica, agora vêm dando mostras de que não conseguem dar conta de uma questão que tangencia muito mais o subjetivo e o simbólico. Muda a própria característica do tratamento, que da intervenção psiquiátrica, requer agora, cuidado. Mas para cuidarmos precisamos incluir nessa trama o sujeito, não mais apenas seus sintomas. A compreensão de que o sujeito precisa ser cuidado e não apenas sofrer intervenções, desmistifica a questão do isolar para intervir, (Foucault, 1995). A extensão do cuidado é ampliada para o sujeito em comunidade, não mais destituído de família e da potencialidade de elaborar e desenvolver laços sociais.

II.3. *O Sofrimento Difuso no Contexto da Saúde Pública*

O sofrimento difuso passa a ser uma questão social ao evidenciar o drama da população brasileira, que vive um cotidiano de dificuldades das mais variadas: desde o acesso dificultoso aos serviços de saúde, resultante de políticas sociais insuficientes, aos conflitos na dinâmica familiar. Estamos chamando a atenção para um fenômeno social que vem acontecendo cotidianamente com as pessoas que buscam atendimento médico para tratar de queixas ou sintomas considerados *inespecíficos* pela medicina tradicional.

O contexto atual nos exhibe um perfil populacional dinâmico, instigando a reelaboração do conceito de saúde, sob a perspectiva da qualidade de vida. A violência urbana, os homicídios por armas de fogo e as outras causas externas, tendo nos

jovens suas principais vítimas, caracterizam essa nova dinâmica populacional. Temos associado a essa modificação da população, o aumento exagerado da urbanização, do fluxo migratório (campo-cidade), e a conseqüente hipertrofia do setor de economia informal. *“Tornou-se consenso à idéia de que a saúde constitui um indicador de qualidade de vida, e é determinada, por sua vez, pelas condições gerais de existência”* (Duchiade, 1999:16).

Tudo isso contribui para um processo de adoecimento nas pessoas, provocado pela disputa perpétua de melhor qualidade de vida. A necessidade de desafiar cada vez mais a economia perversa e um mercado de trabalho extremamente competitivo, exigente e escasso, compromete a dinâmica familiar e a saúde mental, desgasta os laços sociais e faz com que encaremos uns aos outros como adversários.

As queixas físicas que são consideradas inespecíficas são aqui denominadas *sofrimento difuso*, uma característica que vem marcando cada vez mais o discurso das pessoas mais pobres ao procurar os serviços de saúde. David (2001:35), define muito bem esse novo conceito:

“Uma certa forma de “adoecer” comum na atualidade, representada por um conjunto amplo de sinais e sintomas – uma entidade mórbida não muito claramente definida, que se situa a meio caminho entre o campo da saúde mental e da clínica, e com o qual a medicina tradicional tem tido dificuldade para lidar”.

No entanto, essa dificuldade de relacionar *causa* e *efeito*, demonstra que o sofrimento difuso não faz parte da (CID) Classificação Internacional de Doenças enquanto entidade mórbida, precipitada por algum agente etiológico. O respaldo clínico

será encontrado na abordagem dos distúrbios de somatização, pois dentre o que foi esquadrinhado pela medicina tradicional, é a que melhor descreve esses *sinais*. A partir daí, a investigação sobre a causa da “patologia” reencontra seu caminho no percurso de elaboração de categoria diagnóstica, descrição de sinais e sintomas e prescrição medicamentosa, geralmente o *calmante*.

Com isso, temos uma população que continua freqüentando os ambulatórios dos serviços de saúde em busca do alívio para o seu sofrimento, nem que seja a receita de um remédio. Sabemos, entretanto, que a pessoa atendida continuará vivenciando seus problemas, suas dificuldades, imersa na miséria, mas com um diferencial: estará medicada.

Essa é a “medicalização do sofrimento”, que vem sendo discutida amplamente no cenário da Saúde Pública. Bermann *apud* Valla (2001:40), em uma pesquisa na Argentina, constatou “*que mais de 50% dos medicamentos indicados são psicofármacos, e alguns especialistas calculam que a porcentagem é mais alta no Brasil, para tratar o que as classes altas e médias chamam de ansiedade ou estresse e as classes populares de “nervos”*”.

É uma nova classificação que foi criada a partir da necessidade de atender à demanda de uma clientela sem diagnóstico específico. E a medicina oficial continua sendo executada. A racionalidade do modelo biomédico permite essa classificação.

II.4. O Contexto da Saúde Mental

Ao longo de duzentos anos o saber psiquiátrico consolidou o

mandato social de diagnosticar, classificar e tratar os males que atingiam a sociedade. A possibilidade de classificar interpretações e percepções como sintomas, conferiu à psiquiatria o papel de agente normatizador e o poder de intervenção social.

O momento atual de questionamentos ao modelo psiquiátrico tradicional, traz novos elementos para discussão: a saúde mental, enquanto objeto de estudo e campo assistencial e a reabilitação psicossocial como dispositivo de resgate social e da cidadania. Cada vez mais essas novas modalidades de assistência se afastam da estrutura totalizante representada pelo manicômio.

II.4.1. Breve Panorama da Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil dos anos 70, surgiu no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujo objetivo, consistiu em:

“Constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade”
(Amarante, 1998:52).

No entanto, a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), foi o episódio que desdobrou todo um processo de questionamento das práticas assistenciais e das precárias condições de trabalho dos profissionais da saúde mental. A

DINSAM, enquanto órgão do Ministério da Saúde, era responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental, (Amarante, 1998:52).

O contexto que antecedeu a crise fora permeado pela falta de concursos públicos (forçando a contratação de profissionais), pela escassez de recursos materiais, enfim, um período marcado por dificuldades de um país em regime ditatorial, com profissionais da saúde insatisfeitos com as condições de assistência e de trabalho. Uma série de denúncias fez com que em abril de 1978 fosse deflagrada a crise da DINSAM: os profissionais das unidades da DINSAM do Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), articulam-se através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Este movimento ganhou força nos fóruns de discussão, questionando a estrutura totalizante e segregadora do hospital psiquiátrico, reivindicando melhores condições de trabalho, discutindo a prática psiquiátrica na sua amplitude política e social, englobando todos os setores da sociedade. O MTSM configurou-se no que é hoje o Movimento de Reforma Psiquiátrica, fundamentando-se na crítica ao modelo hospitalocêntrico.

A trajetória do MTSM foi permeada por acontecimentos sociais marcantes, sucessivos encontros e conferências marcaram o período dos anos 80, sendo que em 1987, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual foi constituída a partir de três eixos de discussão:

“Economia, sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental;

Reforma Sanitária e reorganização a assistência à saúde mental;

Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do

doente mental”, (Amarante,1998:75).

A partir da mudança de perspectiva provocada pela Reforma Psiquiátrica, a prática assistencial começou a ser reformulada; iniciaram as intervenções nos asilos e clínicas psiquiátricas particulares em que os pacientes eram submetidos a maus tratos. No entanto, o espectro das ações foi até onde permitiram os “empresários da loucura”, os donos de clínicas conveniadas e a indústria psicofarmacêutica.

Enquanto articulador social, a Reforma Psiquiátrica permitiu a emergência de outras modalidades terapêuticas escolhidas pelas pessoas em sofrimento mental. Esse contexto reforça a comunidade e seus mecanismos de apoio social e redes sociais, acionadas diante do sofrimento psíquico.

“A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade”, (Tenório, 2002:55).

Sem dúvida, é um terreno fértil para a discussão de novas modalidades de assistência; por esse motivo é que a religiosidade pode ser um interlocutor interessante nesse momento de novas descobertas.

Os serviços de atenção diária são territorializados, sendo um dos dispositivos trazidos pela Reforma Psiquiátrica como forma de implicar a comunidade no manejo da doença mental. A idéia de um serviço especializado, localizado territorialmente,

inserido na comunidade, logicamente vai possibilitar uma mudança no lidar com pessoa com transtorno mental. Aquelas atitudes de certa forma intolerantes, de: “quebrou tudo, chama os bombeiros e leva pra emergência”, refletiam como as comunidades e as famílias encontravam-se sem apoio para tratar da pessoa em crise.

Com isso, os serviços de atenção diária, que são unidades compostas por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, auxiliares de enfermagem, dentre outros), possibilitam o acompanhamento das pessoas em crise, evitando muitas vezes a internação. A inserção desses serviços na comunidade possibilita ainda que essa população seja conhecida pelo serviço, que possa haver o mínimo de interação entre eles, articulações com associações de moradores, escolas, igrejas, pois são locais que a clientela dos serviços costuma freqüentar. Participar e conhecer o cotidiano dessa clientela seria a finalidade desses serviços, contrariando qualquer possibilidade de tratar e reabilitar isoladamente o cliente, esquecendo-nos de que as pessoas têm uma vida familiar e possibilidades de exercer outros papéis sociais.

Dentre essas possibilidades, a igreja é uma das entidades que mais congrega pessoas. Nas comunidades mais pobres, o número de igrejas é cada vez maior, com atividades sociais intensas, cultos diários. Diante da visão de mundo que as pessoas elaboram, pode ser que alguns deles deixem de freqüentar o serviço, pois o pastor pode considerar que o tratamento não dê resultado. Essa é uma situação delicada, porém que pode ser trabalhada pela equipe das unidades, ao tentar compreender essa atitude, sem que isso prejudique o seu tratamento. Já houve situações que me foram narradas em que a equipe da unidade convidou o pastor da igreja para conhecer o serviço, implicando-o também no processo de reabilitação.

São situações novas, que a cada dia vão exigindo da equipe novas formas de lidar e repensar suas atitudes e modelos de assistência, procurando sempre se afastar da mesmice e do “isolar para tratar”.

II.4.2. Saúde Mental e Cultura Popular

Cada vez mais as pessoas deparando-se com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, buscam outras formas de encontrar apoio, explicação e cura para o sofrimento em que vivem, como por exemplo, as igrejas. Em um estudo desenvolvido no interior da Bahia sobre trajetórias terapêuticas, Rabelo et al (1999:64), descrevem que, dentre os “*36 casos reconstruídos pelos informantes, 19 freqüentaram curas religiosas*”. E, para justificar a busca e a importância das construções subjetivas, “*as diferentes explicações de médicos e especialistas religiosos para os problemas são citadas, valorizadas e/ou descartadas segundo o contexto específico em que se tenham sido produzidas e utilizadas*”.

Isso nos faz atentar para a existência de uma trajetória que o paciente e sua família percorrem até chegar ao serviço psiquiátrico. E essa trajetória freqüentemente é permeada pela procura de instituições religiosas. O “pluralismo terapêutico” caracteriza-se por buscas concomitantes a tratamentos considerados diferentes, é definido por Rocha (2000: 2), como:

“A diferentes interpretações, construções, visões de mundo – Weltanschauungen – correspondem variadas possibilidades de interpretar as experiências dolorosas; de acordo com essas

interpretações, há também, diferentes modos de lidar com elas. Ainda que todas tenham a finalidade de restabelecer a saúde, o bem-estar ou de afastar os males, ora se aproximam, ora se afastam...”.

Diante do sofrimento causado pela doença, as pessoas edificam sua compreensão desse acontecimento através de sua visão de mundo, fato muito singular em todos nós, determinado pelas nossas experiências de vida e de todo um processo de construção subjetiva. À medida que o imaginário atua como mediador nessa intrincada rede de nexos, cada vez mais os profissionais da área biomédica se deparam com os discursos religiosos sobre a doença e o modo de significá-la, dando lugar, ocupando e criando outros espaços nas vidas das pessoas. A tensão existente entre a cultura popular e a racionalidade biomédica é o que norteia a prática de muitos profissionais de saúde. No entanto, o contexto atual de discussões sobre a implicação dos técnicos no processo de reabilitação, permite o surgimento de alianças e outras formas criativas de intervenção, passando ao largo da indiferença.

Nosso papel enquanto profissionais é o de garantir acesso a todo e qualquer tipo de informação sobre a doença e seu tratamento; podemos ainda dizer que vai muito além, pois envolve o respeito, reciprocidade e a sensibilidade para percebermos o que estão querendo nos dizer com seus gestos, palavras e nos permitirmos para que juntos, possamos (re)construir laços sociais e principalmente de cidadania.

São variações do mesmo tema. No entanto, cabe-nos aqui discutirmos esses elementos na amplitude do espaço que vêm ocupando nessa discussão. O denominador comum que perpassa essas situações é o sofrimento, posto que é nesse

momento que o indivíduo elabora os significados e sistematiza sua rede de cuidados.

II.5. Cuidado e Apoio Social

Conforme já vínhamos dizendo, faz parte do universo das pessoas mais pobres uma realidade permeada pela miséria, pelo desemprego, por situações de vida extremamente difíceis. Muitas dessas pessoas, não tendo como contar com a eficiência das políticas públicas, contrariam uma realidade já consolidada ao procurar reorganizar suas vidas à sua maneira. É a partir dessas experiências conjuntas, mútuas, que passamos a definir o conceito de solidariedade. As dimensões de solidariedade, de mutualidade, do acolhimento e da própria emoção, compõem o *apoio social* ou *social support*. Trazido para a discussão no cenário brasileiro por Victor Valla, a teoria do apoio social surgiu nos Estados Unidos em meio à crise dos serviços de saúde nos anos 80. A definição para apoio social surgiu com a epidemiologista social americana Minkler, *apud* Valla (1999:10)

“Qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que já se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, isto é, que tanto gera efeitos positivos para o recipiente, como para quem oferece apoio, dessa forma permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas e que desse processo se apreende de que as pessoas necessitam umas das outras”.

Acerca dessa metodologia, seguiram vários estudos nos Estados Unidos sobre apoio social. Levantando-se duas hipóteses na tentativa de compreender seu impacto nas vidas das pessoas, Cohen & Syme *apud* Cardoso (1999:30), descreveram a *hipótese do efeito direto*, em que o apoio social eleva a auto-estima e que esses estados psicológicos podem influenciar na susceptibilidade a doenças, através do sistema imunológico. A *hipótese de proteção* refere que o apoio social resguarda as pessoas que são submetidas ao estresse e podendo influenciar diretamente através do processo psicológico. As pesquisas que foram desenvolvidas a partir dessas duas hipóteses demonstraram que o apoio social interfere positivamente na reabilitação física e psicológica das pessoas.

A população insatisfeita tratou de se reorganizar e gerar outras formas de suportar suas dificuldades resultantes da insuficiência das políticas públicas de saúde. Já sabemos da capacidade de organização que a sociedade dispõe, podemos deixar como exemplos algumas dessas iniciativas, como a Campanha Contra a Fome, o Movimento Viva Rio, o Fórum Mundial Social, enfim, movimentos organizados pela própria sociedade que são movidos pelo desejo de mudança, de diminuir os desníveis das relações; alimentando os laços sociais e de solidariedade. O cuidar do próximo é algo que vai além do simples ato de proteger ou ajudar a quem está precisando, pois o cuidado transcende a questão do para quem, quando e como. O cuidar além de ser uma ação é uma atitude, assim como o acolher. De certa forma, estamos resgatando algo muito precioso, que diante da frieza do nosso cotidiano e das nossas relações, julgamos por vezes, ter perdido. Estamos falando do cuidado com nossos familiares, com o próximo, com nós mesmos.

Em meio ao turbilhão em que vivemos, é impossível não reconhecer o avanço tecnológico presente nas informações que são difundidas mundialmente em

frações de segundos, a internet, a sofisticada tecnologia da medicina. No entanto, as relações sociais estão cada vez mais virtuais, temos dificuldades de olhar nos olhos das outras pessoas, o contato com a natureza e com outros seres vivos parece não ter mais tanta importância. Se esse é o caminho por onde a humanidade está seguindo, há pessoas que já encontraram um outro caminho mais aprazível, menos frio, onde as relações ainda são ternas. Esse caminho existe, é possível de ser trilhado e de ser encontrado, pois está dentro de nós mesmos. Estamos falando do cuidado, do ato de cuidar. Leonardo Boff (1999:34), encontrou nos escritos de Martin Heidegger em o *Ser e Tempo*, a definição de cuidado enquanto essência do ser humano: “*Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato*”. A alegoria de Higino sobre o cuidado, também descrita por Heidegger *apud* Ayres (2001:65), é uma linda metáfora que não poderia faltar em nossa reflexão. Aqui está:

“Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter . Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão,

aparentemente eqüitativa: “Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver”.

É o *cuidado como modo de ser*, conforme qualificou Boff (1999).

Se o cuidado é condição *a priori* do ser humano, nos deixa muito à vontade para continuar colaborando para uma reflexão sobre o ser humano e sua responsabilização para com seu semelhante e com o ambiente em que vive.

O termo responsabilidade ganha um novo sentido, pois reorienta práticas sociais e ações de saúde. Somos responsáveis pelo nosso semelhante, somos responsáveis pela clientela que atendemos nos serviços de saúde, somos responsáveis pela população que habita o território que contém nossa unidade de saúde. Estamos falando do cuidado enquanto projeto de vida de uma sociedade, enquanto prática social e de cuidado à saúde. O ato de cuidar permite vários encontros, várias trocas entre sujeitos com expectativas e desejos individuais. O cuidar permite o toque, o afago, o acolhimento, soprar o espírito, reviver. Mas é possível trazer reflexão para o cotidiano do cuidado em saúde, nas unidades em que trabalhamos? A necessidade dessa reflexão é mais que premente.

O apoio social é uma forma de cuidar. A sociedade encontra em si a essência do cuidado. O apoio social não se limita às questões sociais, vai à emoção, provê as pessoas envolvidas de afeto, acolhimento e emoção. E como o cuidado faz bem, cuidar também faz. As pessoas se sentem cuidadas, acolhidas; isso fortalece a auto-estima, recupera as forças para lutar pela sobrevivência, reanima.

O conceito de apoio social, ao ser trazido para nossa realidade,

alimentou muitas discussões na Saúde Pública e na Educação, enquanto metodologia para compreender como as classes populares lidam com as dificuldades diárias. Víctor Valla, iniciou um diálogo entre apoio social e religiosidade popular, a partir das alternativas de enfrentamento social encontradas pelas classes populares. No entanto, adverte para que não encontremos no apoio social a única resposta para o sucesso da religião entre as classes mais pobres, pois *“tal metodologia pode resultar em ajustar um fenômeno muito complexo à uma teoria que ajuda muito, mas não necessariamente dá conta de todas as variáveis envolvendo as classes populares e a religiosidade popular”* (Valla, 2001:128). O apoio social é o cuidado em ação. Dar apoio social é cuidar. As saídas encontradas pelas classes populares via apoio social fundamentam-se no cuidar enquanto forma elementar, por estar acontecendo nas lacunas deixadas pelas políticas públicas. O apoio social é holístico, atende à pessoa em sua totalidade, transcendendo as fronteiras que a racionalidade biomédica estabeleceu ao dicotomizar o indivíduo em corpo e mente, descartando a unicidade do ser.

A rede de cuidados que é tecida pelas classes populares tem na família sua trama inicial. Por ser a primeira instituição social que a pessoa tem contato ao nascer e se constituir enquanto indivíduo, a família traduz e remonta os códigos sociais que são norteadores da vida em sociedade. Além de ser o núcleo de cuidados iniciais que são dispostos ao indivíduo que adoece. É a família quem primeiro acolhe o sofrimento e, dentro das suas possibilidades, lida com a situação através dos seus próprios meios.

Falar em rede de cuidados, nos vem à imagem o conceito de rede social, que nada mais é do que a movimentação desses dispositivos quando acionados pelas pessoas. A rede social é abstrata, ganha sentido a partir da compreensão da existência dos elementos que a compõem *a priori*. A partir desse ângulo, podemos dizer que a rede social

é a troca de cuidados. No entanto, a rede social é mobilizada mais por interesses mútuos, norteadas pelas relações de poder. É um sistema que percebe-se ora aquecido, ora frio, ou conforme nos diz Valla (2000:38), “...trabalho com a idéia de que as redes sociais das classes populares já existem e que o poder que buscam é o de se defender deste capitalismo dito “selvagem” buscando, desta forma, sua “sobre-vida”. No entanto, o cuidado está sempre permeando esse sistema, independente dos interesses envolvidos. Podemos encontrar nas palavras de Leonardo Boff, o caminho para reencontrarmos nossa essência:

“Hoje, na crise do projeto humano, sentimos a falta clamorosa de cuidado em toda a parte. Suas ressonâncias negativas se mostram pela má qualidade de vida, pela degradação ecológica e pela exaltação exacerbada da violência.

*Não busquemos o caminho de cura fora do ser humano. O **ethos** está no próprio ser humano, entendido em sua plenitude que inclui o infinito. Ele precisa voltar-se sobre si mesmo e redescobrir sua essência que se encontra no cuidado”, (Boff, 1999:191).*

Notas Bibliográficas

AYRES, J. R., 2001. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1): 63-72.

BERLINGUER, G., 1988. *A Doença*. São Paulo: Editora CEBES/HUCITEC.

BOFF, L., 1999. *Saber Cuidar: Ética do Sofrimento Humano – Compaixão pela Terra*.

Petrópolis: Editora Vozes.

- CARDOSO, C. D., 1999. *Perspectivas Holísticas do Apoio Social e da Religiosidade Popular: Um Estudo sobre sua contribuição para a Educação Escolar*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense.
- CARDOSO, M., 1999. *Médicos e Clientela – Da Assistência Psiquiátrica à Comunidade*. São Carlos: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo/Editora da Universidade Federal de São Carlos.
- CAPRA, F., 1986. *O Ponto de Mutação*, São Paulo: Editora Cultrix.
- CORTINA, A., 1996. *Ética Civil e Religião* [tradução Magno Vilela]. São Paulo: Edições Paulinas.
- DAVID, H., 2001. *Sentir Saúde - Religiosidade Popular e Cotidiano das Agentes Comunitárias de Saúde: Repensando a Educação em Saúde junto às Classes Populares*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- DUARTE, L. F. D., 1986. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPQ.
- DUARTE, L. F. D., 2000. Dois regimes históricos das relações da antropologia com a psicanálise no Brasil: um estudo de regulação moral da pessoa. In: *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade* (P. Amarante coord.), pp. 107-139, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DUCHIADE, M., 1999. População brasileira: um retrato em movimento. In: *Os Muitos Brasis – Saúde e População na década de 80*. (M.C. Minayo org.), pp.14-56, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FOUCAULT, M., 1995. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- KLEINMAN, A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley:

University of California Press.

KROPF, S. & LIMA, N., 1999. Os valores e a prática institucional da ciência: as concepções de Robert Merton e Thomas Kuhn. *História, Ciências e Saúde*, V(3): 565-581.

LEAVELL, H. & CLARK, E., 1976. *Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil.

LOYOLA, M. A., 1983. *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Editora Difel.

LUZ, M. T., 1997. Novas realidades em saúde, novos objetos em ciências sociais. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A M. Canesqui org.). São Paulo: Editora HUCITEC-ABRASCO.

MARTINS, J. S., 1989. *Caminhada no Chão da Noite – Emancipação Política e Libertação nos Movimentos Sociais no Campo*. São Paulo: Editora HUCITEC.

MONTERO, P., 1985. *Da Doença à Desordem – A Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

PESSOTI, I., 1995. *A Loucura e as Épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C. & SOUZA, I.M., 1999. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ROCHA, R., 2000. *Trajetórias Terapêuticas em Pacientes Psiquiátricos e Usuários de Religiões de Possessão: Um Estudo sobre Pluralismo Terapêutico*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SOUZA, I. D., 2001. *A Primeira Reforma Psiquiátrica: Uma História do Tratamento Moral*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

TAMBIAH, S., 1995. *Magic, Science and Religion and the Scope of Rationality*. Cambridge: University Press.

TENÓRIO, F., 2002. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 até os dias atuais: história e conceitos. In: *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*: Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr.

VALLA, V., 1999. Educação popular saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 15(sup.2): 7-14.

VALLA, V., 2000. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v4, n7, pp. 37-56.

VALLA, V. (org.), 2001. *Religião e Cultura Popular*, Rio de Janeiro: DP&A Editora.

WEBER, M., 1985. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*.

III – *Algumas Considerações sobre o Conceito de Território*

III.1. *Do Território da Geografia ao Território da Vida*

A discussão do conceito de território na saúde mental nos possibilita ampliar nosso olhar para além da noção de espaço territorial. Um olhar que problematiza as estruturas básicas que caracterizam o território como algo estático.

Milton Santos nos fala do *território da vida*, do território das trocas (simbólicas e materiais) e das relações sociais. No entanto, para discutirmos o dinamismo desse novo conceito, é necessário que problematizemos a noção de espaço. Milton Santos define o espaço como a matriz das relações sociais e de produção, uma vez que é nele que acontecem as trocas mercantis e a reprodução das relações sociais. A idéia de espaço estático é rejeitada pela geografia humana, que propõe uma abordagem crítica e faz uma releitura desses conceitos. O espaço passa a ser visto como uma estrutura determinante nas trocas sociais e por isso está em constante diálogo com o território. Por não ser mero espectador das relações sociais, o espaço comporta em si a dinâmica dos “*fluxos: o movimento, a circulação e o consumo*” e dos *fixos: “os instrumentos de trabalho, as forças produtivas, incluindo a massa dos homens”*, (Santos, 1988:77). É o espaço das relações, parte do processo social. Quanto a isso, Santos (1988:26), nos diz que:

“O espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, certo arranjo de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais, e de outro, a vida que os preenche e os anima, ou seja, a sociedade em movimento”.

A partir dessa relação dinâmica entre espaço e território, chegamos ao conceito de espaço socialmente organizado, que é o espaço das relações concretas. Conforme nos diz Santos (1988:75), “*é esse conjunto de todas as coisas arranjadas em sistema que forma a configuração territorial cuja realidade e extensão se confundem com o próprio território de um país*”. O aumento da complexidade das relações sociais superou a conceito de território enquanto espaço habitado. Por isso, nossa discussão de território partirá da conceituação de espaço socialmente organizado: *o território da vida*.

O território enquanto conceito configura-se como objeto de análise social. Não há como falar de território *per si*, uma vez que, não há território sem relações econômicas, sociais e de poder. A partir dessa nova forma de compreender e de considerar o território, podemos discutir as relações que nele são estabelecidas, pois o território passa a ser a unidade de assistência, de análise e de implementação do cuidado. Nele os sujeitos da sociedade estão em constante processo de reconhecimento, de relação, disputa, enfim, é nessa unidade que iremos trabalhar a noção de cuidado, de cidadania e onde serão implementadas as ações de saúde. Daí a necessidade de conhecer o território, de ser e fazer parte dele, pois é nele que estão organizados os serviços locais, o que nos dá a possibilidade de discutir nossa responsabilidade com a comunidade da qual somos referência. Esse é o novo conceito de território que temos que trabalhar: o território das relações sociais, das redes de trocas, das disputas de poder. Diante desse dinamismo, o território passa a ser palco das experiências vivas, dos sujeitos que animam e dão sentido ao espaço socialmente organizado. E dentro dessa lógica, podemos discutir o cuidado com a saúde, com a educação, com a qualidade de vida da população. Com essa nova conceituação, a comunidade tem uma maior possibilidade de se articular, de estabelecer redes sociais de trocas. Ao mesmo tempo em que a comunidade estabelece suas prioridades, é também

palco da intervenção; pois o centro do cuidado não é mais a doença e sim a comunidade, que passa a nortear as ações de saúde através do processo saúde-doença.

A partir da discussão trazida por Milton Santos, podemos compreender a política de descentralização proposta pelo Movimento Sanitário, que resultou na configuração do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo incorporada pela Reforma Psiquiátrica enquanto cenário de ação para a elaboração de dispositivos substitutivos da assistência psiquiátrica.

III.2. *O Território da Saúde*

O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil tem uma importância singular, pois sua arena de discussão foi justamente um país reorientando seus passos em direção ao processo de redemocratização. O Movimento Sanitário já vinha se configurando discretamente, animado pela organização das comunidades eclesiais de base e de outros movimentos populares, cada vez mais numerosos e consistentes, questionando as práticas do regime autoritário. Os profissionais da saúde também organizados através do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e do REME (Movimento de Renovação Médica), lutavam para discutir as políticas de saúde, as condições de assistência e de trabalho, denunciando as práticas autoritárias e excludentes, legitimadas principalmente, pela consolidação de uma política de assistência médica privatista, (Amarante,1998). Grande parte da população via-se excluída da assistência à saúde, enquanto que uma minoria tinha acesso garantido via institutos de assistência criados pelas indústrias privadas.

A sociedade organizada através dos movimentos populares, os fóruns de discussão criados pelos profissionais da saúde, garantiu um terreno fértil para

articulações importantes. A Conferência de Alma Ata, que aconteceu em 1978, na ex-URSS, foi um marco conceitual para o Movimento Sanitário, com a proposta da reorientação das ações de saúde. Nesse âmbito, a saúde foi discutida enquanto prática social (Vasconcelos,1998); compreendeu-se então que, o processo saúde-doença necessita ser visto a nível local, valorizando as práticas sociais, a participação comunitária e as ações básicas de saúde a serem implementadas ao nível primário de assistência.

“A Saúde, que consiste num estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou enfermidade, é direito fundamental dos seres humanos; o acesso ao nível de saúde mais elevado possível é um objetivo social extremamente importante, que interessa ao mundo inteiro e supõe a participação de numerosos setores socioeconômicos, e não exclusivamente daqueles ligados à saúde”,(OMS, apud Duchiate, 1990:14).

A VIII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986, teve como resultante principal a Carta de Ottawa; foi o momento mais esperado pelas organizações sociais para a discussão das políticas de saúde, orientando novas práticas, visando o deslocamento das ações de saúde para o nível local, sob a perspectiva dos cuidados básicos e da participação comunitária. Consistiu no momento decisório para a formatação político-ideológica do projeto de Reforma Sanitária, onde o papel do Estado foi questionado e reformulado e suas ações redimensionadas. Não havia mais espaço para uma hegemonia estatizada; havia a necessidade de um Estado responsável pelas políticas

públicas de saúde e seus impactos na sociedade. Ideologicamente, o conceito de saúde foi reforçado enquanto coletivo: a saúde coletiva. É uma mudança do paradigma da assistência privatista-curativa, tecnologicamente equipada, para a concepção de saúde enquanto qualidade de vida, prática da sociedade.

Os anos 80, caracterizados pela “transição democrática”, foram palco de um período característico de um país em processo de redemocratização: recessão, crise inflacionária, crise no Estado. O Movimento pela Reforma Sanitária ganhou força nesse período, pois as discussões sobre regionalização dos serviços de saúde, participação comunitária e integração das ações de saúde, foram imprescindíveis para a implantação do novo sistema que estava se configurando.

A questão crucial a ser discutida no Movimento pela Reforma Sanitária é o acesso qualificado e equitativo à rede de saúde. O que sabemos é que a rede básica de saúde tornou-se um grande receptor de demandas; uma porta de entrada para os serviços de saúde e continua não atendendo as necessidades imediatas da população.

O grande desafio é compreender a complexidade que envolve o processo de Reforma Sanitária. Estamos em uma crise de paradigmas, isso é notório. O modelo biomédico não consegue dar conta de uma demanda que volta e meia vem sendo trazida pela população que procura os serviços de saúde. No entanto, qualquer processo que envolva uma maior complexidade, não só do olhar, mas das práticas sociais, esbarra no modelo biomédico, que embora saibamos das suas limitações, ainda continua norteando as práticas de saúde. E isso não será diferente no Movimento Sanitário.

Sabemos, no entanto, que o indivíduo não é destituído de sua condição social quando chega a uma unidade de saúde. Ele vem com toda a sua história de vida, todo um passado e uma explicação, mesmo que ainda não construída, para

compreender o que está acontecendo com ele. Não há como atender essa pessoa sem destituí-la desse *locus* de produtor/receptor de mensagens. É essa complexidade, esse olhar voltado para a subjetividade que ainda não faz parte da discussão da política do SUS, nem tampouco da formação acadêmica dos profissionais da saúde. Ao contrário disso vemos a “medicalização do sofrimento” e o controle social norteado pela prática “psicologizante”, interpretada erroneamente, desde os preceitos da Reforma Sanitária.

O Movimento Sanitário traz em seu bojo de discussões a questão do território enquanto local de elaboração e implementação das políticas de saúde. O território é múltiplo, amplo, diverso, o que incrementa ainda mais suas potencialidades. E são essas potencialidades, alimentadas pela experiência, pela subjetividade e pelas adversidades cotidianas, que estamos tentando focar nesse trabalho.

III.3. O Território da Saúde Mental

A partir do conceito de território e de sua aplicação nas políticas de saúde, temos agora, diversas questões a serem consideradas; principalmente referentes à territorialidade da assistência psiquiátrica.

A desconstrução do aparato manicomial e a conseqüente descentralização do hospital psiquiátrico nos conduzem a novas alternativas terapêuticas, de modo que começamos a perceber que o hospital psiquiátrico passa a desempenhar funções específicas. A tônica do movimento pela Reforma Psiquiátrica enquanto palco da descentralização do manicômio encontra na comunidade várias possibilidades.

A Reforma Psiquiátrica, ao visualizar a comunidade como unidade produtora e reprodutora de relações sociais, insere a equipe de saúde mental nesse

território, transformando-o em um interlocutor das crises sociais do cotidiano. Essa nova modalidade de assistir vai a favor do conceito da prática preventiva, balizado nos três níveis de prevenção; pensando assim, em uma prática de saúde que localize o indivíduo social e culturalmente, possibilitando superar a visão estanque do indivíduo e sua doença.

Buscando na comunidade espaço para dialogar com a doença mental, a Reforma Psiquiátrica enfrenta as dificuldades que são peculiares a qualquer movimento que resulte em uma mudança do paradigma e acima de tudo, de uma nova cultura. Lancman (1999:27) acredita que, de certa forma, está havendo uma reapropriação desse espaço: *“a loucura, ponto de partida e de chegada desse espaço e, que tendo sido aprisionada em sua origem na forma asilar, passava em tempos mais recentes por um processo de desospitalização”*.

A Reforma Psiquiátrica encontra na discussão do *território da vida* um importante interlocutor na política de descentralização das ações de saúde, contextualizando o indivíduo em relação à sua comunidade e visualizando a assistência psiquiátrica dentre as ações voltadas para a saúde. Dessa forma, a tendência do Movimento Sanitário e de Reforma Psiquiátrica é ir buscar na comunidade local, subsídios para a implementação de uma clínica voltada para o sujeito. Lancman (1999:27), refere que:

“... o espaço urbano é produto de múltiplas determinações e de variadas interpretações, e que a loucura, questão que permeia esse espaço urbano, embora possa (e deva) ser apreendida em sua representação, é “real” na sua objetivação diagnóstica e terapêutica nas relações que se construíram ao seu redor. A loucura também é espacializada, quer seja na sua forma hospitalar,

quer através do tratamento ambulatorial”.

Pressupondo-se que a comunidade constitui uma oposição ao manicômio, onde o grau de trocas sociais e de contratualidade é praticamente inexistente, a comunidade acena com novas possibilidades de práticas terapêuticas; além de novos atores sociais e uma nova matriz de significados para a compreensão e cuidado da pessoa em sofrimento mental.

Nesse contexto que está se configurando, surgem novos personagens, a internação deixa de ser o único recurso terapêutico, reforça-se a equipe multiprofissional e a comunidade em que se insere o serviço. Há uma re-significação do papel da equipe, do usuário dos serviços de saúde e da comunidade. A descentralização do hospital psiquiátrico prevê a construção de uma rede de serviços alternativos, composta por centros de atenção diária, unidades ambulatoriais, centros de convivência, lares abrigados e o trabalho protegido. Essa rede alternativa possibilita o tratamento na comunidade, sem o afastamento da pessoa em crise do seu meio social e o mais importante, envolvendo sua família no tratamento.

E essa nova maneira de olhar e assistir possibilita a emergência de novos saberes e de novas formas de conhecimento. Enquanto estivermos institucionalizados tanto em nossas práticas institucionalizantes quanto acadêmicas, não teremos a oportunidade de lidar com outras formas de conhecimento a não ser as respaldadas pelo rigor do conhecimento científico. No entanto, podemos “estar” na comunidade e mesmo assim, desenvolver práticas institucionalizantes, a partir do momento em que nos encastelamos juntos com os usuários, reproduzindo tais práticas. Essa é uma reflexão constante, que garante a continuidade do projeto pela Reforma Psiquiátrica.

O “estar” na comunidade não significa fazer “na” comunidade, e sim fazer “com” a comunidade, conhecê-la e permitir que ela nos conheça. Essa é uma tarefa importante e árdua. E porque não fazê-la em conjunto com os usuários? Está aí a possibilidade de mudar o lema que justificou a Grande Internação, descrita por Pinel: *Conhecer para intervir*. Que tal mudarmos para: *Conhecer para cuidar*? O projeto de desinstitucionalização envolve o *ser*, o *estar*, o *conhecer*, o *cuidar* em comunidade. Essa visão redimensiona todo o processo concebido até então através do binômio saúde-doença, podendo ser compreendido através da tríade saúde-doença-cuidado, (David, 2001).

Outro desafio, dentre muitos outros, é a questão do conhecimento não oficializado, que dá sentido ao discurso das classes populares. Entramos na discussão que foi iniciada por Victor Valla, a *construção compartilhada do conhecimento*. Quando estamos diante de conhecimentos e de saberes que não são reconhecidos como oficiais, temos a postura de desmerecê-los, sem a preocupação de compreender como tais saberes foram construídos e a importância para a vida das pessoas:

“A história nunca começa com o contato dos profissionais dos serviços com suas clientelas. A história é anterior. Se a referência para o saber é o do profissional, isso dificulta a chegada ao saber do outro. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, sobre sobrevivência, distintas daquelas do profissional”, (Valla, 1998:12).

É complexa essa percepção, no entanto sabemos que durante os atendimentos na rede de saúde, iremos sempre encontrar nesses discursos, os traços

culturais, a construção simbólica para interpretar o sofrimento. E esse é o grande desafio: buscar compartilhar o saber das classes populares com o saber científico. Essa é a construção compartilhada; não cabe mais ignorarmos o que as pessoas estão nos dizendo em relação ao seu sofrimento, nem tampouco adotarmos uma postura de embate, principalmente quando as pessoas mencionam suas opções religiosas.

III.1. A “Tomada de Responsabilidade”

A pessoa quando busca atendimento médico leva consigo todas as influências que foram elaboradas ao nível de seu território, compreendido como palco dos acontecimentos da vida social. É nesse cenário que se insere a atuação da unidade de saúde mental no território: a territorialidade da saúde mental.

Dell’acqua & Mezzina ao refletirem sobre o papel do território na intervenção na crise, consideram que, nesse momento, a unidade de saúde mental é responsável pela comunidade em que está inserida. É responsável pelos indivíduos a que atendem e por todos que habitam a comunidade. Essa é a idéia de referência. Os autores citados acima definem essa prática como “tomada de responsabilidade”:

“A tomada de responsabilidade diz respeito, em primeiro lugar, à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção”, (Dell’acqua & Mezzina 1991:62).

A inserção no território potencializa esse espaço como sendo o de

relações sociais e das redes sociais que são acionadas, as quais garantem o manejo comunitário e o apoio social à pessoa em crise. “... *ao mesmo tempo se constituir em espaço de referência e desenvolver/potencializar no território momentos de garantia, redes de relações, de possibilidades, de sustentação e de tutela*”, (Nicácio,1994:96).

A prática dos serviços territoriais ainda está sendo construída em nossa realidade. Mas em algumas cidades brasileiras, esse processo já deu resultados eficientes, como os da cidade de Santos, Campinas e Porto Alegre. A cidade de Santos foi a primeira experiência brasileira no processo de desinstitucionalização, balizada na experiência italiana na cidade de Trieste, (Nicácio, 1994). Embora a cidade de Santos esteja vivenciando os efeitos de um boicote político, a equipe continua na luta para que a experiência continue sendo bem sucedida. A tônica desse processo está baseada em práticas que são pensadas e continuam sendo inventadas no cotidiano.

A comunidade, enquanto principal substrato da Reforma Psiquiátrica, acena para o desenvolvimento de uma clínica voltada para a valorização da subjetividade, para o indivíduo socialmente inserido. E são várias as implicações: uma visão mais elaborada do processo de adoecimento, desmistificando a loucura, construindo com ela novos manejos, novas formas de lidar no cotidiano; não considerando apenas como uma parte do tecido social que deveria estar isolada.

III.4. *O Território da Religião Popular*

O saber que estamos tentando compreender a partir da lógica racionalizada da academia, tem como substrato a história de uma civilização cercada de mitos, magia, onde o sobrenatural sempre fora associado às agruras de um povo que,

passando por dificuldades, direcionava seu temor para algo que não era dominado pelo seu conhecimento. E assim foram sendo construídos os mitos e as crenças, balizadas na idéia de que forças contrárias estariam atuando e influenciando o bom viver. E todo esse *potencial racionalizador*, que consiste em clarificar a compreensão dos sistemas religiosos, é que reorienta a vida das pessoas e re-significa algo que se desestruturou diante de um momento de crise - sofrimento tanto físico quanto moral, (Machado, 1996; Valla, 2001).

Durkheim (1996), ao analisar o fenômeno religioso nas sociedades, considera a religião o substrato de qualquer sociedade. Assim, ele parte do princípio de que, à uma sociedade dita primitiva, corresponde um sistema religioso também considerado primitivo. Sendo assim, à medida que as sociedades se complexificam, os sistemas religiosos também o fazem. A partir dessa discussão, o autor determinou as *formas elementares da vida religiosa*, onde a religião, inerente à condição humana, é discutida considerando seu potencial de organizador social. Com isso, os significados, os signos socialmente construídos, atendem e respondem, diferentemente, à diversidade das relações humanas.

Durkheim (1996:212), partindo da teoria que elaborou sobre representações coletivas, visualiza a religião como fenômeno socialmente construído e com objetivos definidos a partir da visão de mundo dos grupos:

“A religião é uma coisa eminentemente social. As representações religiosas são representações coletivas que exprimem realidades coletivas; os ritos são maneiras de agir que nascem no seio dos grupos reunidos e que são destinados a suscitar, a manter ou refazer certos estados mentais desses grupos”.

A idéia de grupo, coletividade, sempre presente nas discussões de Durkheim, o influenciaram a definir o conceito de igreja, pois, inerente a esse sistema relacional que é a religião, a fé é a sua unidade, o ponto em comum que une os fiéis. Dentro dessa perspectiva: “...*uma sociedade cujos membros estão reunidos por se representarem da mesma maneira o mundo sagrado e por traduzirem essa representação comum em práticas idênticas, é a isso a que chamamos uma igreja*”, (Durkheim, 1996:28).

Muitos dos movimentos sociais e contra-hegemônicos são frutos de movimentos religiosos, os quais vão contra a lógica de exclusão dos pobres. É notório o incômodo que tal assunto nos causa, principalmente quando tentamos articular saberes que constituem o *ethos* de uma sociedade secularizada e racionalizada. No entanto essa discussão é pertinente a partir do momento em que uma sociedade secularizada e com práticas religiosas racionalizadas, continua buscando e encontrando no sentimento de religiosidade, explicação para situações de sofrimento e dificuldades.

Enquanto movimento popular, a religiosidade foi discutida por José de Souza Martins, através das Comunidades Eclesiais de Base (CEB), organizações populares do campo. O movimento das CEB's foi singular no processo de resistência à uma lógica dominante das relações de poder, principalmente na exploração do campesinato, conforme discutido no estudo de Martins (1989), os evidentes desníveis das relações sociais estabelecidas nas áreas rurais. Outra organização popular religiosa foi movimento das Ligas Camponesas, organizadas no nordeste brasileiro, durante as décadas de 50 e 60, com maior expressividade nos estados da Paraíba e de Pernambuco, compostas basicamente por evangélicos, (Novaes, 2001). Isso demonstra que a igreja, ao se posicionar ao lado dos menos desfavorecidos, desenvolvia um papel importante de resistência cultural e de justiça social.

Pois bem, a questão do crescimento do movimento religioso popular, tem sido estudada, dentre outros autores, pelo sociólogo chileno Cristian Parker. O autor analisa a matriz religiosa na América Latina diante do processo de modernização capitalista. A política neoliberal e de globalização, constituem a base para uma sociedade que prima pela acumulação de riquezas materiais, incremento tecnológico e protecionismo mercantil. Na América Latina essas políticas de mercado acentuam ainda mais a desigualdade social.

É nesse contexto que Parker vem desenvolver seu estudo. Ele parte do pressuposto de que a matriz religiosa da América Latina, por ser ricamente sincrética, exerce uma forma de resistência, um *protesto simbólico*, que vem sendo cultivado desde o processo de colonização. E o ressurgir de um movimento religioso popular com a conseqüente mobilização dos estratos mais desfavorecidos da sociedade, anunciam a reação à secularização que acentua as desigualdades sociais, perpetuadas pela ineficiência das políticas públicas. Quanto ao processo de secularização da sociedade, Valla (2000:4), nos diz que:

*“A passagem de uma sociedade agrária tradicional para uma sociedade moderna, urbana e industrial deveria levar inevitavelmente à **secularização** dos valores. A mudança supunha que a religião passaria a ter uma importância cada vez menor no seio da vida social, sendo substituída por valores e normas inteiramente seculares, sem nenhuma referência a realidades sobrenaturais”.*

A peculiaridade de um movimento religioso popular é seu caráter complexo, evidente nas dinâmicas das relações sociais de uma sociedade secularizada. Quanto a isso, Parker (1996:55), considera que os movimentos religiosos,

“Exprimem a seu modo, em forma particular e espontânea, as necessidades, as angústias, as esperanças, os anseios que não encontram resposta adequada na religião oficial ou nas expressões religiosas das elites e das classes dominantes”.

A partir dessa visão, Parker tem a finalidade de quebrar o estereótipo de que o crente é alienado, ignorante e passivo, não lutando pelos seus direitos. Parker defende a idéia de que a *filiação religiosa do movimento popular* (grifos meus) é uma maneira encontrada pelas pessoas mais pobres na tentativa de resistir a uma lógica econômica e social, por vezes tão perversa e excludente. Sua finalidade premente é a luta pela sobrevivência. Acredita-se que uma outra lógica possa estar sendo utilizada pelas classes populares e os intelectuais ainda não se deram conta do novo campo religioso que estaria se configurando; nesse sentido, a religião popular pode ser descrita como um conjunto de *“estratégias de sobrevivência que as classes populares adotam dentro de uma sociedade que lhes nega oportunidade e os seus direitos legítimos”*, (Valla, 2001:131).

III.4.1. O Pentecostalismo Brasileiro Enquanto Religião Popular

A referência histórica e geográfica da Reforma Religiosa é a Europa Renascentista do século XVI, onde o Movimento de Reforma foi liderado por Martinho

Lutero e posteriormente por João Calvino, dando origem ao Protestantismo Histórico. Já o pentecostalismo tem como referência o Novo Mundo, os Estados Unidos. O pentecostalismo surgiu como um movimento de resistência popular sincrético, animado pela diversidade cultural dos diferentes povos que constituíram o território norte-americano, além da forte influência da religiosidade negra dos estados do sul.

Novaes (2001:73) considera que *“o pentecostalismo no Brasil deve ser analisado como um produto histórico singular”*, principalmente devido à matriz religiosa sincrética que define o campo religioso brasileiro.

Na cidade, a explosão do movimento pentecostal nos faz pensar em uma outra forma de resistência que poderia estar sendo construída pelas comunidades mais carentes dos grandes centros urbanos. A expansão do movimento pentecostal, principalmente da Igreja Universal do Reino de Deus, “primo rico” das pequenas igrejas e templos religiosos que são cada vez mais numerosos nas comunidades carentes, é a responsável pelo alavancar desse processo.

O surgimento do pentecostalismo no Brasil foi objeto de estudo de vários autores, (Fernandes, 1996; Bonfatti, 2000; Novaes, 2001), pois enquanto movimento originário da cultura popular norte-americana, chegou ao Brasil nas primeiras quatro décadas do século passado, primeiramente na região Norte do Brasil, representada pela denominação Assembléia de Deus; no Nordeste, com a denominação Congregação Cristã do Brasil. Nos anos 70, surgiu, na região Sudeste, mais precisamente no Rio de Janeiro a Igreja Universal do Reino de Deus, fundada no ano de 1977, (Novaes, 2001).

Nesse processo, conforme afirma Novaes (2001:51), emerge *“a identidade: ser crente. Ser evangélico pentecostal no Brasil se define por oposição a ser católico”*. Alguns autores (Fernandes, 1996; Machado, 1996; Novaes, 2001) tentam

compreender a dinâmica do movimento pentecostalista, considerando sua chegada ao Brasil, conquistando um número cada vez maior de fiéis nas suas diversas denominações; além da participação ativa e maciça no cenário político brasileiro.

O espaço de diálogo e inserção que o pentecostalismo encontra no Brasil é um território fértil, animado por uma população extremamente pobre, carente de recursos materiais e principalmente, em busca de um sentido para a vida. O território religioso, até então visto como dominado pela religião católica, demonstra que ele pode ser plural, sincrético e visitado simultaneamente. É nesse território relacional, permeado pelas dificuldades cotidianas, que se instala uma nova forma de ser e estar no mundo, uma crença que permite a re-significação da vida diante do sofrimento. Na luta pela sobrevivência, são as classes populares que se beneficiam imediatamente desses espaços.

Rubem César Fernandes (1996:5), coordenou a pesquisa “Novo Nascimento”, que *“distingue algumas das principais tendências existentes nos meios evangélicos”*. Os resultados demonstram o perfil dos evangélicos da cidade do Rio de Janeiro, *“cerca de 70% dos evangélicos do Grande Rio não nasceram, nem foram criados num lar evangélico”*. Esse fato nos chama a atenção para o fenômeno da conversão muito discutido nos estudos com essa temática. No entanto, a pesquisa demonstra que a conversão não acontece apenas associada à dificuldade ou crise de vida, onde 45% dos entrevistados expressaram essa realidade.

Waldo César, ao analisar o pentecostalismo e sua fácil permeabilidade no cotidiano das pessoas das classes populares, nos diz que:

“O pentecostalismo é a forma popular do protestantismo – e que não pode ser totalmente entendido ou estudado independente deste

último. O fato é que as igrejas protestantes históricas nunca souberam lidar com o popular. O pentecostalismo importado, adotou no entanto, um estilo mais simples, mais perto do povo, estimulou a sua participação, cultivou seus estilos e ritmos, fez dos convertidos novos missionários e pregadores”,
(César,1992:52).

Uma outra explicação que tem sido elaborada para tentar compreender a lógica da conversão e sua repercussão na vida dos fiéis é a transcendência, discutida também por Waldo César. Até mesmo porque estamos nos deparando com relatos de transformações de vidas, e na visão desse autor o fenômeno da transcendência estaria permeando esse processo. Sabemos das transformações que a pessoa experimenta ao conseguir transpor uma esfera representada por um cotidiano de privações e encontrando um alento esperançoso, em que rompe com um mundo de duras dificuldades. Waldo César (1992:53), tenta compreender essa lógica não se baseando apenas nos relatos de uma melhoria de vida quantitativa, pois o autor acredita que há a dimensão do transcendente, *sem a qual não se pode compreender o conjunto do fenômeno pentecostal – e de outras religiões populares.*

E completa: *“o fervor pentecostal se distingue de outras experiências religiosas populares na sua relação com a questão da sobrevivência pessoal e familiar. A sobrevivência, que é um acontecimento material, se submete a um outro valor, de ordem sobrenatural”,* (César, 1992:54), a qual oferece um outro valor à vida cotidiana.

Outro elemento da transcendência que é peculiar ao pentecostalismo é o dom de falar em línguas (glossolalia), momento em que os fiéis

consideram o ápice do culto, quando o Espírito Santo se faz presente. César (1992:55), utilizou as impressões de lingüistas para compreender esse fenômeno e chegou a conclusão que “a produção de sentido que provém do uso livre e ilimitado de sons – onde a voz de cada um se perde e se materializa em uma libertação pessoal e coletiva”. A pessoa que frequenta a igreja pentecostal aguarda esse momento com ansiedade, pois ele é permeado de muita alegria; os fiéis dançam, pulam, cantam e assistem ao espetáculo que é produzido por eles mesmos, no ápice da emoção. E é nesse território rico de significações que tentaremos dialogar com o sofrimento psíquico, buscando compreender o sentido do adoecer através da religiosidade.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. (org.), 1998. *Loucos Pela Vida – A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BONFATTI, P., 2000. *A expressão Popular do Sagrado: Uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*. São Paulo: Edições Paulinas (Coleção Religião e Cultura).

CÉSAR, W., 1992. Sobrevivência e transcendência: Vida cotidiana e religiosidade no pentecostalismo. In: *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro, 16/1-2, pp.46-59.

DAVID, H. 2001. *Sentir Saúde - Religiosidade Popular e Cotidiano das Agentes Comunitárias de Saúde: Repensando a Educação em Saúde junto às Classes Populares*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.

DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R., 1991. Resposta à crise. Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. (org.). *A Loucura na*

Sala de Jantar, São Paulo: Editora Resenha.

DURKHEIM, E., 1996. *As Formas Elementares da Vida Religiosa (O Sistema Totêmico na Austrália)*, São Paulo: Editora Martins Fontes.

FERNANDES, R. C., 1996. Os evangélicos em casa, na igreja e na política. In: *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v.17, n1-2, pp.4-15.

MACHADO, M.D.C., 1996. *Carismáticos e pentecostais – adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo: Associação de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Editora. Autores Associados.

NICÁCIO, F., 1994. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Culturas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, mimeo.

NOVAES, R., 2001. Pentecostalismo, política, mídia e favela. In: *Religião e Cultura Popular*, (V.Valla org.), Rio de Janeiro: DP&A Editora, pp.41-74.

OMS, 1978. *Conferência Internacional de Atenção Primária de Saúde*, Alma-Ata, URSS.

PARKER, C., 1996. “*Religião Popular e Modernização Capitalista. Outra Lógica na América Latina*”, Petrópolis: Vozes.

SANTOS, M., 1988. *Metamorfoses Do Espaço Habitado: Fundamentos Teóricos e Metodologia da Geografia*, São Paulo: Editora HUCITEC.

SEABRA, O.; CARVALHO, M. & LEITE, J. (entrevistadores), 2000. *Território e Sociedade: Entrevista com Milton Santos*, 2ª edição, São Paulo: Editora. Fundação Perseu Abramo.

VALLA, V. & SIQUEIRA, S., 1996. O centro municipal de saúde e as necessidades de saúde da população brasileira – Encontro ou desencontro? In: *Educação, Saúde e Cidadania*, (Victor Valla & Eduardo Stotz org.) Rio de Janeiro: Editora Vozes.

VALLA, V., 1998. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 4(sup2):7-18.

VALLA, V., 2000. *Pobreza, Emoção e Saúde: Uma Discussão sobre o Pentecostalismo no Brasil*, Rio de Janeiro, mimeo.

VALLA, V., 2001. *Religião Popular e Modernização Capitalista*, Rio de Janeiro, mimeo.

VASCONCELOS, E. M., 1998. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 14(sup2):39-57.

IV – O Caminho Metodológico

Sabemos que as trajetórias terapêuticas percorridas pela pessoa diante do sofrimento psíquico são complexas, permeadas por elementos culturais fortemente ligados ao subjetivo e ao simbólico, principalmente quando direcionamos nosso olhar para a vivência religiosa.

Diante do sofrimento psíquico, da aflição (termo amplamente utilizado na literatura antropológica), a pessoa experimenta o sofrimento na sua forma mais dolorida, principalmente porque não há uma resposta imediata para o sofrimento psíquico elaborada pela medicina, que vá responder a contento a pessoa em aflição. Sentindo-se abandonada, sozinha e sem conseguir dar sentido a tudo que está vivendo e transformar o sofrimento em algo suportável, a pessoa chega à uma instituição religiosa, no caso do estudo, uma igreja pentecostal.

Nesse ambiente novo, a pessoa é recebida e acolhida, sendo ouvida em seu sofrimento. Agora sim está sendo construído um sentido para tudo isso. O apoio social, a troca de emoções, a identificação promovida pelas experiências de vida, movem toda essa ciranda. Para compreendermos esse universo, se faz necessária uma abordagem metodológica que contemple as construções simbólicas e subjetivas, inseridas em um contexto histórico e social.

Sendo assim, desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, nos moldes de uma pesquisa etnográfica focal, tendo como método de apreensão de dados, a história de vida.

Justifica-se a escolha dessa abordagem metodológica por consistir em um estudo cuja base está centrada no cotidiano e no subjetivo dos indivíduos; elementos

que são contemplados na pesquisa etnográfica. Germain (1993:237), nos diz que: “*o conceito central na etnografia é a cultura, amplamente definida como o comportamento social apreendido ou o modo de vida de um grupo específico de pessoas*” [versão minha]. O objetivo principal do método etnográfico é descrever experiências a partir de um contexto cultural, situando os achados numa perspectiva ampliada, propiciando uma visão holística dos fenômenos saúde-doença, enquanto produção social, (Roper & Shapira, 2000).

Na prática do método etnográfico clássico, acontece a *fase se estranhamento*, quando o pesquisador vai a campo a fim de levantar questões a serem trabalhadas no estudo. Quanto à prática da pesquisa etnográfica focal, há um consenso entre autores (Fonseca, 1999; Germain, 1999), ao afirmarem que este tipo de estudo é baseado a partir da compreensão dos fenômenos sociais, tendo como objeto de estudo os significados culturais da linguagem explícita e implícita de determinados grupos sociais. A pesquisa etnográfica focal caracteriza-se quando a questão da pesquisa é formulada antes de se ir ao campo de estudo. Dessa forma, o estudo partiu de um serviço de atenção diária territorializado, onde são desenvolvidos atendimentos que visam a reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno psíquico.

A população participante estudo constituiu-se na clientela desse serviço e de familiares, que durante os atendimentos mencionassem a busca por instituições religiosas para lidar e compreender o sofrimento psíquico. Muitas pessoas que procuraram atendimento psiquiátrico tinham recorrido, no percurso de sua trajetória terapêutica, à alguma agência religiosa, mais predominantemente, as igrejas pentecostais e neopentecostais.

Durante o contato com as pessoas que procuram igrejas para lidar com os problemas de nervoso, foi coletada sua história. Sendo assim, a pesquisa está

substanciada por histórias de vida colhidas através de entrevistas e da observação participante.

A história de vida é uma prática de captação de informações que viabiliza o discurso, a emergência da experiência de vida das pessoas envolvidas. Denzin *in* Minayo (1992), afirma que *“pode ser o método adequado para estudar a dinâmica da socialização, emergência de um grupo, estrutura organizacional, nascimento e declínio de uma relação social”*.

A observação participante é outro elemento que constitui o método etnográfico. Pode-se afirmar que a observação participante é uma estratégia central para a prática desse método, pois, como “estratégia”, propicia conhecer o cotidiano do grupo a ser estudado, compreendendo a visão de mundo elaborada por ele.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um roteiro de entrevista, composto por algumas perguntas norteadoras; as entrevistas foram registradas em fitas K-7 e posteriormente transcritas, sendo algumas manuscritas. A fim de garantir a utilização das informações colhidas, os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento. Após a transcrição e análise dos dados, as fitas K-7 foram apagadas.

Como o estudo propõe elaborar conhecimentos acerca das relações sociais no trato com o sofrimento psíquico, *“faz-se necessário um conhecimento mais específico dos processos pelos quais os diversos grupos sociais atribuem valores e constroem significados e práticas relativas à saúde e à enfermidade”*, Alves (1993:91).

As trajetórias terapêuticas têm como elementos principais o pluralismo terapêutico e as redes sociais, encontrando seu fundamento no fato de que as pessoas resolvem seus problemas de saúde de forma diferenciada. Diversas maneiras de lidar com os problemas de saúde envolvem tanto a medicina oficial quanto as instituições

religiosas. Esse pluralismo terapêutico é peculiar à sociedade marcada pela diversidade cultural, pela co-existência de tratamentos vistos como incompatíveis, além do sincretismo religioso, (Loyola, 1983; Montero, 1985; Alves & Souza, 1999, Rocha, 2000; Machado, 2001). Importa conhecermos as trajetórias terapêuticas e os mecanismos sociais acionados pelos indivíduos diante dos problemas de saúde, não nos limitando em descrever as trajetórias, mas principalmente, compreendê-las e analisá-las à luz do contexto social e cultural.

O processo de análise foi iniciado com as transcrições e digitação das fitas, sendo os dados submetidos à análise de conteúdo. Seguiu-se a fase da *leitura flutuante*, a qual consideramos uma fase de sensibilização, de aproximação com os relatos. Nessa fase, não houve preocupação com a definição de categorias e sim com o conteúdo das entrevistas e de que maneira os relatos poderiam estar dialogando entre si e com a literatura. A análise de conteúdo é uma forma de análise que relaciona o indivíduo produzindo e emitindo mensagens, em um processo de interação e comunicação. Bardin (1994:38), define a análise de conteúdo como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

A partir da idéia de que tais espaços de representação conferem sentido à desordem provocada pela doença, a categoria *os espaços de produção de sentido*,

foi dividida em *o espaço das representações*, que são o *corpo* e a *família*, e em *o espaço do percurso religioso*, constituído pela *conversão*, *cura* e o *simbolismo do dízimo*. A sistematização da metodologia é o que veremos no capítulo a seguir.

Referências Bibliográficas

ALVES, P. C., 1993. O discurso sobre a enfermidade mental. *In: I Encontro Nacional de Antropologia Médica*, Bahia, Salvador.

ALVES, P. & SOUZA, I., 1999. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In: Experiência de Doença e Narrativa* (P.C. Alves; M. C. Rabello, I. Souza, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BARDIN, L., 1994. *Análise de Conteúdo*, Portugal: Edições 70.

FONSECA, C., 1999. Quando cada caso não é um caso. Pesquisa etnográfica em educação. *In: Revista Brasileira de Educação*. Nº 10.

GERMAIN, C., 1993. Ethnography: The method. *In: Nursing Research: A Qualitative Perspective* (P. Munhael org.), 2ª ed., New York: National League for Nursing Press.

LOYOLA, M. A., 1983. *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Editora Difel.

MACHADO, A. L., 2001. *Espaços de Representação da Loucura: Religião e Psiquiatria*. Campinas, São Paulo: Editora Papirus.

MINAYO, M. C., 1992. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC.

MONTERO, P., 1985. *Da Doença à Desordem – A Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro:

Edições Graal.

ROCHA, R., 2000. *Trajetórias Terapêuticas em Pacientes Psiquiátricos e Usuários de Religiões de Possessão: Um Estudo sobre Pluralismo Terapêutico*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ROPER, J. M. & SHAPIRA, J., 2000. Overview of ethnography. *In: Ethnography in Nursing Research*. Thousand Oaks: Sage.

V – Construção dos Espaços de Produção de Sentido: Compreensão das Falas dos Sujeitos

Compreender as falas dos sujeitos, sem perder de vista a complexidade da sua história, é o principal desafio desse estudo. Para que os relatos sejam discutidos de maneira respeitosa e completa, é importante conhecermos os participantes da pesquisa. Estão aqui descritas pequenas biografias, uma breve identificação, informações sobre a constituição familiar e algumas particularidades que serão evidenciadas aos poucos, ao dialogarmos com os sujeitos ao longo do capítulo. Vamos observar como os indivíduos constroem seus núcleos de sentido e de representação para o processo de adoecimento e busca de ajuda e como utilizam o espaço religioso nesse processo. Os nomes são fictícios.

Reginaldo tem vinte e oito anos e começou a usar drogas aos vinte, segundo ele por curiosidade. Está bastante preservado psiquicamente, o que facilitou o desenrolar da entrevista. Atualmente está desempregado, vive de biscates, mora com a mãe e com o padrasto. O relacionamento familiar é complicado.

Pedro tem trinta e três anos e sofre de transtorno psiquiátrico desde os quatorze anos. Nasceu no Recife e veio para o Rio em companhia de sua mãe, para tratar do problema mental que surgiu após falecimento do seu pai. Nunca trabalhou, sempre foi dependente de sua mãe. Utilizamos trechos de alguns manuscritos de Pedro, uma vez que é um cliente que tem muita dificuldade para se expressar, o faz melhor através da escrita.

Dona Lúcia, mãe de Pedro, também foi entrevistada, pois se converteu ao pentecostalismo e frequenta a igreja na expectativa de ver seu filho curado. É empregada doméstica e participa do cotidiano da igreja como forma de retribuição ao acolhimento e apoio que recebe daquela comunidade.

Outro entrevistado, Francisco, faz tratamento psiquiátrico desde os vinte e três anos, ele agora está com quarenta anos. Francisco tem uma característica marcante no seu discurso, na forma como lida com sua doença e com o mal-estar que ela lhe causa. É muito questionador e usa sempre passagens bíblicas para embasar o que está afirmando.

Outro familiar foi entrevistado, dona Sílvia, mãe de Luiz, que faz tratamento no hospital dia. Dona Sílvia também é convertida ao pentecostalismo e nos chama a atenção por estar sempre distribuindo folhetinhos da igreja. Durante a entrevista, preocupou-se em dar seu testemunho de conversão, relatou algumas experiências próprias, de doença e cura, através da igreja.

Os dados foram coletados em um serviço de atenção diária da cidade do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas cinco pessoas: três usuários do serviço de atenção diária e dois familiares. Pensou-se que a visão dos familiares enriqueceria o estudo, ainda mais porque o cuidado e o manejo da doença é sistematizado principalmente pela família, mais especificamente, pela mãe. Os entrevistados foram selecionados devido à sua inserção em alguma igreja evangélica. Durante a entrevista de avaliação para o tratamento de reabilitação, as pessoas costumam mencionar sua crença religiosa e como essa crença “participa” da dinâmica do tratamento. Nas entrevistas, as pessoas relatam sua história de vida, o processo de adoecimento e como a religião passou a fazer parte desse percurso. Nossa clientela, por ser de poder aquisitivo muito baixo, sempre traz relatos das buscas religiosas, e principalmente, o apoio social que recebe da igreja. Da mesma forma que alguns familiares utilizam o espaço do grupo de família, outros buscam também os espaços religiosos. Os usuários também demonstraram, em várias situações, algum incômodo com a religiosidade, devido à uma experiência frustrante. No entanto, outros falam que vão à

igreja nos finais de semana para assistir ao culto, mas não se consideram evangélicos, apenas *vão à igreja*. Em alguns grupos terapêuticos, surgem temas relativos à religiosidade. Alguns relatos causam incômodo quando afirmam que a doença mental é causada por *espíritos de pessoas que já morreram*. Durante o processo de observação participante, percebeu-se que os próprios técnicos evitavam discutir com os usuários a questão religiosa, alguns acreditam ser um assunto que não será produtivo, outros acreditam que polemizar não vale a pena. Mas há uma postura da própria equipe em evitar esse tipo de discussão, talvez seja porque é um assunto que foge totalmente do científico, talvez seja difícil lidar com a diversidade religiosa de uma clientela tão específica. Fato é que esse assunto surge inúmeras vezes em espaços de grupo, o que indica que os usuários sentem necessidade de expressar sua religiosidade, não como uma forma de evangelizar ou dar seu testemunho, não era essa a demanda dos grupos. Mas falar de religião abertamente, saber o que cada um pensa dos diversos movimentos religiosos, é no mínimo interessante. Certa vez fizemos um grupo grande onde cada um falou sobre suas impressões da doença mental a partir de sua visão de mundo, religiosa ou não. O conteúdo que surgiu foi muito rico, as visões diversificadas e repletas de significados simbólicos, indicam que há um espaço que ainda pode ser explorado.

A partir da exaustiva leitura das entrevistas, procedeu-se à elaboração da categoria *os espaços de produção de sentido*, constituída para melhor objetividade, por subcategorias:

Núcleos de Representação

- a) Corpo
- b) Família

O Percurso Religioso

- a) A conversão
- b) A igreja enquanto espaço de cura
- c) O dízimo enquanto elemento simbólico

A divisão em subcategorias é para uma compreensão mais objetiva do processo de análise dos dados. Os espaços de produção de sentido são constituídos a fim de *prover sentido* a algo que foi interrompido pelo adoecimento.

A categoria “*espaços de produção de sentido*” faz a interlocução com os principais espaços de percepção e vivência do processo saúde-doença: *os núcleos de representação*, que nesse estudo são constituídos pelas subcategorias *corpo e família*; e *o percurso religioso*, constituído pelas subcategorias *conversão, cura e o dízimo enquanto elemento simbólico*.

O corpo, enquanto instrumento de percepção da doença, sofre tanto o processo de adoecimento quanto às intervenções terapêuticas. É o espaço mediador do sujeito com o mundo coletivo e das práticas terapêuticas. Ao falar do fluxo de sensações, das percepções alteradas pela doença, o sujeito nos permite pensar o corpo como um pergaminho: frágil, mas ao mesmo tempo capaz de permitir a impressão de marcas profundas do processo de adoecimento.

A família funciona como mediadora durante o processo de adoecimento. A função da família enquanto auxiliar no processo de busca por ajuda é o que determina, muitas vezes, o tipo de ajuda que o indivíduo se utilizará. Ou seja, algumas vezes, de auxiliar a família passa a decidir as escolhas terapêuticas, mesmo que seja contra a vontade do sujeito doente. A comunidade é um espaço determinante de trocas sociais.

Muitos indivíduos e sua família, durante o processo de adoecimento, encontram na comunidade seu principal suporte.

Vemos, dessa forma, que *os núcleos de representação*, evidenciam um espaço muito importante na representação do processo saúde-doença e do cuidado.

Do corpo à família, observa-se a complexificação dessa grande rede de trocas que o indivíduo pode dispor. Lembrando, principalmente que o homem, enquanto ser relacional necessita desses níveis de interação social, para manter a sua individualidade. É o que Duarte (1986), denomina de “espaço hiper-relacional”, na construção da pessoa.

Na concepção de Duarte (1986:213), o espaço da vida interpessoal é o *“verdadeiro lugar dos valores e classificações sociais instauradoras da própria idéia de pessoa aí vigente ... estarão aí contempladas, neste sentido, sucessivamente, as relações com o trabalho, o poder e a religião”*.

O segundo espaço, *“o percurso religioso”*, é a construção de significados e significantes, produzidos nos espaços de representação. São as impressões das marcas sociais na construção de sentido para compreender o processo de adoecimento, a partir do itinerário religioso. A intenção de utilizar essa categoria é ressaltar o processo de saúde-doença mental e como esse espaço de produção de sentido é construído desde a sua percepção até à sistematização da rede de cuidados e busca de ajuda. É nesse espaço que veremos a importância das agências religiosas nas trajetórias terapêuticas que são elaboradas pelos sujeitos e seus familiares. É o espaço de confluência das representações da doença e da sistematização do cuidado.

Com isso acreditamos que possamos estabelecer um rico diálogo entre os relatos e categorias.

V.1. Núcleos de Representação

O Corpo

O corpo, enquanto espaço de representação social da doença, inscreve-se no conjunto de acontecimentos históricos vivenciados pelo indivíduo em sociedade. O corpo é a unidade concreta, onde são inscritas as marcas sociais, históricas e culturais; o que o faz ser apropriado por grupos sociais: “*o corpo surge então não apenas como objeto de representação, mas como fundamento da nossa subjetividade*”, (Ferreira, 2001:55). Cada contexto cultural imprime no corpo suas percepções acerca do processo saúde-doença e terapêutica: Luc Boltanski (1979), define *habitus corporal* dos membros de um grupo como:

“Sistema de regras profundamente interiorizadas que, sem nunca serem exprimidas na totalidade nem de maneira sistemática, organizam, implicitamente, a relação dos indivíduos de um mesmo grupo com seus corpos e a produção de condutas físicas diferentes, e diferentemente adaptadas a essas situações”, (Boltanski, 1979:176).

Mauss (1974), em “As Técnicas Corporais”, discute como o corpo é utilizado culturalmente e impregnado de representações e manifestações sociais, afastando-se da concepção organicista e mecânica do funcionamento corporal.

O paradigma biomédico ao dicotomizar a unidade corpo-mente, reinscreve o corpo num espectro de *continuum* da sociedade; o corpo é social e ao mesmo tempo individual, “*a comunicação da doença e do corpo se dá por meio da percepção de que algo mudou, e é nesse sentido que se procura entender as conseqüências das percepções corporais*”, (Gonçalves, 2001:115). Construída a partir da idéia de indivíduo, o conceito de identidade surge para animar esse *corpo social*.

A concepção de identidade vem para reforçar a discussão da construção social da pessoa. Enquanto categoria construída socialmente, compreende o indivíduo em seu papel de produtor de signos culturais. A partir do substrato da experiência e da subjetividade, o indivíduo constrói sua identidade. Os signos culturais, as informações apreendidas, constituem uma identidade pessoal, a qual localiza o indivíduo na sua comunidade ou no grupo social de que faz parte. Pensemos, então, a construção social da pessoa como realização da identidade, seja ela pessoal, familiar ou local (Duarte, 1986; Rodrigues & Caroso, 2001). No contexto desse estudo, os indivíduos ao expressar sua experiência com a doença e sofrimento, reforçam sua dimensão de sujeito.

Mauss *apud* Rodrigues (2001:138), nos diz que “*a pessoa é algo além de um fato de organização, mais do que um nome ou o direito reconhecido a um personagem e mais do que uma máscara ritual*”. A idéia de pessoa é construída a partir da noção de indivíduo, na medida em que este lança mão de diferentes construções para ser reconhecido como integrante de um grupo. Novas identidades podem ser construídas a partir dessas experiências, que são acumuladas ao nível pessoal, familiar e local. Esse é o “*pólo social*” da construção do indivíduo, descrito por DaMatta (1997), ao ressaltar a dialética das noções de indivíduo e pessoa:

“É essa vertente que corresponde à noção de pessoa como entidade capaz de remeter ao todo, e não mais à unidade, e ainda como elemento básico por meio da qual se cristalizam relações essenciais e complementares do universo social”, (DaMatta, 1997:222).

A pessoa que constrói sua identidade a partir da experiência de doença e sofrimento traz no seu discurso elementos que, a todo o momento, reforçam tanto sua identidade quanto a experiência sofrida. A ruptura interna causada pelo sofrimento psíquico deixa o indivíduo fragilizado e, na busca para reencontrar seu equilíbrio, utiliza seu corpo como instrumento de comunicação. É isso o que Foucault (1994:12), quer nos dizer ao afirmar que *“o que faz o corpo essencial da doença se comunicar com o corpo real do doente não são, portanto, nem os pontos de localização nem os efeitos da duração; é antes, a qualidade”*.

E, nas falas a seguir, poderemos ter uma noção de como o corpo é inserido no processo de adoecimento.

Reginaldo chamou minha atenção quando chegou ao Hospital Dia trazendo um livrinho da IURD (Igreja Universal do Reino de Deus). Perguntei onde havia conseguido aquele livro e respondeu que comprara na igreja que frequenta. Ele relata que procurou a igreja para se livrar do vício das drogas.

Percebeu que não estava bem quando experimentou alterações da sua percepção; assim ele refere:

“Eu tinha mais ou menos vinte anos, aí eu entrei pro mundo das drogas, eu fiquei um bom tempo e agora tem um ano que eu tô sem usar. Aí, devido ao tóxico, e à audição de vozes, alucinação, até

hoje ainda tem, mas diminuiu bastante por causa de que eu estou na igreja.

Eu tava com o pensamento vazio ficava quieto no meu canto, não queria conversar com ninguém, ficava com o pensamento vazio, assim e ouvindo vozes”. (Reginaldo)

Reginaldo conta que, freqüentemente, ouve vozes que dizem que vão matá-lo. Por não agüentar esse sofrimento, procurou a Igreja Universal para se curar. As vozes lhe causam muita angústia, o que faz constantemente pensar em ser internado para sentir-se mais seguro. A experiência de ouvir vozes causa todo um processo de desestruturação do indivíduo, da relação com seu meio e com as pessoas que o cercam. E esse estranhamento é mais angustiante, principalmente, por ouvir vozes dizendo a todo o tempo que irão matá-lo:

“Apesar de que a gente ter as atribulações da vida, mas não é normal ficar escutando vozes dizendo que vai matar, aí eu vou pra igreja, né?”, (Reginaldo).

Reginaldo, para diminuir a angústia e se curar das vozes, procura a igreja pentecostal. Ele relata que, durante os momentos de crise e de agitação, falava muito em *espiritismo*, em *macumba*, e por isso acredita estar possuído por um espírito; e que a cura virá com a sua libertação. A pregação do pastor e as interpretações sobre as possíveis causas do sofrimento psíquico, relacionadas a espíritos malignos, confirmam essa possibilidade de cura e libertação:

“Antes de eu usar drogas eu não tinha essa perturbação não, foi depois que eu comecei a usar drogas, essa perturbação na cabeça (...). Conforme fui fazendo o uso das drogas, sempre atrai troço negativo pra cima da gente. Eu não sabia. Os bispos e os pastores falam que isso é encosto, um encosto maligno”. (Reginaldo)

A condição de *estar possuído* nos permite compreender que o corpo, por estar em contato com o meio ambiente, sofre por todos os *passos errados* dados pelo indivíduo. Devido ao longo período em que usou drogas, Reginaldo sofreu um processo de adoecimento psíquico, e ele tem um claro entendimento disso: *“eu acredito mais que tenha sido devido a eu ter usado muitas drogas e também, problema espiritual”*. No entanto, percebe o adoecimento como castigo por não respeitar o seu corpo, tornando-o frágil, atraindo *forças negativas*: *“mas hoje eu me arrependo de ter entrado pro mundo das drogas, me incomoda muito ficar ouvindo essa perturbação, eu tenho que me segurar”*.

Compreendendo que o espaço religioso propicia a reorganização social e psicológica, o discurso de Reginaldo, nos faz perceber que a explicação do adoecimento é socialmente construída e aceita. É a lógica de que o corpo sofre pela falta de cuidado e pelos erros que o indivíduo comete. E essa construção é algo significativo na sua biografia pessoal, pois ela funciona como uma explicação que, de certa forma, exime o indivíduo da responsabilidade do que possa ter feito para prejudicar a si e a outros. Bonfatti (2000), em seu estudo, utilizou uma categoria para explicar que há uma compreensão construída no universo evangélico, a qual o indivíduo se beneficia de uma posição de vítima em relação ao mal que lhe acomete. O indivíduo, ao atribuir todas as suas atitudes *reprováveis* à uma *entidade*, geralmente o demônio, se acomoda nessa explicação, que não

favorece em nada o seu crescimento pessoal. Mas ao mesmo tempo, é uma forma menos dolorida de lidar com o sofrimento psíquico. E isso não é fácil para nenhuma pessoa.

Nos afastando da perspectiva psicopatológica, qualificar o “ouvir vozes”, é complexo. Os termos angústia, sofrimento, incômodo, perturbação, aflição, se aproximam muito mais da sua condição de indivíduo norteada pelo seu contexto pessoal e social. Perguntei ao Reginaldo o que ele entende por perturbação:

“É, às vezes eu tô quieto assim, aí meus pensamentos falam: “_ eu vou te matar”, não sei o quê, fala um monte de coisas. Isso é perturbação, aí eu procuro pensar em Jesus, em Deus, pra poder afastar esses maus pensamentos”.

Um outro entrevistado, Pedro, também tem uma experiência semelhante, pois considera estar com algum *mal* que lhe causa o sofrimento psíquico. O mal-estar físico e a angústia que sente por não conseguir explicar sua doença, foram os principais motivos que o levaram a freqüentar o hospital-dia. As sensações corporais relatadas por ele nos dão a dimensão da intensa angústia que sente, do incômodo que consegue apenas descrever como algo maligno que se localiza no seu estômago. Pedro expressa seu sofrimento através de gritos lancinantes e pela sua sofrida expressão facial. Ao localizar o mal que sente no estômago, ele ingere várias substâncias abrasivas, como água sanitária, pimenta, perfume, fermento em pó, como se assim, pudesse preencher o vazio causado pela angústia. A experiência e o sofrimento causaram marcas em Pedro que são vivenciadas e expressas fisicamente:

“Eu só penso em negativo, eu estou sofrendo. Esse mal não me deixa em paz, esse mal não deixa eu sossegar um minuto”, (Pedro).

Provavelmente, foi ouvindo relatos como esse que Franco Basaglia associou e passou a citar a fábula oriental “O Homem e a Serpente”, onde uma serpente que, ao se localizar no interior do ser humano, causa a perda da identidade e da capacidade de agir, pensar, sentir. Essa belíssima fábula nos dá conta da pequenez do ser humano diante do sofrimento psíquico e da dolorida necessidade de recomeçar e reconstruir sua vida. Eis um pequeno trecho:

“Existiu uma serpente que se alojou no estômago de um homem a qual passou a impor-lhe a sua vontade, privando-o de sua liberdade...”,(Basaglia, 1985:132).

No entanto, Basaglia acredita que essa fábula pode ser lida a partir de vários referenciais, de várias experiências, pois cada um de nós pode estar carregando uma *serpente* da qual não consegue se livrar. Assim ele nos diz:

“Mas nosso encontro com o doente mental também nos mostrou que, nesta sociedade, somos todos escravos da serpente, e que se não tentarmos destruí-la ou vomitá-la, nunca veremos o tempo da reconquista do conteúdo humano de nossa vida”, (Basaglia, 1985:132-133).

A mãe de Pedro é convertida ao pentecostalismo e o levou à igreja na esperança de que pudesse ser curado. Ela acredita que Pedro expressa “pouca fé em Deus”, e por isso não é curado. Também nos fala de como percebeu que Pedro estava “diferente”. Marca o começo das crises do filho com o falecimento do pai:

“Quando o pai dele morreu, ele falou assim: “- mãe, tem alguma coisa falando no meu ouvido”, (Dona Lúcia, mãe de Pedro).

A mãe de Pedro compreende que seu filho precisa de tratamento, mantém um relacionamento estreito com a equipe que cuida do seu filho, mas não prescinde de levá-lo à igreja. Quando Pedro começou a apresentar alterações psíquicas, fez relações com alguns casos acontecidos na família. Sua compreensão da doença de Pedro é permeada pela categoria do *nervoso* (Duarte, 1986), como algo que não tem explicação concreta. Seu relato é bem interessante nesse sentido:

“Eu acho que é nervos, porque na família do pai dele tem quatro assim. Na minha não tem não. Lá em Recife, um primo dele, muito bem de vida, com fazenda de gado, deu um tiro no ouvido...Quando começou essa insônia, eu senti que era nervos. Não tinha dor, quem faz isso é o nervo. O mal entrou desde criança”, (Dona Lúcia, mãe de Pedro).

Embora tenha uma explicação para a doença de Pedro baseada na compreensão do *nervoso*, acredita que esse nervoso é provocado por algo que *entrou* em

seu filho, no corpo dele, sendo a causa do sofrimento psíquico. O universo religioso provê seu discurso a partir da compreensão do bem e do mal. O mal que aprisiona seu filho, que o torna dependente de cuidados e incapaz de trabalhar e gerenciar sua própria vida. A cura virá com a libertação desse mal. A serpente da fábula de Basaglia também pode ser compreendida como o mal que entra no indivíduo, que o faz romper com sua liberdade. A mãe de Pedro assim nos diz:

“Qualquer doença não é de Deus. É o mal que entra. Tem que ser libertado dessa doença. Em 1º só Deus em 2º o doutor. Deus deixou a medicina, disse a Bíblia. É o mal que vem, igual ao vento, na brecha. Tem um negócio dentro de você, dia e noite pensando naquilo. Nós somos fortes, Essas coisas só pegam em gente fraca”,(Dona Lúcia, mãe de Pedro).

Nosso outro entrevistado, Francisco, tem uma intensa participação nos grupos. É muito questionador das práticas terapêuticas, busca sempre explicações lógicas para suas dúvidas, principalmente quando são relacionadas à sua doença. Busca intensamente os espaços religiosos na esperança de entender e se curar da esquizofrenia:

“Eu fui na Igreja Deus é Amor, e tive essa experiência. Eu procurei a igreja pra ser curado da esquizofrenia”, (Francisco).

Os conflitos religiosos que vivencia são exteriorizados por queixas físicas, e para que possamos compreender o mal-estar que sente, nos deu esse exemplo:

“dizem eles que as pessoas que têm problemas no pé, tem um pé maior que o outro, depois que foi lá, ficou normal”. Seu corpo é seu parâmetro de estabilidade. Francisco interpreta cada alteração do seu corpo como se fosse a manifestação de uma doença grave. Por esse motivo, submete-se constantemente a exames clínicos, faz exames de sangue regularmente, procura vários médicos para comprovar suas desconfianças. Francisco acredita ser portador do vírus HIV, embora vários testes já tenham sido negativados. Certa vez tomou dez litros de água e angustia-se até hoje por não ter eliminado de uma vez essa quantidade de água. Para ele, essa é a maior comprovação de que há uma anormalidade com seu corpo. Francisco queixa-se constantemente que está emagrecendo e que isso é consequência de algum vírus que seu sangue possa estar carregando.

“Há dois anos eu bebi dez litros d’água de uma vez só. Não aconteceu nada. Isso não pode ser normal. Pra onde foi essa água toda?”, (Francisco).

Essas doloridas experiências que Francisco relata ao sentir seu corpo doente, o impulsionaram a procurar explicação na igreja evangélica. Seu discurso, por vezes é revoltado e ressentido, por não ter encontrado ainda uma explicação que o satisfaça. Sua trajetória de busca por espaços religiosos o faz ser uma pessoa muito crítica, com um conteúdo de experiências de vida muito enriquecidas, ainda que permeado por tanto sofrimento.

Ao falar do mal que não sai do corpo, do vazio que sente, da ansiedade que não tem controle, das dores inexplicáveis nas pernas, da fraqueza, o indivíduo em sofrimento psíquico descobre, através do corpo, uma linguagem própria para,

de certa forma, continuar fazendo parte do mundo organizado. E essa angústia, esse esvaziamento, ao mesmo tempo em que, desabilita o sujeito para as práticas sociais e cotidianas, é o que o impulsiona a buscar significado e sentido para o seu sofrimento.

Lula Vanderlei (1996), nos fala do *vazio vivo*, que existe pulsante na experiência de adoecimento da pessoa com sofrimento psíquico e a relação entre corpo e a estabilidade:

“O vazio da experiência psicótica (agressividade e sofrimento) projeta-se sobre a vida cotidiana desvitalizando-a. A instituição que devemos criar para abrigar as pessoas que vivem esta experiência, terá que revitalizar o cotidiano a partir da criatividade e afeto”, (Vanderlei, 1996:71).

A doença, enquanto sofrimento, afasta o indivíduo do seu mundo de relações sociais; e a necessidade de estabelecer algum vínculo que reoriente e possibilite a reconstrução da sua identidade é um processo sofrido e longo. Esse é o desafio a que se propõe a reabilitação psicossocial. Resgatar identidades e construir laços sociais possíveis. Costa *apud* Nardi (2001), ao discutir esse processo, nos permite refletir sobre o sofrimento como uma identidade emergente:

“O distúrbio mental existe quando as representações de que o indivíduo dispõe para sentir e pensar sua identidade ou as causalidades e finalidades de seus projetos e emoções não se articulam em nenhuma rede de significados presente em sua

consciência socializada”, (Nardi, 2001:101).

Com isso, ao continuar problematizando o sofrimento do indivíduo como identidade, estaremos pensando em novas práticas para lidar com o adoecimento, na perspectiva de minimizar seu sofrimento. Adequar nossas práticas de cuidado e tratamento ao indivíduo e não esperar que ele prontamente corresponda às nossas expectativas, compreendendo-o na sua condição de indivíduo doente, pode ser o primeiro passo na reconstrução desses laços sociais.

Herzlich & Pierret *apud* Nardi (2001), problematizam a questão da identidade construída a partir da experiência de doença:

“Ser doente, portanto, torna-se cada vez mais freqüentemente viver com uma doença, ou com um handicap, e a doença tende a tornar-se, por ela mesma, uma identidade, e para os outros, uma categoria de percepção social”, (*apud* Nardi, 2001:101).

Está cada vez mais difícil manter o *status de doente*, (Goffman, 1992), em uma sociedade que cada vez mais preza a beleza física, a saúde e a capacidade para o trabalho, possibilidade afetada na maioria das pessoas que fazem tratamento psiquiátrico com base na reabilitação psicossocial. E essa relação sofrida com a doença envolve o sujeito na busca de alívio para seu mal-estar; esse pode ser o ponto de partida para a busca de ajuda.

Família

O relacionamento interpessoal é uma necessidade básica do ser humano. A diversidade das relações que estabelecemos ao longo de nossas vidas, as adversidades que conseguimos transpor e as que conseguimos desviar, estão inscritas em nossa história de vida. E nem sempre temos a possibilidade de recontar nossa história; sempre costumamos dizer, “o que passou, já passou”. Pois é, certa vez, fazendo um grupo com os usuários, estávamos discutindo como a vida é cheia de surpresas, e o quanto seria bom podermos aproveitar tudo que ela nos oferece. E as pessoas que estavam no grupo puderam falar das suas experiências de vida, da juventude, recontar sua história, se colocar em contato com momentos marcantes de suas vidas. Pensei em como esse grupo retratou o nosso cotidiano, pois estamos sempre correndo atrás de histórias de vidas mal-contadas, estamos sempre nos colocando a disposição para que essas histórias sejam recontadas. Acreditar nisso é acreditar na reabilitação psicossocial.

A dinâmica da família que comporta um membro em sofrimento psíquico está seriamente comprometida e desestruturada. A idéia de o familiar doente ser o “bode expiatório” das questões familiares mal resolvidas, também é observada; o que de maneira nenhuma desmerece o sofrimento que passa a co-existir com o processo de adoecimento. No entanto, há familiares que são um desafio para a equipe de reabilitação, pois os laços familiares também são desgastados pelo processo de adoecimento, o que faz com que o familiar acabe desistindo do parente doente por não considerá-lo capaz de retomar a sua vida. E o “esgarçamento” dos laços familiares, o desânimo, que por muitas vezes mina o relacionamento familiar, constituem um outro prisma de inserção da equipe

dos serviços de psiquiatria e saúde mental. E os grupos de família são promovidos na expectativa de ser uma “válvula de escape” para as tensões familiares.

As famílias dos usuários dos serviços de saúde mental sofrem um processo de homogeneização, (Rosa, 2000), pois os grupos de família não deixam de ser uma estratégia; sendo um exemplo de como as experiências das famílias, que têm em comum um parente com transtorno psiquiátrico, viabilizam as trocas de experiências e de vivências. Em contra-partida, conhecer as experiências alheias permite que se conheça e compreenda a sua própria experiência, (Rosa, 2000). Nesses grupos, acaba-se promovendo a ajuda mútua, pois as famílias “comparam” seus problemas e se apóiam nesse contínuo processo de troca e empatia:

“Há como que uma certa “solidariedade na miséria” acompanhada por um sentimento de conforto/consolação, em que se estabelecem gradações a partir das dificuldades do manejo sintomatológico, de controle social e estado de lucidez”, (Rosa, 2000:163).

Dentro desses grupos, os familiares estabelecem um sistema de classificação para compreender os transtornos psiquiátricos, (Rosa, 2000). Essa é a lógica do apoio social sendo aplicada à uma clientela muito específica, com peculiaridades e particularidades. Esse suporte que a família recebe nesses grupos é o que sustenta uma atitude cuidadora e compreensiva, mas principalmente de tolerância.

No processo de sofrimento psíquico, os mecanismos de comunicação e contato com a realidade, não são na maioria das vezes, compreendidos ou aceitos pelos familiares. E com essa questão do que é socialmente aceito, acabam sendo estabelecidos padrões de comportamentos. A família elabora seu diagnóstico baseando-se nesses padrões, na violação das normas de conduta, e na relação do que é do espaço público ou privado, pois a crise expõe a vida privada, a casa, a comunidade (Duarte, 1986; Rosa, 2000). De acordo com Rosa (2000:163):

“A família tem dificuldade em admitir o transtorno mental em pessoas que se mantêm lúcidas, orientadas espacialmente e em relação ao próprio eu. Tendem, assim, a traduzir os sintomas como manha, preguiça, falta de vontade e até mesmo falta de caráter, integrando as disposições físicas com as disposições de ordem moral”.

Muitas vezes, a equipe de reabilitação assume o papel de “bombeiro”, o que a transforma em uma referência não só para a pessoa com transtorno psíquico, como também para a família. Dentro desses padrões de comportamento já estabelecidos, é fácil perceber quando o indivíduo está passando por um período de crise. E a percepção da crise, seu encaminhamento e manejo, são configurados a partir da própria dinâmica familiar. E a expectativa da equipe é que a família possa aprender a lidar e a manejar o seu parente com transtorno psiquiátrico, principalmente nos seus momentos de crise.

O novo *locus* que o doente passa a ocupar na família, demonstra a necessidade de um rearranjo nessa dinâmica familiar. A família ao ter de se reorganizar para cuidar do seu parente, experimenta os sentimentos de culpa, de cobrança, o que acaba gerando a intolerância diante das limitações da pessoa doente. No entanto, chega-se à seguinte conclusão: “está doente, então precisa ser cuidado”. Essa reorientação da assistência familiar vai desde a necessidade de se estabelecer novos limites de tolerância, até as questões financeiras, de sobrevivência. O indivíduo doente, ao ser aposentado por invalidez, limita a renda familiar ou em outras histórias, o próprio benefício do INSS acaba sendo a única fonte de renda familiar. Em outras situações, a única saída para a família é assumir a curatela do seu parente, tornando-o civilmente incapaz. Esse é o lado perverso da história, onde o sujeito incapacitado acaba sendo o esteio da família; é a lógica da *inserção pela exclusão* (Rosa, 2000:160).

O desgaste da família do usuário de drogas também está relacionado à negação da doença, tanto pelos familiares quanto pelo usuário. A questão do uso e do abuso de drogas ilícitas perpassa o caráter da criminalidade, da legalidade e de um provável transtorno de personalidade. A necessidade da recuperação em clínicas especializadas, baseadas no tratamento pedagógico e moralizante, que reorientem o indivíduo para a vida em sociedade sem a necessidade do uso da droga, a conscientização de que é doente e sempre estará em risco de uma recaída, é uma demanda constante evidenciada pelos familiares. Reginaldo comenta que sua mãe e irmãs não frequentam a mesma igreja que ele, mas mesmo assim, recebe apoio delas para procurar um lugar onde *se sinta bem*. Assim, ele nos diz: “*Minha mãe sempre me aconselha a procurar a igreja. Quando eu tô confuso assim, e falo em macumba, ela me aconselha a procurar a igreja. Minhas irmãs também*”, (Reginaldo).

Entretanto, Reginaldo comenta que apesar de se dar muito bem com sua mãe e irmãs, não pode dizer o mesmo do seu padrasto, que segundo Reginaldo, *mete-se muito com a sua vida*:

“Com minha mãe é bom, mas com meu padrasto , a gente não se dá muito bem não. Porque ele gosta muito de se meter na vida dos outros, dá muitos palpites. Quando ele conheceu a minha mãe, eu devia ser contra, mas ela é quem sabe da vida dela, né? Então eu não me meti na vida dela pra ela não se meter na minha. Mas ele não entende isso. Minha mãe sempre ia me visitar, quando ela podia, ela ia sempre. Ela me dá apoio moral”,(Reginaldo).

Dona Sílvia nos conta que Luiz foi adotado pela sua mãe, que o pegou para criar quando ainda era bebê. Ela acha que Luiz começou a ficar doente após o falecimento de sua mãe, a quem era muito afeiçoado. Após esse episódio, Luiz foi morar com dona Sílvia, e assume que demorou muito tempo para procurar ajuda especializada a fim de saber o que estava acontecendo com ele.

“O L. não é filho da gente, a minha mãe pegou ele pra criar e a avó dele já tinha problemas mentais. E ele começou a ficar diferente depois que a minha mãe faleceu. A minha irmã levou ele ao médico uma vez, disse que ele tinha desvio, mas que não era nada grave. Mas pra ser sincera, eu sempre trabalhei fora e ele não teve o tratamento como está tendo agora. Na época eu nem era

evangélica, não era de nenhuma igreja. Mas agora é diferente, agora eu tenho Jesus”, (Dona Sílvia).

Dona Sílvia acredita ainda que foi escolhida por Deus para cuidar do Luiz, pois a paciência que tem com ele, o amor e a preocupação só podem ser dádivas de Deus:

“Olha, muitos não entendem, porque pra entender o L. tem que ter amor. A palavra de Deus diz que: “não adianta ter todos os dons, se não tiver amor”. É por esse amor que eu estou aqui hoje. Porque de mim mesmo eu acho que eu não teria, porque é difícil, é muito difícil, mas Deus colocou esse amor no meu coração pra que eu pudesse cuidar do Luiz”, (Dona Sílvia).

A situação de desemprego foi, para dona Sílvia, a oportunidade de fazer algo a mais pelo Luiz, o que não pôde ser feito antes porque não era evangélica nem tinha disponibilidade para acompanhar Luiz ao médico:

“Deus permitiu que o L. chegasse até mim, porque nós, eu tenho minha família, mas ele sempre ficou na casa da minha irmã, porque eu trabalhava, mas agora eu tô desempregada, e ele tá comigo, mas eu creio que isso é plano de Deus”.

No entanto, esses contextos demonstram que há uma figura singular do cuidado, que é a mulher. Na maioria das vezes, são as mães que acompanham seus

filhos, são elas ainda que sofrem com os momentos de crise do doente. O papel da mulher nesse cenário é o de cuidadora. As famílias, principalmente na figura dessas mulheres, buscam outras formas de apoio social para lidar com essas dificuldades. O espaço religioso é rico de sentido e significado para as pessoas que lá chegam com essa demanda específica. Bonfatti (2000) chama a atenção para uma forma expressiva de busca pelo espaço religioso, que são as correntes da família, as quais acontecem uma vez por semana. A figura da mulher, da mãe cuidadora, também marca presença no espaço religioso. Bonfatti (2000) observa ainda que, nesses espaços da corrente da família, é provido de eficácia simbólica, pois permite que as orações *alcancem* a pessoa doente sem que ela frequente a igreja. Geralmente, são apenas as mães que frequentam esses espaços, são elas que, convertidas, buscam a *salvação* para seus parentes doentes:

“Na maioria das vezes, foram vistos com retratos de filhos, roupas de maridos e garrafas pertencentes àqueles que têm problema de bebida. Destaca-se o fato de que essas ausências, momento algum, foram profundamente lamentadas ou questionadas”, Bonfatti (2000:157).

Exemplo semelhante é o que acontece com dona Lúcia e Pedro. Ele se converteu ao pentecostalismo por influência de sua mãe, ela o leva à igreja, no entanto, Pedro não tem uma noção clara do que vale para ele aquele universo religioso. Pode ser que para ele não tenha a mesma eficácia que tem para sua mãe. Dona Lúcia certa vez foi nos procurar muito angustiada, pois recebera um ultimato dos bandidos que moram em sua vizinhança: caso ela não tomasse providências quanto aos gritos de Pedro, seriam expulsos

do bairro. Diante da falta de alternativas, Pedro foi internado durante três meses e, quando recebeu alta ainda continuava a gritar e a acreditar que havia algo de ruim dentro dele. Cansada dessa situação, dona Lúcia resigna-se dizendo que *“Deus sabe o que faz”*. E acrescenta: *“Olha só como a doença dele atrapalha a minha vida. Eu trabalhava como atendente de enfermagem, gostava muito do meu trabalho”*.

O que podemos observar é que o espaço familiar de representação da doença é animado pela figura da mãe, da pessoa que cuida. E esse espaço, é pleno de significados que norteiam o tipo de ajuda a ser solicitada. Nos relatos observamos que a religião é um espaço de busca legitimado pela família, e a pessoa doente passa a fazer parte desse espaço, sendo convertido ou não à religião. A lógica do pertencimento parece transcender a questão da conversão religiosa.

V.2. O Percurso Religioso

Essa subcategoria explora as trajetórias terapêuticas que os indivíduos percorrem para tratar do sofrimento psíquico. Nesse contexto, observaremos a construção de uma lógica e de um sentido que, para as pessoas em sofrimento e suas famílias, é uma maneira reconfortante de enfrentar as dificuldades. Já reforçamos várias vezes nesse estudo que, o universo religioso é dotado de significações que reorientam a experiência de vida do sujeito, dando sentido à sua existência (Bonfatti, 2000). Essa peculiaridade do espaço religioso é o que envolve diversos estudos (César, 1992; Valla, 2001) sobre religiosidade e pobreza, pois são as classes populares que se beneficiam mais diretamente desses espaços.

Baseados nessa perspectiva percebemos através dos relatos que, a construção de uma lógica de pertencimento a uma igreja, tem uma considerável importância em nosso estudo. É dentro dessa compreensão que buscaremos evidenciar o papel determinante que o movimento religioso (no caso desse estudo, o movimento evangélico pentecostal) tem nas vidas dessas pessoas.

O espaço religioso, por ser dotado de eficácia simbólica, conforta a pessoa que busca alívio para seu sofrimento, se apresentando como uma rica matriz social, de elaboração de relações sociais e de produção de sentido; reforçando seu viés terapêutico e de controle. Essa é a tônica do espaço religioso, que ao re-significar a experiência de vida dolorida de uma pessoa, dotando-a de sentido e explicação, torna o sofrimento mais tolerável, dando às pessoas a possibilidade de reconstruir suas vidas, a partir de uma experiência dotada de sentido. Bonfatti, ao analisar a questão da experiência de sentido dos membros da IURD (Igreja Universal do Reino de Deus), observou que a questão da eficácia simbólica está presente no espaço religioso, pois :

“Estas experiências de construção de sentido, em geral, ocorrem como que recapitulando e tangenciando dimensões profundas de uma psique e cultura nacional, que se explicaria na sociogênese sincrética do Brasil no contrato com os surtos de modernidade”,
(Bonfatti, 2000:176).

Sendo assim, compreende-se que o *sentido* envolve a construção social, expectativas de pessoas que possuem algumas experiências em comum. O espaço religioso é o *habitus* (Bourdieu,1983), que favorece a construção de relações sociais e a

interação interpessoal. A partir da conceituação do *habitus* podemos compreender que há um sistema subjacente que é *estruturador e regulador*, quando é aplicado e *orquestrado* coletivamente, Bourdieu (1983).

Quanto à questão do sentido e sua *orquestração* social e coletiva, Spink & Medrado (1999:41), consideram que:

“O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta”.

O sofrimento psíquico enquanto fenômeno que envolve uma coletividade (o indivíduo que sofre, a família e a comunidade), *pede* essa reorientação da visão de mundo, de revisão de conceitos e significados para que a vida, diante do sofrimento, continue a ter sentido. No espaço religioso, principalmente o pentecostal, a pessoa que sofre encontra conforto para enfrentar os momentos difíceis da vida. Em um estudo sobre a relação entre o pertencimento religioso enquanto *fator de proteção* da doença mental, Dalgarrondo (1997), observou que esses grupos religiosos podem funcionar como uma intensa rede social, influenciando diretamente na tolerância da comunidade com a pessoa em sofrimento psíquico.

Norteados por esses elementos e características do espaço religioso pentecostal na produção de sentido, podemos prosseguir na compreensão de figuras importantes nessa composição da matriz religiosa e que se mostraram recorrentes nos

discursos dos entrevistados. Conversaremos com os dados através de três elementos que Bonfatti (2000), observou serem recorrentes no campo religioso pentecostal, principalmente no *iurdiano*. Esses elementos são, *a conversão, a cura e o exorcismo*, os quais justificam a motivação dos fiéis que estão sempre a procura de algo que os faça sentir mais confortados. “*A membresia [coletividade] da IURD vê exorcismo, conversão e cura dentro de uma única dimensão vivencial e psíquica, coerente e cheia de sentido*”, afirma Bonfatti (2000:38). Ainda assim, dentro da perspectiva de que o espaço religioso é significativo e relacional, poderemos considerá-lo também a partir dessa tríade, a qual nos põe em contato com experiências singulares, favorecendo uma eficácia terapêutica baseada na escuta e no acolhimento.

Conversão

Embora se defina como um freqüentador da igreja evangélica e não uma pessoa convertida, Reginaldo, traz em seu relato a importância do pertencimento e do apoio espiritual que recebe na igreja e porque considera importante no seu processo de tratamento:

“Tem que ter uma religião, na igreja católica, na igreja de crente ou então fico no mundo, sem nada, sem nenhuma religião. Ou com a religião, na igreja. Eu não me sinto uma pessoa convertida não. Me sinto assim: uma pessoa que freqüenta a igreja, mas eu não sou crente, sabe? Eu ainda tenho meus vícios, fumo cigarro, aí não me considero uma pessoa convertida, sou freqüentador da igreja”.

A questão da conversão é crucial, pois indica o tipo de compromisso que o indivíduo estabelece com a igreja. De acordo com Prandi (1996:264):

“A conversão está associada em grande medida à pobreza e a marginalidade social”, pois se acredita que, “as religiões cristãs de conversão ajudam a organizar a vida dos conversos, que são, sobretudo pobres e marginalizados, dotando-os de apetrechos culturais e psicossociais para melhor enfrentar a vida nas grandes cidades”.

Esse vínculo que Reginaldo mantém com a igreja, não é um compromisso formalizado; ao mesmo tempo em que frequenta o espaço religioso, não se identifica como uma pessoa convertida. No entanto, a lógica do pertencimento faz com que o Reginaldo não se sinta no mundo, vulnerável ao vício das drogas, sendo envolvido por um sentimento de esperança em reconstruir sua vida. Isso nos faz pensar que as curas e benefícios obtidos na igreja, não acontecem apenas entre os membros convertidos. Essa transitoriedade, essa possibilidade de a pessoa frequentar a igreja por um período de tempo determinado, o faz ser um *membro flutuante*; categoria analisada por Bonfatti (2000). O autor analisa essa categoria com base na questão de que os convertidos estabelecem com a igreja um compromisso, enquanto que o membro flutuante, está de forma passageira na igreja, podendo ser de outras denominações evangélicas ou do *Catolicismo*, da *Umbanda*, do *Espiritismo Kardecista* e do *Candomblé*, (Bonfatti, 2000). É característico da matriz religiosa brasileira esse sincretismo, o que faz com que os membros transitem por diversos espaços religiosos, buscando a resolução de seus problemas espirituais, financeiros, de

saúde.

No caso do Reginaldo, ele buscou a igreja universal, na intenção de se libertar do vício das drogas. Embora não seja um membro efetivo da igreja universal, ele se faz perceber um membro da IURD, pois foi assim que eu o identifiquei, quando o vi trazendo um livro da igreja universal. Ele cita diferenças que caracterizam o modo de ser de uma pessoa convertida:

“Uma pessoa convertida não fuma, não bebe, fica sempre em oração, a maior parte do tempo orando, fica falando de Deus o tempo todo. Eu não sou assim”, (Reginaldo).

Mesmo que Reginaldo continue fumando cigarro ou ainda não oriente sua vida no compasso da igreja, ele se identifica como um membro da igreja, e isso o diferencia dos demais. Bonfatti (2000), analisa esse dinamismo, que é observado muito mais na IURD, do que em qualquer outra denominação evangélica:

“De forma objetiva, o membro flutuante pode até não concordar, racional e totalmente, com a IURD, mas se ele se curou se exorcizando de alguma coisa, o corpo simbólico da IURD fez-lhe sentido em alguma instância e, assim, em algum momento, ele se converteu a esse corpo, mesmo que de forma fugaz”, (Bonfatti, 2000:51).

No entanto, observamos em alguns relatos que, o processo de

conversão, acontece quando a pessoa está vivenciando uma situação limite, quando a sua própria condição de sujeito está sendo ameaçada, macerada. São as pessoas viciadas em álcool e drogas, vivenciando crises familiares e financeiras, problemas de doença, são as situações – limites que impulsionam por uma busca de ajuda. As precárias condições de vida tornam as pessoas mais céticas em relação à noção de justiça social, o que faz com percebam que ninguém fará nada por elas, a não ser Deus. As religiões de conversão crescem na pobreza, (Prandi, 1996) e, dentre elas está o pentecostalismo. De excluídos do mundo das oportunidades e das desigualdades, eles são incluídos no mundo sagrado, rico de sentido, significações e esperança. É a lógica de que a igreja é o espaço daqueles a que foram negadas as oportunidades; *“aquele que crê Nele será salvo”*.

Foi dentro dessa lógica que a mãe de Pedro se converteu ao pentecostalismo:

“Eu morava em Recife. Eu bebia muito, fumava, ia pra clubes. Aí de vez em quando vinha esse negócio pra me arrepender, tirar dessa vida. Uma moça me chamou pra ir pra igreja. Senti uma alegria muito grande. Eu aceitei Jesus e me batizei nas águas. Nem dei testemunho porque é muito grande. Ele me procurou com quarenta anos, faz doze que estou na igreja. Foi no momento certo, eu abusei da cerveja, do cigarro, sentia um buraco na barriga. Tudo de ruim Ele tira. Tu esquece o batom, os óculos, o vestido vermelho, o pagode, só fica ligado lá por cima”, (Dona Lúcia, mãe de Pedro).

O *arrepender-se* é uma condição para a conversão. A pessoa convertida se arrepende de ter usado bebidas e drogas, de ter batido na esposa, de ter praticado outros atos ilícitos. Se arrepender significa estar com o *coração limpo* das *impurezas do mundo*, e isso faz com que a pessoa se torne digna do perdão de Deus. Waldo César (1992), relaciona a conversão à mudança de caminho, a um tipo de transformação individual; afastando-se do mau caminho, aproxima-se de Deus.

Interessante notar que a conversão ao pentecostalismo envolve “jargões” que ouvimos, principalmente quando somos abordados por evangélicos. O *aceitar Jesus*, é uma fantástica demonstração de que a conversão permite que o indivíduo mude o *rumo de sua vida*, ampliando seu horizonte para uma nova vida. Conforme nos diz Regina Novaes:

*“As conversões misturam sentimentos religiosos, e senso de oportunidade de quem conhece o mundo ao seu redor. Com a conversão, através da **graça de Deus**, se renasce. Começar nova vida é esquecer tudo que se fez e, principalmente, tudo que o convertido viu outros fazerem”*,

(Novaes, 2001:70).

Outro elemento importante nesse relato é a identidade da pessoa convertida. No entanto, dona Sílvia demarca claramente que a pessoa convertida, deixa para trás o tipo de vida considerado errado pela igreja, o que não significa que não possa se divertir ou desfrutar de bens materiais:

“Ser cristão não significa você se fechar pro mundo, temos que ser

diferentes, o que eu fazia, não posso fazer mais. Beber, fumar, participar de pagode, isso não vem de Deus”.

A questão da identidade é demarcada principalmente pela mulher evangélica, onde nas mais diversas denominações pentecostais, cultivava-se o recato e o despojamento de pinturas ou qualquer outra forma de vaidade, no entanto esse estereótipo está sendo revisto na dinâmica da relação iurdiana, onde a mulher já não é mais vista como desprovida de vaidade.

Da mesma forma que dona Lúcia relaciona a sua conversão a um momento de dificuldades que estava vivenciando, dona Sílvia, fala da sua conversão e de como sua vida foi reorientada a partir de então:

“Bebi cachaça durante cinco anos, eu bebia quatro garrafas de cachaça por dia, pedi a Deus e Ele me tirou a bebida. Eu mesma falava: - eu não tenho mais jeito, mas um dia eu entreguei minha vida na mão de Deus, pedia e Ele me tirou, para que eu possa estar falando pra você das maravilhas que Deus fez na minha vida”,
(Dona Sílvia, mãe de paciente).

O interessante desse relato é que na verdade a entrevistada deu seu testemunho de fé e conversão, *“através deles [testemunhos] os fiéis dão publicamente a conhecer problemas e soluções encontradas para questões pessoais e familiares, de ordem financeira, afetiva, de saúde”*, (Novaes, 2001:68). As pessoas convertidas ao pentecostalismo e ao neopentecostalismo assumem uma forma estereotipada de falar das

suas experiências religiosas. Quando convidei essa entrevistada para participar da pesquisa, ela compreendeu que seu relato poderia contribuir para que outras pessoas em situação como a sua, pudessem encontrar conforto na religião. Essa peculiaridade é tratada por André Corten como uma *impressão* dada à forma do discurso que os fiéis articulam e que o autor definiu como *etapas* desse discurso:

“Primeiro a orientação: doença (eventualmente o acúmulo de várias doenças); segundo, a complicação: agravamento – apelo para todas as soluções possíveis (medicinais, extra-medicinais: espiritismo, tentativa de suicídio, etc) – fundo do poço; terceiro, a solução: a última porta, Jesus na Igreja Universal; quarto: o relato é envolvido ou intercalado por avaliações, nas quais estão marcadas de modo mais ou menos apreciativo o interesse ou a importância da história contada”, Corten apud Bonfatti (2000:35).

A crítica que está sendo feita não é em relação à forma como os indivíduos relatam suas experiências, mas sim na forma como esse discurso é formatado no próprio ambiente da igreja e podemos confirmar esse fato nos próprios programas de televisão. No entanto, essa *intencionalidade* faz com que a pessoa convertida encaixe sua história de vida em uma formatação do discurso que é reforçada a todo o momento no espaço religioso. Pensa-se que assim, o indivíduo possa avaliar mais facilmente as modificações que aconteceram na sua vida após a conversão. Ao discutir as intencionalidades dos pastores da IURD e de outras igrejas pentecostais, Paulo Bonfatti, faz esse comentário:

“É esse sentido em sua autonomia que, embora possuindo uma afinidade e se encaixe como esquema produzido pela IURD, ao mesmo tempo, escapa a essa intencionalidade, pois diz respeito a dimensões que estão além da conjuntura restrita que formou e onde se movem as igrejas pentecostais”, Bonfatti (2000:36).

Já a conversão de Francisco à religião evangélica, permitiu que se construísse um espaço de representações, que mesmo sendo muito sofrido, é dotado de significações que o impulsionam a continuar buscando alívio para minimizar seu sofrimento. Francisco concentrou sua busca na cura para a esquizofrenia, mas a sensação de pertencer a um núcleo religioso, o faz se sentir confortado, o que é percebido na sua fala, ao expressar suas idéias, as quais sempre são permeadas por conteúdos religiosos. Hoje ele frequenta uma igreja pentecostal de outra denominação. De certa forma, aprendeu a conviver com o sofrimento psíquico: *“Eu sou uma pessoa esquizofrênica, mas eu posso ser curado da esquizofrenia dentro da minha igreja”.*

Francisco ainda leva para a sua vida, elementos religiosos que norteiam seu relacionamento conjugal. Embora esteja feliz com sua companheira, ele considera que sua vida conjugal está em pecado; se sente culpado porque não é casado com sua namorada, que por sua vez, não aceita casar-se com ele. Seu relato a seguir confirma esse conflito:

“A esquizofrenia é um sentimento que a pessoa adulta traz de criança, é um sentimento de auto-culpa. Todo esquizofrênico se sente culpado porque ele nunca ouviu um sim. A palavra não

acabou me destruindo” (Francisco).

Intencionalidade ou não a questão é que a pessoa convertida encontra o sentido que procurava pra reordenar o caos provocado pelas dificuldades e por um universo investido de miséria, descontentamento e fortes elementos culturais reforçados pela nossa matriz religiosa extremamente sincrética.

A Igreja Enquanto Espaço de Cura

A questão da cura é outro elemento determinante, presença constante no universo pentecostal. A pessoa que busca a igreja nos momentos difíceis da vida busca retomar a estabilidade, que pode ser compreendida aqui como cura. Pois bem, quando falamos em cura no pentecostalismo, nos vem a imagem já criada de que esse universo é demarcado por duas forças antagônicas: o bem e o mal, e a cura é compreendida nesse espaço como o bem vencendo o mal em uma batalha religiosa permeada por emoção e muita expectativa, (César, 1992; Bonfatti, 2000). O resgate da normalidade, a cura de uma doença diagnosticada pelos médicos como incurável, as constantes brigas familiares, os parentes dependentes de drogas e álcool; são males que as pessoas buscam combater na igreja. Ao levar para a igreja todas essas experiências sofridas, as pessoas esperam assistir a algo forte, que represente simbolicamente o mal sendo vencido e a benção sendo alcançada.

A IURD, sabendo das dificuldades que são mais recorrentes, a partir dos relatos das pessoas que buscam seus templos, tratou de distribuir pelos dias da semana as *correntes*, as quais consistem em espaços de oração onde os fiéis fazem os

pedidos e oram para que suas bênçãos sejam alcançadas. Bonfatti (2000:78), lista essas correntes temáticas, que são distribuídas pelos dias da semana:

“Segunda-feira – Prosperidade. Ligada a problemas de ordem financeira.

Terça-feira – Cura Divina. Para todas as doenças que estão ligadas, de certa forma, aos demônios.

Quarta-feira – Basicamente de louvor, é comum a presença dos mais assíduos. Há também muita leitura da Bíblia, a qual quase todos acompanham.

Quinta-feira – Ligada a problemas familiares com os filhos (mais raramente com os pais) e problemas conjugais.

Sexta-feira – Libertação. Dedicada, basicamente aos demônios e suas expulsões.

Sábado – Basicamente louvor e agradecimento.

Domingo – Louvor”.

Reginaldo acredita que se livrará das drogas fazendo a *corrente da libertação*:

“Sexta-feira é a corrente da libertação e terça-feira é a união pela família. Eu acredito que a voz pode sumir, através desse culto de libertação, eu acredito que Jesus vai operar e vai fazer com que essa voz suma, eu acredito”, (Reginaldo).

Reginaldo conta querer seguir o exemplo de um amigo, que fez a corrente da libertação e teve sua vida reorganizada:

“Um amigo meu fez a corrente da libertação e parou de beber, de usar drogas, agora tá trabalhando, voltou pra mulher dele, tem dois filhos”.

Pergunto ao Reginaldo como ele se sente na igreja, pois embora não se considere um crente, encontrou na igreja algum espaço significativo. Por alguns momentos, na igreja, as vozes que lhe perturbam param de incomodá-lo, dessa forma, acredita que se freqüentar a corrente da libertação e concentrar suas orações, vai ser curado.

“Me sinto bem. Às vezes, quando eu tô lá, as vozes pára de perturbar um pouco. Às vezes não, continuam perturbando mesmo assim, às vezes deixa meu pensamento em paz. Mas só que se eu fizer a corrente da libertação, eu acredito que possa sair da minha cabeça, do pensamento”.

E Reginaldo ainda completa:

“Com força de vontade, pára, eu acredito. Vem de Deus também. Às vezes Deus bota a gente em tentação pra ver, pra testar a nossa fé, pra testar a gente”.

Esse espaço de significação criado por Reginaldo ao frequentar a igreja possibilita que reorienta sua vida em direção a uma nova etapa, dessa vez, longe das drogas. O discurso de Reginaldo nos mostra as diversas variações, que vão desde o arrependimento ao movimento de se *desresponsabilizar* de qualquer compromisso que tenha com seu tratamento. Como ele mesmo disse, na igreja resolverá todos os seus problemas, tanto a dependência química quanto o desemprego. Ele relativiza suas afirmações quando fala em *força de vontade*: “*força de vontade pára, eu acredito. Vem de Deus também. Às vezes Deus bota a gente em tentação pra ver, pra testar a nossa fé*”.

Dona Sílvia nos conta alguns episódios onde acredita ter sido curada de um mioma. Ela refere que nunca fez tratamento médico:

“Eu fui curada duas vezes por Jesus. Eu não gastei dinheiro nenhum, claro, eu não cheguei aos médicos, não que Jesus seja contra os médicos. Quem deixou os médicos foi Jesus; foi Jesus que deu sabedoria aos médicos pra cuidar de nós. Nós somos curados através dos médicos, mas só que Deus quis que eu fosse curada por Ele”.

No entanto, para o tratamento médico de Luiz, ela tem outra explicação:

“Agora provê o Senhor que o Luiz tivesse que chegar até aqui, e eu to feliz porque o nome de Jesus vai ser glorificado, nesse hospital. Porque quando ele começou a tomar os remédios, eu fiquei

assim...porque os remédios são muito fortes, mas é pra curar ele, né? Aqui que Deus quis que eu trouxesse ele e vai ser aqui que ele vai ser curado.

Mas não sei porque, Deus permitiu que eu chegasse até aqui. E isso é para aumentar a fé daqueles que não crêem em Jesus. Deus trata cada um diferente; Ele permitiu que o Luiz viesse pro médico”, (Dona Silvia)..

E acredita que Luiz possa ser curado no espaço da igreja:

“Dentro da palavra de Deus, diz Ele que levou todas as nossas enfermidades Isso aí é um espírito maligno e eu não aceito essa enfermidade. Mas eu creio em Deus e tô levando ele à igreja. Mas não que eu não creia nos médicos”.

No entanto, se contradiz quando acredita que a doença de Luiz possa ser um exemplo para as outras pessoas de como a fé em alguma religião pode curar. E refere uma outra explicação para a doença:

“Eu acho que Deus permitiu essa enfermidade no Luiz para que o nome Dele seja glorificado, para que o Luiz seja curado pelo poder de Deus, para que outras pessoas possam ter fé de que vão ser curadas”.

E faz questão de reafirmar como o espaço religioso preenche a sua vida de significado e sentido:

Olha quem somos nós pra obrigar Deus a fazer alguma coisa. Ele faz quando Ele quer. E às vezes Ele usa as mãos dos médicos. É por isso que eu creio em Deus. Ainda que o mundo queira me provar o contrário. Mas só Deus é capaz de todas as curas”.

Francisco, por ter percorrido vários espaços religiosos, nos conta a sua experiência em um culto pentecostal na Assembléia de Deus, uma das denominações do pentecostalismo; *“foi uma experiência muito ruim, porque batia com a minha própria consciência”*, ele relata ainda que se sentia confuso diante da *gritaria* dos cultos e das sessões de exorcismo que presenciou na igreja:

“Eles pegam as pessoas pelos cabelos como se tivessem pegando um bicho. Eles puxam a pessoa que vai manifestar o espírito ruim, a entidade e seguram a pessoa e conversam com o demônio”, (Francisco).

O incômodo por ter presenciado alguns cultos nessa igreja, causou em Francisco diversas questões, principalmente relativas ao uso do espaço religioso e do conteúdo sincrético dos cultos pentecostais. A própria questão do exorcismo na igreja, que tem a proposta de livrar a pessoa do mal que a faz sofrer, causa um estranhamento:

“Jesus Cristo nunca conversou com o demônio, nunca praticou o exorcismo, o exorcismo veio da prática do espiritismo, e dentro da igreja protestante, universal e pentecostal, no geral, todas praticam o dom de línguas”, (Francisco).

Até mesmo porque o senso comum nos diz que a umbanda é vista como uma religião que lida com os *espíritos maus*, conquistando o legado histórico de exorcizar as pessoas e *conversar com o demônio*. Francisco faz uma comparação entre o que chama de espiritismo e a igreja pentecostal:

“Já a igreja pentecostal não usa o branco, eles usam a gritaria, o sai, sai, sai. E aquilo ali vai entrando na cabeça das pessoas, e os espíritos das trevas se apossam daquelas pessoas. E essas pessoas ouvem vozes, vêem vultos, realmente elas vêem mesmo, porque aquilo ali é a atuação do demônio”.

Francisco relata que se sentiu confuso diante daquela profusão de gritos, de línguas estranhas que eram pronunciadas; e diante dos momentos mais nervosos do culto, também falou em línguas: *“Essas línguas, são línguas que eles recebem, são uma espécie de espiritismo; eu já falei, é uma coisa que não é agradável”*. Além disso, comenta a participação do pastor como o grande incentivador daquele ritual, admitindo que existe uma atmosfera que envolve e excita quem está assistindo ao culto: *“Até uma criança sabe, que esse tipo de língua que a pessoa recebe, ou está excitado, pelo movimento, pelo murmurinho, pelo barulho”*.

E continua seu relato:

“Eu já fui possuído por outros espíritos, já manifestei em mim esses tipos de sensações emocionais, assim, é uma emoção tão forte, emoções ou não, que a gente chega a falar...de tanto aquela repetição, “aleluia, aleluia e glória, glória”, a sua própria língua, ela mesmo se encarrega de se enrolar. Aí você começa a falar em língua” (Francisco).

No entanto, Francisco não identificou sua doença como sendo causada por algum espírito maligno. Ele mesmo já definiu a causa de sua doença em um relato anterior. Embora não tenha se sentido representado nesse universo religioso, Francisco tirou dele elementos importantes para justificar e compreender sua doença ao experimentar as fortes *sensações* e *emoções*. Na busca para entender o que causa o seu sofrimento, ele pôde compreender, nessa igreja, que o seu sofrimento não é causado por espíritos malignos. As formas como são utilizados esses espaços religiosos são muito instigantes. A riqueza das sensações, mesmo que sejam contraditórias, são significativas e construtoras de sentido.

No entanto, é complicado para algumas pessoas compreender esses elementos, que são determinantes da nossa *matriz religiosa sincrética*. Esse conceito foi trazido à discussão por Bittencourt Filho *apud* Bonfatti (2000), que nos fala de um *substrato religioso cultural*, que se apropria e *incorpora-se ao inconsciente e consciente coletivos*. Ao mesmo tempo em que falamos de uma matriz religiosa sincrética, nos deparamos com a concretude do dízimo, enquanto prova ou forma de garantir a benção.

O Dízimo Enquanto Elemento Simbólico

O dinheiro é uma questão delicada na igreja. Sabemos das diversas críticas que as religiões sofrem devido a *sacolinha* que é passada após o culto ou missa. Mesmo sendo um assunto polêmico, guarda em si elementos simbólicos que explicam uma forma de estar e de se posicionar no mundo. O indivíduo que doa alguma quantia na igreja é alvo de estima e admiração por parte da comunidade. E essa questão também envolve o simbólico, uma vez que o indivíduo doa a única quantia que lhe resta, na crença de que o dinheiro lhe será devolvido em dobro.

Ao analisar em seu estudo *o simbolismo do dinheiro*, Paulo Bonfatti, baseado em outros autores, faz uma analogia entre a IURD (principal representante e alvo de críticas por enfatizar em seus cultos a dimensão do dinheiro) e o sistema de mercado em que se insere. Max Weber também relaciona o sistema capitalista de produção com o protestantismo, onde a religião proporia ao indivíduo convertido, a possibilidade de reorientar a sua vida. Weber (1985) observou ainda que a religião protestante tinha em seu discurso elementos que iam a favor da lógica capitalista de acumulação de capital. Com isso, a pessoa convertida ao protestantismo constrói seu estilo de vida dentro de uma lógica fechada e ascética. Sendo assim, a ascensão financeira estaria nos planos de Deus. Bonfatti (2000) observou ainda que a IURD e outras denominações evangélicas põem seus freqüentadores em contato com elementos que prezam a prosperidade individual. A pessoa ao contribuir para a igreja o faz na intenção de ser reconhecida e admirada pela comunidade além de poder utilizar o seu poder de compra, tão prejudicado no seu cotidiano. Entretanto, Bonfatti (2000:68), adverte: “*o que mais se*

percebe é que a lógica do prestígio pessoal com Deus, no ato de dar, está muito além da lógica da manipulação ou simplesmente do prestígio diante da comunidade da igreja”.

Esse poder de compra está relacionado com a possibilidade de “adquirir” algo que lhe trará conforto e alívio. É o que Prandi (1996), classifica como *pagar pela religião*. Esse autor faz uma interessante comparação sobre o significado do dízimo entre os adeptos a outras religiões (católicas e afro-brasileiras) e os evangélicos, observando a lógica do dinheiro que está envolvida no pentecostalismo é a de promover *“entre os fiéis, o convencimento de que todos têm direito à não pobreza e de que todos deixarão realmente de ser pobres, o que inequivocamente, quebra uma tradição de resignação muito arraigada e muito mobilizadora”*, (Prandi, 1996:271). Ao depositar o dízimo, a pessoa deposita suas esperanças, seja na mudança de vida, no emprego, na melhoria das condições de vida, na saúde, enfim, a pessoa que contribui com o dízimo, na verdade está investindo em si mesma.

Estamos relacionando o dízimo enquanto categoria por ter sido um elemento que surgiu durante as entrevistas. A pessoa convertida faz questão de “esclarecer” que o dízimo pago na sua igreja não é para benefício do pastor, mas sim, para que a comunidade possa desfrutá-lo, seja através das obras para a melhoria da igreja, para recorrer a um pequeno fundo monetário, para quando precisar de algum dinheiro, para contratar médico ou comprar um imóvel. Dona Sílvia faz questão de esclarecer esse ponto:

“Muitos não entendem quando pedem, agora você sabe que em todos os lugares existem os honestos e os desonestos. Muitos tiram proveito da palavra de Deus pra tirar dinheiro. Mas isso é em tudo que é religião”.

A pesquisa Novo Nascimento, coordenada por Rubem César Fernandes, onde se traçou o perfil do evangélico no Grande Rio, nos mostra que o dízimo é um padrão de comportamento entre os evangélicos de qualquer denominação, ou seja, por mais polêmica que seja essa questão, o dízimo é um forte elemento desse universo. Sendo assim, Fernandes (1996:7), afirma que: *“os mais pobres (menos de 2 salários mensais), contribuem expressivamente, numa percentagem próxima à da média geral; mas o percentual dos contribuintes tende a crescer com o nível da renda e também cresce o valor relativo das contribuições”*.

Com isso, o dízimo deixa de ser um elemento simbólico para também fazer parte de uma nova possibilidade onde o indivíduo pode participar da construção de algo que será utilizado por ele e pelas pessoas que o cercam. E esse novo contexto em que o indivíduo se inscreve ao contribuir com o dízimo é muito valorizado, pois aumenta sua auto-estima.

Dona Sílvia, fala de como o dízimo é tratado na igreja que frequenta:

“A palavra de Deus diz assim: - Trazei todos os dízimos à casa do tesouro, pra que eu lhe abrirei as janelas dos céus e fazer prova de mim. Então, fazer prova de Deus é assim: você tem R\$ 1, de tudo que vem na tua mão, você tira 10%. Mas o Deus que eu sirvo, tudo que vem na minha mão eu tiro 10%. Mas você crê que o meu dinheiro é multiplicado? Eu não tenho falta de nada. Na minha igreja eu tenho médico, se precisar eu não vou passar fome, nós temos um sítio comprado com nosso dinheiro, pra gente passear.

Então, tudo que eu ganho eu dou pra casa do Senhor, porque Ele me devolve tudo”.

No entanto, dona Sílvia afirma ainda que o dízimo não é para se comprar as bênçãos e compreende que ao contribuir com o dinheiro, o faz para a melhoria da sua vida e das outras pessoas que freqüentam a igreja, *“Muitos pensam que pra alcançar a benção de Jesus tem que dar dinheiro. Isso não. Olha, quem somos nós pra obrigar Deus a fazer alguma coisa. Ele faz quando Ele quer”.*

Reginaldo, entretanto, acredita que a contribuição pelo dízimo possa *abrir portas:*

“Eu não tô trabalhando, aí eu não tenho condições de contribuir. Mas se eu tivesse trabalhando eu contribuía. Eu acredito que Deus, a gente dando pra fazer obra na casa Dele, que é a igreja, Ele pode retribuir pra gente em dobro; abrir várias portas pra te receber”.

Reginaldo toca no ponto que é discutido por Bonfatti (2000) como a *“relação de reciprocidade com Deus, em que quanto mais se der mais receberá”.*

Também há uma compreensão em que, se o dízimo não fosse dado, se estaria *roubando de Deus*, conforme nos diz dona Lúcia:

“Eu pago o dízimo, Deus me livre se eu não pagar. Se você não dá, tá roubando de Deus. Ele é rico, não precisa do nosso dinheiro. É pra manter a igreja. O povo entende o outro lado. Eu faço a minha parte. Ninguém pode enganar Deus, Ele descobre”.

Bonfatti (2000), questiona quanto à voluntariedade de dar o dízimo: “Dar o dízimo é colocado sempre como algo voluntário, mas no fundo, passa a ser algo obrigatório dentro da visão de mundo de quem o dá, pois o não dar é considerado roubar o que pertence a Deus”.

As intencionalidades dos pastores na prática de recolher o dízimo demonstram que estão aquém das intencionalidades dos membros das igrejas evangélicas. Pensemos então que a pessoa não contribui com o dízimo ingenuamente. Há uma lógica que perpassa esse contrato estabelecido com a igreja, a qual tem seu substrato simbólico. Entretanto, estamos longe de podermos afirmar que o dizimista adota uma postura passiva diante do universo religioso, pelo contrário, ao contribuir com o dízimo, é estabelecido um contrato no qual ele não aceita nem considera conveniente para si, quebrá-lo. E a certeza de que irá alcançar a benção, motiva o fiel a continuar a contribuir com o dízimo, o que de certa forma, o põe na condição de *credor de Deus*, (Bonfatti, 2000), uma vez que estará *em dia* com o dízimo.

Referências Bibliográficas

ALVES, P.C. & SOUZA, I.M., 1999. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: *Experiência de Doença e Narrativa* (M. Rabelo, P.C.Alves, Souza, I.M., orgs), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 125-138.

BASAGLIA et al, 1985. *A Instituição Negada – Relato de um Hospital Psiquiátrico*, Rio de Janeiro: Editora Graal.

BOLTANSKI, L., 1984. *As Classes Sociais e o Corpo*, Rio de Janeiro: Editora Graal.

- BONFATTI, P., 2000. *A Expressão Popular do Sagrado: Uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus*, São Paulo: Edições Paulinas (Coleção: Religião e Cultura).
- BOURDIEU, P., 1983. *A Economia das Trocas Simbólicas*, São Paulo: Editora Perspectiva.
- CÉSAR, W., 1992. Sobrevivência e transcendência: vida cotidiana e religiosidade no pentecostalismo. In: *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v.16, n.1-2, pp46-59.
- DALGALARRONDO, P., 1999. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n.3, pp.158-164.
- DaMATTA, R., 1997. *Carnavais, Malandros e Heróis: Para uma sociologia do dilema brasileiro*, 6^a edição, Rio de Janeiro: Editora Rocco.
- DUARTE, L.F.D., 1986. *Da Vida Nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*, Rio de Janeiro: Editora Zahar/CNPq.
- FERNANDES, R. C., 1996. Os evangélicos em casa, na igreja e na política. In: *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v.17, n1-2, pp.4-15.
- FERREIRA, J., 2001. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, (L.F.Duarte, O.F.Leal, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.49-56.
- FOUCAULT, M., 1994. *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária.
- GOFFMAN, E., 1990. *Manicômios, prisões e conventos*, 3^a edição, São Paulo: Editora Perspectiva.
- GONÇALVES, H. D., 2001. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, (L.F.Duarte, O.F.Leal, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 105-120.

MAUSS, M., 1974. As Técnicas Corporais. In: *Sociologia e Antropologia II*, São Paulo: EPU/ EDUSP.

NARDI, H., 2001. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, (L.F.Duarte, O F.Leal, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.95-104.

NOVAES, R., 2001. Pentecostalismo, política, mídia e favela. In: *Religião e Cultura Popular*, (V.Valla org.), Rio de Janeiro: DP&A Editora, pp.41-74.

PRANDI, R., 1996. Religião paga, conversão e serviço. In: *A Realidade Social das Religiões no Brasil – Religião, sociedade e política*, São Paulo: Editora HUCITEC, pp.257-274.

RABELO, M. et al, 1999. Religião, imagens e experiências de aflição: alguns elementos para reflexão. In: *Experiência de Doença e Narrativa* (M. Rabelo, P.C.Alves, I.M.Souza, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.229-261.

RODRIGUES, N. & CAROSO, C., 2001. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, (L.F.Duarte, O F.Leal, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.95-104.

ROSA, L.C., 2000. *O Impacto do Transtorno Mental e o Provimento de Cuidado na Família*, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Serviço Social (no prelo).

SPINK, M. J. & MEDRADO, B., 1999. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano – Aproximações teóricas e metodológicas* (M.J.Spink org.), São Paulo: Cortez Editora.

VALLA, V. (org), 2001. *Religião e Cultura Popular*, Rio de Janeiro: DP&A Editora.

VANDERLEI, L., 1996. O vazio vivo. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (A.Pitta org.), São Paulo: Editora HUCITEC.

WEBER, M., 1985. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, São Paulo/Brasília: Editora Pioneira/EDUnB.

VI - Considerações Finais

Nosso estudo buscou compreender o sofrimento psíquico através da religiosidade. Nos chama a atenção o crescente número de igrejas que surge diariamente nas comunidades mais pobres e o discurso que chega até nós, profissionais da saúde mental. Esse fato demonstra que a religiosidade não pode ser considerada apenas como sistema cultural. Há uma lógica de vida, de experiência que justifica essa comoção em relação ao pentecostalismo, pois essas pessoas acreditam que suas vidas são modificadas pela religião.

Tentamos demonstrar, através dos relatos dos entrevistados, alguns elementos que fazem parte do universo pentecostal. A *transcendência* é um fenômeno que pode indicar o caminho para essa compreensão, pois coloca a pessoa em contato com o sobrenatural, com uma força que não sabe qualificar. A emoção que perpassa o culto, transforma o indivíduo em alguém que é capaz de orar e produzir algo através disso. E essa força que os fiéis esperam compartilhar cada vez que vão à igreja, é o que os motiva a continuar lutando pela vida e a frequentar os cultos da igreja. Esse momento inexplicável é o grande atrativo da igreja pentecostal e independe da manipulação dos pastores durante a condução do culto. E essa emoção, característica marcante do culto pentecostal é o que dá sentido à vida e renova as forças dos fiéis, como um processo de catarse, onde a pessoa canta, dança, aplaude e vibra com sua emoção. A cada culto a pessoa renova suas forças e passa a querer experimentar sempre essa emoção.

O universo pentecostal possui a peculiaridade de *aceitar* todos que chegam à igreja, tanto as pessoas *do mundo* quanto as que pertenciam a outros sistemas religiosos. Talvez isso explique o grande número de alcoolistas, usuários de drogas,

bandidos que se convertem na cadeia. Bonfatti (2000) nos fala da *matriz religiosa sincrética*, ao analisar esse rol de possibilidades que existe no pentecostalismo.

O pentecostalismo lida com experiências concretas de vida: a pessoa que se converte passa a ter maior gerência sobre sua vida, o dinheiro passa a sobrar mais, os filhos seguem pelo caminho certo, o marido pára de beber. No entanto, César (1992:7), nos convida à uma reflexão: “*é fato que o número de conversões cresce dia a dia e as estratégias de sobrevivência destas **novas criaturas** contam com algo mais do que uma simples contabilidade ou uma propensão para cortar gastos com vícios, mulheres e outras coisas **do mundo***”. Esse lidar com o cotidiano das classes populares é algo que nenhum outro sistema religioso conseguiu alcançar. Quando um pastor fala que alguém está com um problema na igreja, ele está falando com todos, todos se sentem contemplados. Esse sentimento de acolhida, de que está sendo ouvido, de que sua história tem importância, mobiliza cada vez mais essa população que se sente cada vez mais excluída e abandonada.

E o que falar no caso do sofrimento psíquico? Talvez a lógica da sobrevivência seja a mesma, acrescida da característica da doença mental, pois é uma doença abstrata, diagnosticada pelo relato e pela história de vida da pessoa que sofre. Só assim poderá ser recuperado o sentido do sofrimento psíquico. O diálogo que estabelecemos entre o saber popular e a reforma psiquiátrica durante a dissertação evidencia a importância do saber popular, da educação e saúde, pois necessariamente o ponto de partida para a compreensão dessa lógica é o sujeito que sofre. Pois nosso trabalho tencionou evidenciar o reconhecimento que a educação popular dá ao saber das pessoas comuns.

A igreja permite uma compreensão do universo da doença que a medicina oficial não foi capaz de dar. As classes populares estão buscando, de forma

sincrética, outros espaços terapêuticos onde sejam atendidas na sua inteireza, enquanto seres holísticos que são, não mais aceitando essa dicotomia *corpo e mente*.

O sofrimento psíquico está na esfera das sensações, da percepção, da subjetividade. As pessoas buscam a concretude, o palpável, o que se pode ver e tocar, não apenas sentir. O sofrimento psíquico não se permite ver e tocar, apenas sentir e expressar. O expressar pode ser através de gestos agressivos, de palavras incongruentes, pode ser através de uma poesia ou de uma pintura, pode ser através do isolamento. Mas também pode ser através da religiosidade.

Enfim, estamos contribuindo através desse estudo com mais elementos que irão certamente influenciar na compreensão do que acontece na vida dessas pessoas cada vez que vão ao culto, que significado tem para cada uma dessas pessoas, a conversão. Podemos falar em massificação, alienação, mas esses termos se tornam insuficientes para dar conta e responder questões tão individuais e subjetivas. A igreja, por ser um espaço de congregação, de coletividade, une as pessoas em um interesse em comum, seja a cura de um parente doente, seja conseguir comprar a casa própria, seja a cura dos problemas mentais. Para qualquer um dos problemas que a pessoa leva para o território da igreja, ela será acolhida, *escutada*, atendida; ela passará a fazer parte desse universo. Percebe-se então, que as pessoas que têm fé, sentem-se mais fortes para enfrentar as dificuldades e continuar a lutar pela sua sobrevivência, acreditando que serão curadas dos seus males.

É a busca de sentido, aqui representada por um elemento *desagregador*, que causa a desordem e o sofrimento. Compreender ou identificar esse elemento, nos relatos sempre associado a um espírito maligno, permite que a pessoa elabore melhor sua rede de cuidados, a qual será certamente sincrética e plural.

Através do acompanhamento das histórias contadas, a reabilitação psicossocial foi o norte utilizado para conduzir o estudo, com a intenção de vivificar a experiência religiosa, sem destacá-la do processo de reestruturação da vida da pessoa. A partir dessa perspectiva, a experiência religiosa atinge seu tom, pois enquanto experiência vivida, ressoa (dando sentido) na vida da pessoa que busca ajuda, resultando em apoio ou explicação para seu sofrimento.

O território da vida, por ser dinâmico, abrange a dimensão religiosa da vida da pessoa. Ao mesmo tempo em que é o território da vida, é o espaço de negociações e de sistematização das redes sociais. O território da saúde mental abrange esse espaço relacional da religião, mesmo não se dando conta disso, pois ainda usa outras lentes e visualiza a questão da religião por outro prisma. No entanto, nos deparamos cada vez mais com essas trajetórias terapêuticas territorializadas e sistematizadas ao nível do discurso religioso. Está óbvio que o universo religioso se sobrepõe à biomedicina. No entanto, saber disso não supera a nossa questão: como as classes populares lidam com o sofrimento psíquico e constroem as trajetórias terapêuticas?.

Diante do desgaste que a miséria e a falta de esperança causa nas pessoas, o conforto espiritual e a busca por uma religião demonstram que esse pode ser o caminho menos dolorido nessa trajetória. A possibilidade de encontrar, (e por que não?), construir uma compreensão para o seu sofrimento, é o que mobiliza tanto as pessoas, principalmente as que sofrem de transtorno psiquiátrico, minimizar o sofrimento que o transtorno psíquico causa é o que buscam essas pessoas nas suas trajetórias.

Do mesmo modo que Reginaldo acredita poder se sentir livre das vozes que o angustiam freqüentando os cultos pentecostais, a mãe de Pedro espera que seu filho seja liberto desse mal através da força de sua fé. Esse universo repleto de significados

e de representações infelizmente é visto pelas lentes reducionistas de um sistema de saúde que não dá espaço para que se privilegie a subjetividade. Muitas vezes nos deparamos com esses relatos, muito comuns na prática psiquiátrica e os desmerecemos em detrimento de uma lógica que temos que obedecer, da qual somos, de certa forma, prisioneiros.

Bibliografia

ALVES, P. C., 1993. O discurso sobre a enfermidade mental, *I Encontro Nacional de Antropologia Médica*, Bahia, Salvador.

AMARANTE, P. (org.), 1998. *Loucos Pela Vida – a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, 2ª edição, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

AMARANTE, P., 1996. “*O Homem e a Serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*”. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

AYRES, J. R., 2001. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1): 63-72.

BANACO, R. A., 2001. Religião e psicoterapia. *Revista Fragmentos de Cultura de Goiânia* v. 11 n. 01 p. 55/64.

BARDIN, L., 1994. *Análise de Conteúdo*, Portugal: Edições 70.

BASAGLIA et al, 1985. *A Instituição Negada – Relato de um Hospital Psiquiátrico*, Rio de Janeiro: Editora Graal.

BELLO, R. A., 1998. Religiosidade e psicoterapia popular. In: *Terapêuticas e Culturas*. (J.F.BARROS org.), Rio de Janeiro: Intercon/ UERJ.

BENEDETTI, L. R., 1994. Propostas teóricas para entender o trânsito religioso. *Revista Comunicações do ISER – A Dança dos Sincretismos*. n.45 ano 13.

BERLINGUER, G., 1988. *A Doença*. São Paulo: Editora CEBES/HUCITEC.

BOFF, L., 1999. *Saber Cuidar: Ética do Sofrimento Humano – Compaixão pela Terra*. Petrópolis: Editora Vozes.

BOLTANSKI, L., 1984. *As Classes Sociais e o Corpo*, Rio de Janeiro: Editora Graal.

BONFATTI, P., 2000. *A expressão Popular do Sagrado: Uma análise psico-antropológica*

da Igreja Universal do Reino de Deus. São Paulo: Edições Paulinas (Coleção Religião e Cultura).

BOURDIEU, P., 1983. *A Economia das Trocas Simbólicas*, São Paulo: Editora Perspectiva.

CAPRA, F., 1986. *O Ponto de Mutação*, São Paulo: Editora Cultrix.

CARDOSO, C. D., 1999. *Perspectivas Holísticas do Apoio Social e da Religiosidade Popular: Um Estudo sobre sua contribuição para a Educação Escolar*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense.

CARDOSO, M., 1999. *Médicos e Clientela – Da Assistência Psiquiátrica à Comunidade*. São Carlos: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo/Editora da Universidade Federal de São Carlos.

CARDOSO, R. (org.), 1986. *Aventura Antropológica – Teoria e Pesquisa*, Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.

CAROSO, C.; RODRIGUES, N.; ALMEIDA-FILHO, N., 1997. When healing is prevention: Afro-brazilian religious practices related to mental disorders and associated stigma in Bahia. In: *The medical anthropologies in Brazil* (Annette Leibling org.), Berlin: VWB.

CAROSO, C.; RODRIGUES, N. & FILHO, N., 1998. Manejo comunitário em saúde mental e experiência da pessoa. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 04, n. 09 p. 63/83, outubro.

CASTEL, R., 1978. *A Ordem Psiquiátrica. A idade do Ouro do Alienismo*, Rio de Janeiro: Editora. Graal.

CERQUEIRA, L., 1984 *Psiquiatria social – problemas brasileiros de saúde mental*, São Paulo: Editora Atheneu.

CÉSAR, W., 1992. *Sobrevivência e transcendência: Vida cotidiana e religiosidade no*

- pentecostalismo. In: *Religião e Sociedade*. Rio de Janeiro, 16/1-2, pp.46-59.
- CORDEIRO, D., 2000. Imanência e transcendência humanas. *Revista Fragmentos de Cultura de Goiânia* v. 10 n. 01 p. 47/62.
- CORTINA, A., 1996. *Ética Civil e Religião* [tradução Magno Vilela]. São Paulo: Edições Paulinas.
- COSTA-ROSA, A., 2000. Religiosidade e psicoterapia na saúde coletiva, In: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, Salvador/ Bahia.
- DALGALARRONDO, P., 1999. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n.3, pp.158-164.
- DaMATTA, R., 1997. *Carnavais, Malandros e Heróis: Para uma sociologia do dilema brasileiro*, 6ª edição, Rio de Janeiro: Editora Rocco.
- DAVID, H., 2001. *Sentir Saúde - Religiosidade Popular e Cotidiano das Agentes Comunitárias de Saúde: Repensando a Educação em Saúde junto às Classes Populares*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R., 1991. Resposta à crise. Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In:
- DELGADO, J. (org.). *A Loucura na Sala de Jantar*, São Paulo: Editora Resenha.
- DUARTE, L. F. D., 1986. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPQ.
- DUARTE, L. F. D., 2000. Dois regimes históricos das relações da antropologia com a psicanálise no Brasil: um estudo de regulação moral da pessoa. In: *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade* (P. Amarante coord.), pp. 107-139, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DUCHIADE, M. P., 1999. População brasileira: um retrato em movimento. In: *Os muitos*

brasis – saúde e população na década de 80 (M.C. Minayo, org.), pp. 14-57, São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco.

DURKHEIM, E., 1996. *As Formas Elementares da Vida Religiosa (O Sistema Totêmico na Austrália)*, São Paulo: Editora Martins Fontes.

ESPINOSA, N., 2000. Lenguaje y discurso – como reconciliar las identidades políticas y culturales en América Latina, In: *Espacio Abierto*, vol. 09 – n.04, nov/dec.

FERNANDES, R. C., 1996. Os evangélicos em casa, na igreja e na política. In: *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v.17, n1-2, pp.4-15.

FERREIRA, J., 2001. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, (L.F.Duarte, O.F.Leal, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.49-56.

FERRETTI, S., 1997. Sincretismo afro-brasileiro e resistência cultural, In: *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 4 , n. 08, junho.

FONSECA, C., 1999.Quando cada caso não é um caso. Pesquisa etnográfica em educação. In: *Revista Brasileira de Educação*. Nº 10.

FOUCAULT, M., 1995. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.

GERMAIN, C., 1993. Ethnography: The method. In: *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (P. Munhael org.), 2^a ed., New York: National League for Nursing Press.

GOFFMAN, E., 1990. *Manicômios, prisões e conventos*, 3^a edição, São Paulo: Editora Perspectiva.

GOMES, U. 2000. Falar em religião em um mundo plural. *Revista Fragmentos de Cultura de Goiânia*.v.10. n.05 p. 965/980. set/out.

- GONÇALVES, H. D., 2001. Corpo doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, (L.F.Duarte, O.F.Leal, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 105-120.
- GUEDES, S. L., 1998. Os casos de cura divina e a construção da diferença. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 04 n. 09 p. 47/62 outubro.
- HEIDEGGER, M., 1989. *Ser e Tempo* [tradução de Márcia Cavalcanti], Petrópolis: Editora Vozes.
- KLEINMAN, A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- KROPF, S. & LIMA, N., 1999. Os valores e a prática institucional da ciência: as concepções de Robert Merton e Thomas Kuhn. *História, Ciências e Saúde*, V(3): 565-581.
- LEAVELL, H. & CLARK, E., 1976. *Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil.
- LOYOLA, M. A., 1983. *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Editora Difel.
- LUZ, M. T., 1997. Novas realidades em saúde, novos objetos em ciências sociais. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A M. Canesqui org.). São Paulo: Editora HUCITEC-ABRASCO.
- MACHADO, A. L., 2001. *Espaços de Representação da Loucura: Religião e Psiquiatria*. Campinas, São Paulo: Editora Papirus.
- MACHADO, M.D.C., 1996. *Carismáticos e pentecostais – adesão religiosa na esfera familiar*. São Paulo: Associação de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Editora. Autores Associados.
- MARIZ, C. & MACHADO, M. D., 1994. Comparando carismáticos e pentecostais. *Revista Comunicações do ISER – A Dança dos Sincretismos*.n.45.

- MARQUES, L. H, 2000. A expansão pentecostalista: um fenômeno comunicacional. *Revista Fragmentos de Cultura de Goiânia*.v.10. n. 04 p.671/682 jul/ago.
- MARTINS, J. S., 1989. *Caminhada no Chão da Noite – Emancipação Política e Libertação nos Movimentos Sociais no Campo*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- MAUSS, M., 1974. As Técnicas Corporais. In:*Sociologia e Antropologia II*, São Paulo: EPU/ EDUSP.
- MEDEIROS, T., 1977. *A Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil*, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MINAYO, M. C., 1992. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- MINAYO, M. C., 1994. Representações de cura no catolicismo popular. *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. In: (P.C. ALVES & M.C. MINAYO orgs), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MONTERO, P., 1985. *Da Doença à Desordem – A Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- NARDI, H., 2001. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, (L.F.Duarte, O F. Leal, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.95-104.
- NICÁCIO, F., 1994. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Culturas*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, mimeo.
- NOVAES, R., 2001. Pentecostalismo, política, mídia e favela. In: *Religião e Cultura Popular*, (V.Valla org.), Rio de Janeiro: DP&A Editora, pp.41-74.
- OMS, 1978. *Conferência Internacional de Atenção Primária de Saúde*, Alma-Ata, URSS.

PARKER, C., 1996. *Religião Popular e Modernização Capitalista. Outra Lógica na América Latina*, Petrópolis: Vozes.

PINHEIRO, R., 2001. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. Pinheiro & R. Mattos, org.), pp.65-112, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

PESSOTI, I., 1995. *A Loucura e as Épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.

PRANDI, R., 1996. Religião paga, conversão e serviço. In: *A Realidade Social das Religiões no Brasil – Religião, sociedade e política*, São Paulo: Editora HUCITEC, pp.257-274.

RABELO, M.; CUNHA, L. & SCHAEPPPI, P. 1999. Religião, imagens e experiências de aflição: alguns elementos para reflexão. In: *Experiência de Doença e Narrativa*. (P. C.ALVES org), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

RABELO, M. C. 1994. Religião, ritual e cura, In: *Saúde e doença: Um Olhar Antropológico*. (P.C.ALVES & M.C .MINAYO orgs), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

RABELO, M. et al, 1999. Religião, imagens e experiências de aflição: alguns elementos para reflexão. In: *Experiência de Doença e Narrativa* (M. Rabelo, P.C.Alves, I.M.Souza, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.229-261.

ROCHA, R. & JÚNIOR, E., 1998. Racionalidades alternativas. In: *Terapêuticas e Culturas*. (J.F.BARROS org.), Rio de Janeiro: Intercon/ UERJ.

ROCHA, R., 2000. *Trajetórias Terapêuticas em Pacientes Psiquiátricos e Usuários de Religiões de Possessão: Um Estudo sobre Pluralismo Terapêutico*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- RODRIGUES, N. & CAROSO, C., 2001. Idéia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas etnográficas*, (L.F.Duarte, O F.Leal, orgs.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp.95-104.
- RODRÍGUEZ, F., 2000. El paradigma de la razón simplificadora, In: *Espacio Abierto*, vol.09 – n. 02.
- ROLIM, F., 1994. A propósito do trânsito religioso. *Revista Comunicações do ISER – A Dança dos Sincretismos*.n.45 ano 13.
- ROPER, J. M. & SHAPIRA, J., 2000. Overview of ethnography. In: *Ethnography in Nursing Research*. Thousand Oaks: Sage.
- ROSA, L.C., 2000. *O Impacto do Transtorno Mental e o Provimento de Cuidado na Família*, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Serviço Social (no prelo).
- SANCHIS, P., 1997. Pentecostalismo e cultura brasileira. In: *Religião e sociedade*. RJ, 18(2), p 123/126.
- SANTOS, M., 1988. *Metamorfoses Do Espaço Habitado: Fundamentos Teóricos e Metodologia da Geografia*, São Paulo: Editora HUCITEC.
- SARACENO, B., 1999. *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (trad. de L.H.Zanetta, M.C.Zanetta e W.Valentini), Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- SEABRA, O.; CARVALHO, M. & LEITE, J. (entrevistadores), 2000. *Território e Sociedade: Entrevista com Milton Santos*, 2ª edição, São Paulo: Editora. Fundação Perseu Abramo.
- SOUZA, I. D., 2001. *A Primeira Reforma Psiquiátrica: Uma História do Tratamento*

Moral. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SPINK, M. J. & MEDRADO, B., 1999. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano – Aproximações teóricas e metodológicas* (M.J.Spink org.), São Paulo: Cortez Editora.

SZASZ, T., 1978. *O Mito da Doença Mental*.

TAMBIAH, S., 1995. *Magic, Science and Religion and the Scope of Rationality*. Cambridge: University Press.

TENÓRIO, F., 2002. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 até os dias atuais: história e conceitos. In: *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*: Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr.

VALLA, V., 2000. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v4, n7, pp. 37-56.

VALLA, V. (org.), 2001. *Religião e Cultura Popular*, Rio de Janeiro: DP&A Editora.

VALLA, V., 1999. Educação popular e saúde diante das formas alternativas de se lidar com a saúde. In: *Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde*.

VALLA, V. & SIQUEIRA, S., 1996. O centro municipal de saúde e as necessidades de saúde da população brasileira – Encontro ou desencontro? In: *Educação, Saúde e Cidadania*, (Victor Valla & Eduardo Stotz orgs.) Rio de Janeiro: Editora Vozes.

VALLA, V., 1998. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 4(sup2):7-18.

VALLA, V., 2000. *Pobreza, Emoção e Saúde: Uma Discussão sobre o Pentecostalismo no Brasil*, Rio de Janeiro, mimeo.

- VALLA, V., 2001. *Religião Popular e Modernização Capitalista*, Rio de Janeiro, mimeo.
- VANDERLEI, L., 1996. O vazio vivo. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (A.Pitta org.), São Paulo: Editora HUCITEC.
- VASCONCELOS, E. M., 1998. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,14(sup2):39-57.
- VASCONCELOS, E. M., 2002. *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- WEBER, M., 1985. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*.

Anexos

1. Depoimentos Transcritos

Entrevista 1 (Dona Sílvia)

“O L. desde que nasceu, ele não é filho da gente, a minha mãe pegou ele pra criar e a avó dele já tinha problemas mentais. E ele começou a apresentar isso aos 13 anos, depois que a minha mãe faleceu. Mas agora, com 22 anos, é que agravou o caso do L..Eu percebi porque ele começou a falar muito, ele era uma pessoa que falava muito pouco, e abraçando, e chagando nas portas das pessoas pedindo pão com café. Foi quando eu percebi que ele não estava bem. Ele era uma pessoa fechada e de repente começou assim: a falar com todos, dormia na rua, andava com um saco. Foi nesse momento que eu percebi que ele não estava bem. Nas atitudes dele: não abraçava, não falava. Até os 16 anos, ele era muito agressivo, mas falava pouco, agora que ele está assim, fala com todos, abraça. A minha irmã levou ao médico uma vez , disse que ele tinha um desvio, mas que não era nada grave, que com o tratamento, mas pra ser sincera, eu sempre trabalhei fora e ele não teve o tratamento como está tendo agora. Na época eu nem era evangélica. Sempre acreditei em Deus, mas eu não era de igreja nenhuma. Igreja não, porque igreja somos nós. Mas agora é diferente, agora eu tenho Jesus. E no momento que eu aceitei a Jesus, a palavra diz que “aquele que crê Nele, será salvo”. E Ele também diz nas palavras Dele, que já levou nossas dores, as nossas enfermidades, tudo pra cruz do calvário. Então eu creio em Jesus, e por eu crer em Jesus, que eu creio que o L. já está curado, têm muitas passagens na bíblia que falam em cura. Eu mesma posso falar de mim mesma, no mundo, no mundo eu quero dizer, que quando a gente não tem Jesus, a gente tá no mundo, né? E eu fui curada duas vezes por Jesus. Eu não gastei dinheiro nenhum, claro, eu não cheguei aos médicos, não que Jesus seja contra os médicos, que deixou os médicos foi Jesus, foi Jesus que deu sabedoria aos

médicos, para cuidar de nós. Nós somos curados através dos médicos, mas só que Deus quis que eu fosse curada por Ele. Por isso que eu creio na cura do L.. Eu tive mioma com 26 anos, e fiquei grávida, e eu queria tirar o neném, eu não entendia, eu não sabia, que isso é um grande pecado. Mas na época eu não conhecia Jesus. Eu queria tirar meu filho, mas quando eu fui ao médico ele disse que não podia tirar porque eu tinha mioma. O médico falou que tinha um caroço, porque médico nenhum falava que era mioma. Aí quando eu fui fazer o pré-natal, a doutora falou: - olha, você tem um caroço e quando você tiver o seu neném você vai ser operada. Tá bom, eu fui, passei mal, porque realmente eu tinha o caroço, porque eu fui a três médicos e constatou que eu tinha o caroço, e quando eu passei mal, pra ter meu filho, eu falei pra doutora que eu tinha o caroço. Ela falou: - deixa o neném nascer que nós vamos ver o caroço. O meu filho nasceu e o caroço sumiu. E ela dizia, - você não tem, eu dizia: mas eu tenho sim. Passado um ano, mais ou menos, o caroço voltou. Aí eu fui ao médico novamente, porque eu comecei a ter hemorragia, e foi ali que o médico falou: - você tem mioma. Mas eu tinha pavor de ser operada, aí foi quando eu pedia a Deus. Pedi a Deus que Ele me curasse. Mas eu não comentei com ninguém. Era eu e Deus. Olha, eu não to mentindo, eu tive hemorragia durante dez anos, eu nunca tomei um remédio, Jesus veio e me curou. Guardei isso pra mim. Bebi cachaça, durante cinco anos, eu bebia quatro garrafas de cachaça, pedia a Deus e Ele me tirou a bebida. Então eu creio na palavra de Deus, não creio no homem, porque o homem é falho, nós somos falhos, nós somos pecadores, agora Deus é perfeito, se você pedir algo a Deus com fé, crendo mesmo, pedindo somente a Ele. Porque o nosso Deus é o deus de Já. Ele tanto pode dar uma benção agora, como daqui a dois ou cinco anos. Então Deus nos prova a nossa fé. Por isso que eu digo, o Leandro, ele está aqui, glória a Deus, eu tenho falado isso todos os dias: - Muito obrigada a Deus, porque o Senhor abriu essa porta, porque se não é Deus, Deus

usou os médicos, pra mim estar aqui hoje. Eu estou vendo a glória de Deus na vida do Leandro, tenho certeza que ele vai sair daqui curado. Ele não vai sair bom não, ele vai sair curado. Porque assim como Deus curou no passado, Ele cura agora também. Mas só que muitos não entendem isso: - Ah, porque é fanático, não, eu sou fanática em Jesus. Eu já vi a glória de Deus na minha vida já várias vezes. Então eu creio em Deus. Agora, provê o Senhor, como eu já disse, que o Leandro tivesse que chegar até aqui, e eu to feliz por isso, porque aqui o nome de Jesus vai ser glorificado, nesse hospital. Porque nem os médicos vão entender: - como, ele está curado! Porque quando ele começou a tomar os remédios eu fiquei assim, porque os remédios são muito fortes, são fortes, mas é pra curar ele, né? Mas eu saí de casa um dia e falei assim pra Jesus: - Jesus, se já tá no seu tempo, se não tiver no tempo de tirar os remédios, usa lá os médicos pra diminuir um pouco. Quando eu cheguei aqui, que eu entro lá no consultório, o médico falou: - olha eu vou diminuir o remédio do L.. Olha aí a mão de Deus.

Quando eu percebi, primeiramente, na minha casa, eu pedi a Deus, mas depois procurei o médico. Trouxe ele ao médico, orei ao Senhor e estou levando na igreja. Procurei a Deus. Porque, é como eu digo, Deus cura através dos médicos. Mas eu creio em Deus e to levando ele à igreja. Mas não que eu não creia nos médicos, mas eu estou levando ele à igreja.

Olha, é como eu já disse, Deus deixou os médicos, Deus deu sabedoria aos médicos, estou levando ele na igreja, mas eu creio que aqui, é onde Deus vai fazer a obra: através dos médicos, com os remédios. Ele vai ser curado. Eu não tenho poder pra curar, você não tem poder pra curar, só quem cura é Deus, né? E vai ser aqui. Aqui que Deus quis que eu trouxesse ele. Às vezes Deus até permite, deixa eu dizer uma coisa pra você, porque pra Deus curar o L., não era preciso que eu trouxesse ele aqui, às vezes Deus até permite

que a gente chegue, eu por exemplo, que eu chegasse até um lugar desse pra aumentar a fé do povo. O povo tá muito descrente, muito sofrido, o povo não tá nem crendo em Deus, muita gente não crê em Deus. Então às vezes é preciso que Deus traga alguém, pra muitos ver a glória de Deus. São milhares aí iguais ao L., mas à vezes a gente vai falar do nome de Jesus e muitos não aceitam: - ah, ta doida, maluca. Não, Deus é quem tem poder pra curar aqui e curar lá, que é a casa do Senhor. Mas não sei porque, Deus permitiu que eu chegasse até aqui. E isso é até pra aumentar a fé daqueles que não crêem em Jesus, para que o povo venha acreditar mais em Deus. Às vezes as pessoas não entendem: - ah, é porque o pastor, pega dinheiro, não, graças a Deus. Olha, eu vou dizer uma coisa pra você, já fui uma pessoa que eu já trabalhei, que já ganhei pra mais de três salários mínimos, trabalhava pra pessoas muito ricas e eu não tinha nada. Eu tinha um pedaço de pano pra dormir. Eu passava fome, eu não tinha uma casa, eu não tinha nada, sabe o que é aquela vida você trabalhar e passar fome? Hoje em dia eu ganho muito menos, e graças a Deus, Deus tem suprido todas as minhas necessidades. Porque eu entreguei a minha vida nas mãos de Deus. Eu confio em Deus. Por pior que esteja a minha situação, mas eu sei que Deus está no controle, e na hora certa, Ele vem e me dá a minha benção.

Na igreja o L. seria curado? Seria, se Deus assim permitisse. Seria, porque eu não fui a médico, eu tinha mioma, eu fiz os exames todos, constatando, fui na Santa Casa. E eu não fui a médico, e Deus me curou. Agora já o caso do L., é que Deus trata com cada um diferente, já o L., Deus permitiu que ele viesse pro médico.

Olha, muitos não entendem, porque pra entender o L. tem que ter amor. A palavra de Deus diz que “não adianta ter todos os dons, se não tiver amor”. E, (chora) é por esse amor que estou aqui hoje. Porque de mim mesmo eu acho que eu não teria, porque é difícil, é muito difícil, mas Deus colocou esse amor no meu coração pra que eu pudesse

cuidar do L. (continua a chorar). Às vezes eu fico até nervosa, porque ele começa a abraçar as pessoas, muitos não entendem. Aí eu tenho que explicar, não é abuso, mas ele vai ficar bom, mas muitos não entendem. Muitos na igreja me ajudam, tentam explicar, cada pessoa tem uma atitude diferente, ele antes era muito calado, mas graças a Deus eu tenho encontrado pessoas que têm entendido. Muitos não, né? Então Deus tá me dando paciência, às vezes as pessoas falam coisas que nos fere, às vezes eu mesmo tento sair da graça, mas eu peço: - Senhor, me dá forças. Pra acordar de manhã era um sacrifício, mas agora eu chamo uma vez só. Ele tá se interessando, assim mesmo ele fez uma entrevista pra um trabalho, já ligaram duas vezes, esperando ele, e eu creio que Deus vai curar, ele vai sair daqui curado e vai trabalhar. Mas é difícil, só quem tem Jesus é que pode entender o caso do L.. Se não tiver amor por essas pessoas, como é que vai cuidar delas? Porque Deus coloca as pessoas na nossa mão, quem cuida não somos nós, é Deus. Porque Deus tinha que ter alguém aqui para levar a palavra dele, para falar dele, pra cuidar dos enfermos, e assim Deus permitiu que o L. chegasse até a mim, porque nós, eu tenho a minha família, mas ele sempre ficou mais na casa da minha irmã, porque eu trabalho, mas agora eu to desempregada, e ele tá comigo, mas eu já creio que isso é plano de Deus, porque um dia o L. falou pra mim: Tutuca, você quer ir embora? Não, vamos ficar, L., é, você tem muita paciência. Quer dizer, ele mesmo tá entendendo, né? Mas graças a Deus eu já to vendo o carinho de vocês, no tratamento, até no começo eu fiquei meio assim, dele ficar, não entendi muito bem, cheguei a pensar: - meu Deus, se o L. ficar aqui, acho que vai ser pior, mas não, agora to vendo que não, ele não vai ficar pior não porque ele está bem melhor.

Dentro da palavra de Deus, isso aí a palavra de Deus diz que Ele levou todas as nossas enfermidades, pra cruz do calvário, né? Isso aí é um espírito maligno, nós não devemos aceitar e eu não aceito. Eu não aceito essa enfermidade. Porque a palavra de Deus

diz que já levou todas as enfermidades pra cruz do calvário. Se Ele diz que levou, eu não posso aceitar isso não. No meu entendimento, do que Deus tem falado na sua palavra, isso é um espírito maligno que se apossa das pessoas, e Deus diz que nós não devemos aceitar. No meu entender eu entendo assim. Isso é um espírito maligno que apodera da pessoa, da mente, né? Mas se a gente expulsar, se a gente crer em Deus, Ele liberta.

Porque Deus diz que nem todos aqueles que entendem a palavra de Deus, nós não estamos pagando nada, porque Deus já pagou tudo, já pagou por nós. Às vezes Deus permite, Ele permite muitas coisas na nossa vida, até para ajudar aqueles que estão doentes, quando as pessoas estão no mesmo caso que o L.. O L. sempre foi da igreja, então eu creio que Deus permitiu isso na vida do L., porque pra Deus isso é uma maldição, vem de geração em geração, mas a palavra de Deus diz que nós não devemos aceitar. A avó do L. era assim, então, no meu entendimento, que Deus tem passado para mim, eu hoje não aceito isso na vida do L., porque essa maldição já foi quebrada, pelo Espírito Santo de Deus, de Jesus. Então eu acho que Deus permitiu essa enfermidade no L., para que o nome Dele seja glorificado, para que o L. seja curado, pelo poder de Deus, para que as outras pessoas, crêem em Deus, possam ter fé que vão ser curadas. É como eu. Eu não bebi cachaça? Eu tenho certeza que onde eu moro, muitos me viam passar e diziam: - a S. não tem mais jeito. Eu mesma falava: - eu não tenho mais jeito. Mas um dia eu entreguei minha vida na mão de Deus, pedi a Ele e Ele me tirou, para que hoje eu possa estar aqui e falando pra você das maravilhas que Deus fez na minha vida. Deus permitiu que eu passasse por isso, para que pessoas venham a ser libertas, salvas pelo meu testemunho. E eu creio que assim vai ser na vida do L., um dia ele vai estar sentado com alguém dizendo: - eu passei pelo hospital dia, ali tinham pessoas igual a mim, ali Deus me curou e ali eu pude eu pude falar de Deus pra todas aquelas pessoas. Aqueles que não crêem em Jesus. Eu passei pelas mãos dos médicos.

Eu não tenho nada contra aos médicos, Deus me livre! São os abençoados por Deus, Deus deu sabedoria a eles. Então o L. vai estar um dia sentado, dando o testemunho do que Deus fez na vida dele. Mas Deus quis que ele passasse pelos médicos. Deus é o médico dos médicos. Agora Deus trata de cada um diferente. Eu tenho um sobrinho, agora ele está com 16 anos. Ele com 8 anos, a minha sobrinha era da macumba e eu nunca gostei de macumba, e ali ela servia aqueles demônios, ela sempre foi uma pessoa trabalhadeira e Deus foi abrindo a mente dela, e ela resolveu sair da macumba. Mas quando ela saiu a mãe de santo dela falou: - olha, cuidado, a pessoa que está aqui não pode sair. Aí o santo falou pra ela, que ela ia sair e ela ia levar um dos filhos dela. E foi o meu sobrinho, com oito anos. Uma vez nós andando, ele fez assim com o pé. E teve que drenar, quase que corta o pezinho fora, deram uma injeção nele, olha ele entrou em coma, deu mais de não sei quantas paradas cardíacas e veio pro Hospital dos Servidores. Quando chegou aqui, botou os aparelhos, o médico falou: - aqui só Deus. Esse menino já está morto, nós vamos tirar os aparelhos. Eu vou trazer ele aqui uma hora pra você ver, ta? Quando eu perguntei pelo menino, a mãe dele disse: - ele está na mão de Deus. No dia seguinte ela voltou. O meu filho falou pra minha sobrinha pra que orasse, e ela falou: - mas eu não sou cristã. Olha, naquela hora que ela começou a orar, meu sobrinho saiu do coma, olha, os médicos até hoje ficam maravilhados quando vêem o menino. Eles pegam na mão dele e falam: - olha aqui, que Deus ressuscitou. Aí o médico falou: - olha ele não vai andar mais, ele não vai falar. Com honra e glória do Senhor, ele está com 16 anos, ele passa de ano, ele fala, ele anda. Deus não trouxe ele pros médicos? Deus não podia curar lá? Ele tava morto e quem ressuscita morto é só Deus. Mas o que Deus fez? Permitiu que ele entrasse em coma. Então eu creio que com o L. vai ser a mesma coisa. No dia que ela sair daí curado, que o médico vai dizer pra não tomar mais remédio, ele vai voltar aqui e vai falar desse Deus maravilhoso. Porque

os médicos são bênçãos de Deus. É uma profissão linda quando as pessoas fazem com amor. Eu fico observando, vocês têm muito amor e isso é importante, o amor cura mais rápido que o remédio, e é isso que o L. estava precisando. O L. é carente, e é de um lugar desse que o L. estava precisando. A segunda vez que eu vim aqui com L., chegou uma paciente muito nervosa, porque cada pessoa tem atitudes diferente. O L. foi lá, ele pegou a mão da moça e conseguiu fazer a moça sentar, o que ninguém tava conseguindo. O que foi? O amor. Ele sente falta de um pai, ele não conheceu o pai, então Deus mandou o L. pro lugar certo. Ele precisa dos remédios, mas também precisa do amor. Quando a minha mãe morreu, ele com 13 anos, falou assim: - perdi tudo que eu tinha, o que será de mim agora? Foi aí, se ele tinha algum problema de criança, agravou mais. Porque ele acha que só minha mãe o amava. Eu não amo, minha irmã não ama, meu filho não ama. E esse amor de vocês vem de quem? De Deus. Porque se vocês não tiverem amor, vocês não poderiam ficar aí, essas pessoas requerem amor. Só o amor cura eles. Eu creio. Porque Deus fala na palavra dele o tempo todo: - amar, amar os teus inimigos. Não só o L., mas eu acredito que muitos vão sair daí curados, não vão ficar dependentes de remédios.

Na igreja é assim: você senta, tem o pastor que traz a palavra de Deus, então lá ele abre a bíblia dele, e manda você procurar aqui que é a palavra de Deus. Porque nós temos que acompanhar aqui (bíblia), se o pastor lá tiver mentindo, você lê aqui e é verdade. Então aqui ele vai falando e a gente vai acompanhando. Aí tem a oração, os louvores. Louvor é cantar, né? E ali a gente lê a palavra, porque é a palavra de Deus que nos bota forte, se eu não for à igreja, eu fico fraca, porque eu tenho que ser fortalecida pela palavra de Deus. Eu acho que a minha missão é essa: - divulgar a palavra de Deus, Deus me deu esse ministério. Eu ando o morro onde moro todinho, falando da palavra de Deus. A minha missão é essa. Divulgando o amor de Deus, falar aquilo que Ele fez na minha vida. Eu

tenho certeza, que muitos estão passando o que eu passei. Ser cristão não é fácil não. Nós somos perseguidos, muitos não entendem, muitos falam que os pastores roubam dinheiro. A palavra de Deus diz assim: - “Trazei todos os dízimos à casa do tesouro, pra que eu lhe abrirei as janelas dos céus e fazer prova de mim”. Então, fazer prova de Deus é assim: você tem \$ 1 Real, de tudo que vem na tua mão, você tira 10%. Então, muitos não entendem quando pedem, agora você sabe que em todos os lugares existem os honestos e os desonestos. Muitos tiram proveito da palavra de Deus pra tirar dinheiro. Mas isso é em tudo quanto é religião. Mas o Deus que eu sirvo, tudo que vem na minha mão eu tiro 10%. Mas você crê que o meu dinheiro é multiplicado? Eu não tenho falta de nada. Na minha igreja eu tenho médico, se precisar eu não vou passar fome, nós temos um sítio comprado com nosso dinheiro, pra gente passear. Ser cristão não significa você se fechar pro mundo, temos que ser diferente, o que eu fazia, não posso fazer mais. Beber, fumar, participar de pagode, isso não vem de Deus. Então tudo que eu ganho eu dou pra casa do Senhor. Porque Ele me devolve tudo. Muitos pensam que pra alcançar a benção de Jesus tem que dar dinheiro. Isso não. A minha vontade é que todos se curassem. Mas é que Deus seja ruim, há coisas que as pessoas não entendem. Olha, quem somos nós pra obrigar Deus a fazer alguma coisa. Ele faz quando Ele quer. E às vezes Ele usa as mãos dos médicos. É por isso que eu creio em Deus. Ainda que o mundo queira me provar o contrário. Mas só Deus é capaz de todas as curas.”

Entrevista 2 (Dona Lúcia)

“Isso começou quando o pai dele morreu. Ele começou a ficar agitado no colégio e a professora trouxe ele de volta pra casa. Ele tava com treze anos. Aí começou

com insônia a vômitos. Aí nós levamos ele pro médico. E agora ele ta com esses gritos. Ele faz tratamento e não fica bom. Teve um dia que ele saiu de casa e sumiu. Uma voz falou comigo. O Espírito Santo falou no meu ouvido. Eu orei pra Deus e ele apareceu na Praça Mauá.

Quando o pai dele morreu, ele falou assim: - mãe, tem alguma coisa falando no meu ouvido Ele sempre foi esquisito, na família do pai tem quatro assim. Só Deus e esse médico. Aparece um campo cheio de água. Quando a água desce, vai aparecer. Deus deu visão e a gente vê as coisas. Eu acho que é os nervos, porque na família do pai dele tem quatro assim, na minha não tem ninguém. Lá em Recife, um primo dele, muito bem de vida, com fazenda de gado, deu um tiro no ouvido. Só força de Deus e amor, pra entender isso. Quando começou essa insônia, eu senti que era nervos. Não tinha dor, quem faz isso é o nervo. O mal entrou desde criança. Mas Jesus, por que não curou esse menino ainda?

Qualquer doença não é de Deus. É o mal que entra. Tem que ser libertado dessa doença. Em 1º só Deus, em 2º, o doutor. Deus deixou a medicina, disse a Bíblia. É o mal que vem, igual ao vento, na brecha. Tem um negócio dentro de você, dia e noite pensando naquilo. Nós somos fortes. Essas coisas só pegam em gente fraca. O homem veio cego, aleijado, mudo, Jesus curou. Uma vez uma menina cega falou no meu ouvido. Aí comecei a fazer oração dia e noite. Quando foi à noite, ela viu as estrelas e a lua. A oração e a bíblia. A oração é o poder de Deus. Não tem quem escapa da oração: Vai se render e o mal sai. Ele não tem fé, por isso não é curado. Uma mulher chegou lá em casa pra fazer oração. Apareceu uma mulher atrás dela vestida de branco, Era macumbeira. Deus revela e corta o mal. Jesus Cristo fala assim: fala pro seu irmão.

Eu sou pentecostes, falo em línguas. O espírito pula. É tão lindo! A igreja tava fora de si. Meu pé ta levantando (e aponta para os dedos dos pés), Jesus tá me tocando. Sete

lâmpadas acesas queimam o mal, sete anos, sete casas, sete igrejas. Não sente o arrepio? É o Espírito Santo te visitando. Se me pedir, Ele vai, se eu pedir, Ele vai. É um pássaro branco, que abre a asa. Ta no meu corpo, nos meus olhos. Eu deito na cama, uma vez ouvi no meu ouvido: confusão no trabalho. E não deu outra. Quando mais você reza, mais está perto de Deus (chora e faz uma oração, pedindo para que Deus nos abençoe, faz uma longa oração emocionada). Ele faz eu chorar e rir.

Meus dons, Deus deu a todo mundo. Eu tenho o fogo e o sangue do Espírito Santo: você vai orar as pessoas. Há seis anos me batizei nas águas. Ele vai fazer falar em línguas. Falei em inglês, eu não sabia o que estava falando, só quem entende é Ele. A oração (que havia feito antes) subiu agora pra Deus.

Eu tava na igreja e o pastor falou de mim, falou comigo e eu não sabia. Ele é maravilhoso, poderoso. Lá onde moro tem três casas vizinhas. A do meio é de uma crente, e as duas da beirada não são de crentes. Os tiros só pegaram nas casas dos não crentes, não é a mão de Deus, nisso? A vizinhança perguntou pra crente: - você é santa, é? Eu morava no Recife, vim sozinha pra cá. Eu bebia muito, fumava, ia pra clubes. Aí de vez em quando me vinha esse negócio pra me arrepender, tirar dessa vida. Uma moça me chamou pra ir pra igreja. Senti uma alegria muito grande. Senti aquele pássaro passando pra lá e pra cá. Eu vejo as coisas que não são de Deus. O filho de uma irmã tava usando maconha. Aí eu comecei a orar e chegou o rapaz na minha casa: revelação de Jesus. Ele ia parar na cadeia. Saiu da maconha e agora ele está na igreja. É muito bom a gente adorar a Deus e confiar nele. Deus ta cuidando dele e o médico também. Nesses dois sentidos ele vai ser curado. Ele batizou na igreja, aceitou Jesus, ta indo direto. Ele não tem fé igual a mim. A fé tem que aumentar para curar mais rápido.

O Espírito Santo me acordou na madrugada, uma van entrou no meu quarto e

eu vi o motorista e os bandidos. O João andava de van com esse vizinho. Eu orei pro João, ele chegou em casa, as carnes tremendo por causa dos bandidos. O Espírito Santo me acordou pra orar pelo meu filho. Eu aceitei Jesus e me batizei nas águas, nem dei testemunho porque é muito grande. Ele me procurou com quarenta anos, faz doze anos que sou da igreja. Foi no momento certo; eu abusei da cerveja, do cigarro, sentia um buraco na barriga. Tudo de ruim Ele tira. O pastor fala que Jesus levou todas as dificuldades para a cruz, tudo, a perturbação, só ficou o amor, a paz, a alegria. Quando quero conseguir alguma coisa, antes de eu tomar banho eu oro, faço jejum nos finais de semana, e entrego o jejum na igreja e consigo o negócio. Eu pago o dízimo, Deus me livre se não pagar. Se você não dá, tá roubando de Deus. Ele é rico, não precisa do nosso dinheiro. É pra manter a igreja. O povo entende o outro lado. Eu faço minha parte, ninguém pode enganar a Deus, Ele descobre. Não pode pensar coisa ruim, ele já sabe. Ele fala no meu ouvido e me mostra as coisas. Uma vez me enviaram uma seta, pra gastar dinheiro com remédio, Quando entrei na igreja, começou um corrimento amarelo com bolas verdes na minha calcinha. Eu orei e no dia seguinte sumiu tudo. Eu recebo cesta básica, trabalho e pago aluguel. As irmãs da igreja me dão roupa. Se não fosse o dinheiro dele a gente passava fome. Ninguém consegue viver com \$ 200,00, né?

Vou à igreja quarta e domingo. Gosto de chegar antes do culto começar. Choro na presença do Espírito Santo. Ele toca e as pessoas falam em línguas, você pula. Quando eu to lá, meu olhos mudam, minha visão espiritual muda. Tu esquece o batom, os óculos, o vestido vermelho, o pagode, só fica ligado lá por cima. Ele toca em mim nos meus rins e nos meus ombros. O sangue lava as vestes. Um dia eu tava no banheiro e a água da torneira veio pulando no meu rosto. Eu vi. O fogo alto queima o mal. Esse fogo queima e arde. Os demônios que passam para os bandidos. Olha como a doença dele atrapalha a minha vida.

Eu trabalhava como atendente de enfermagem, gostava muito do meu trabalho, no meu plantão vinha gente o tempo todo, das sete da noite às quatro da manhã”.

Entrevista 3 (Francisco)

“A igreja pentecostal mesmo, que é digna de receber o Espírito Santo, que é uma coisa meio enrolada, baixa um certo tipo de clima no meio do fogo, por eles chamarem tanto o ... se excitarem, chamarem pelo nome de coisa ruim, “vc ta com isso, vc foi curado, se vc tem essa doença vc foi curado”. Dizem eles que as pessoas que têm problemas no pé, tem um pé maior que o outro, depois que foi lá, ficou normal. Eu fui na Igreja Deus é Amor, e tive essa experiência. Eu procurei a igreja pra ser curado da esquizofrenia.

Tanto a Igreja Deus é Amor como a Universal são antibíblicas, porque eles conversam com o demônio. Eles pegam as pessoas pelos cabelos como se tivessem pegando um bicho. Eles puxam a pessoa que vai manifestar o espírito ruim, a entidade, e seguram a pessoa e conversam com o demônio. Jesus Cristo nunca conversou com o demônio, ele disse assim: “retire-se e saia”. E eles se curvaram diante de Cristo. Jesus Cristo nunca praticou o exorcismo. O exorcismo veio da prática do espiritismo e, dentro da igreja protestante, universal e pentecostal no geral, todas que praticam o dom de línguas (cita a Bíblia). Essas línguas, são línguas que eles recebem, são uma espécie de espiritismo. Eu já falei em línguas. É uma coisa que não é agradável, porque uma vez conhecendo a Palavra de Deus, eu vi (cita a Bíblia), essas línguas que eram nascidos, os apóstolos falavam em vários idiomas, todos os idiomas da Terra. Agora, eu não falo, eu já fui possuído por outros espíritos, já manifestei em mim esses tipos de sensações, emocionais, assim, é uma emoção tão forte, emoções ou não, que a gente chega a falar ... de tanto aquela

repetição, “aleluia, aleluia e glória, glória”, a sua própria língua, ela mesmo se encarrega de se enrolar. Aí você começa a falar em língua. Mas aquilo ali, ninguém conhece, ninguém sabe o que se está falando. Já os apóstolos sabiam. É como se o culto chegasse ao extremo. Mas esse extremo, tem uma ligação discutível. A igreja pentecostal, ou até mesmo, a igreja batista tradicional, ela crê também no inferno e no céu. Você morreu agora. Se vc foi justo, vai pro céu direto, se você foi ímpio, vc tocou o inferno. Os protestantes acreditam que o inferno é inferno, é um tipo de sofrimento eterno, que não tem fim. Esse é o sofrimento do ímpio. Isso contradiz o que Deus fala.

Olha, tá escrito lá em apocalipse, que, a igreja é a mulher, biblicamente, então, apocalipse fala que, essas igrejas que surgem, dia-a-dia, são igrejas que adquirem as suas próprias doutrinas. Na Bíblia, existem mil e umas razões pra duvidar da Palavra de Deus. Uma dessas mil e umas razões, eu pego, e lanço pro povo, e o povo crê. E cita a Bíblia. Não é pegar um certo trecho bíblico e fazer uma religião. Ali não é doutrina. Ali é a doutrina do homem. E cita a Bíblia. Se a gente for ver na Bíblia, vai falar claramente que aquilo não é bíblico. Até uma criança sabe, que esse tipo de língua que a pessoa recebe, ou está excitado, pelo movimento, pelo murmurinho, pelo barulho, sabe que aquilo ali não é bíblico.

Cura porque satanás se transformará em um anjo de luz pra fazer um prodígio, um milagre. E esse milagre compra as pessoas pra serem escravas da religião. A esquizofrenia ela pode até ser curada através da religião. Mas eu falo dessas religiões que dizem receber o Espírito Santo, mas não é o Espírito Santo de Deus. É curado através de espíritos das trevas. No nosso mundo global existe uma batalha entre o bem e o mal. E existem anjos que enganam. E esses anjos usam homens que não tem pudor, não tem caráter para iludir essas pessoas incultas. Eles seduzem. O Bispo Macedo usa a tática do

espiritismo. Tanto é que na igreja universal tem o descarrego. O pastor se veste de branco. É igual na macumba. Já igreja pentecostal não usa o branco, eles usam a gritaria, o sai, sai, sai. E aquilo ali vai entrando na cabeça das pessoas, e os espíritos das trevas se apossam daquelas pessoas. E essas pessoas que ouvem vozes, vêem vultos, realmente eles vêem mesmo, porque aquilo ali é a atuação do demônio. Quando eles chegam a ir à uma igreja pentecostal, eles são curados, porque o espírito que está dominando o líder, o pastor, tem autoridade sobre satanás para mandar aqueles espíritos saírem. E ao saírem, eles são curados. Até a aids pode ser curada. Deus se preocupou com nossa alimentação pra que as pessoas tivessem mais anos de vida. Mas só que o povo, o que é gostoso, eles comem, mas quem sabe é o estômago. E que sabe é o corpo, que é afetado. Deus fez o homem livre, ele segue o que ele quiser. É por isso que o mundo está desse jeito. O lado irracional do homem está falando mais alto que o lado racional.

Foi uma experiência muito ruim, porque batia com minha própria consciência. Olha, eu acredito que a pessoa, pela doutrina, pela fé que ela abraça, pelo que crê, ela pode ter felicidade, mas quando ela chega e dá de cara com a verdade, ela recua. São os mandamentos de Deus. Quando a pessoa quer de qualquer jeito se curar, se curar, se ela tem uma convicção da verdade dentro dela, ela não vai se sentir bem nunca. Ela tem que ter fé e acreditar numa doutrina bíblica. Eu me senti mal, mas ao mesmo tempo eu me senti bem. Você vai repetindo o que o pastor vai dizendo. O pastor é o líder. Se ele sabe seduzir, ele pode conduzir milhões de pessoas. A esquizofrenia é um sentimento que a pessoa adulta trás de criança, é um sentimento de auto culpa. Todo esquizofrênico se sente culpado. Porque ele nunca ouviu um sim. A palavra não acabou me destruindo. Eu sou uma pessoa esquizofrênica, mas eu posso ser curado da esquizofrenia dentro da minha igreja. Mas Deus as vezes fala sim de imediato, as vezes ele fala espera, espera mais um

pouco, e as vezes ele fala não. Eu acredito que eu estou esperando, eu espero um dia me ver livre dos medicamentos, me ver livre da esquizofrenia, eu espero um dia. Essa chuva pentecostal é quem vai preparar o coração da pessoa para receber uma porção dobrada do Espírito Santo, que é puro”.

Entrevista 4 (Reginaldo)

“Eu tinha mais ou menos vinte anos, aí eu entrei pro mundo das drogas, eu fiquei um bom tempo e agora tem um ano que eu to sem usar. Aí, devido ao tóxico e à audição de vozes, alucinação, até hoje ainda tem, mas diminuiu bastante por causa de que eu estou na igreja. Eu usava cocaína e maconha, mais cocaína. Aí veio a perturbação, aí fui e me batizei nas águas da igreja Universal. Só me batizei nas águas, fiquei afastado uns seis meses, aí retornei agora tem uns três meses. É, as vezes eu to quieto assim, aí meus pensamentos falam eu vou te matar, não sei o que, fala um monte de coisas. Isso é perturbação, aí eu procuro pensar em Jesus, em Deus, pra poder afastar esses maus pensamentos. Às vezes eu consigo, às vezes fico o dia todo só com esse pensamento. Eu queria ter me internado na semana passada porque eu tava me sentindo mal, me isolando de tudo, pra ver se sumia essas vozes, isso não é normal, né? Apesar de que a gente tem as atribuições da vida, mas não é normal ficar escutando vozes dizendo que vai matar, aí eu vou pra igreja, né? Eu vou procurar fazer a corrente da libertação, às sextas-feiras, pra ver se acaba com essa voz de uma vez do meu pensamento. Pra espantar o encosto, os bispos e os pastores falam que isso é encosto, um encosto maligno. Pra tirar esse encosto, toda as sextas-feiras têm a corrente da libertação. Vou procurar fazer sexta-feira agora, fazer sete sextas-feiras. Antes de eu usar drogas eu não tinha essa perturbação não, foi depois que eu

comecei a usar drogas, essa perturbação na cabeça. Foi devido às drogas. Conforme fui fazendo o uso das drogas, sempre atrai troço negativo pra cima da gente. Eu não sabia. Uma moça me falou um dia. Aí, eu fiquei com esse problema. Acredito que eu vou superar esse problema. Com essas sete sextas-feiras, com essa corrente vou me libertar. Isso não tá sendo nada bom pra mim. Eu acredito mais que tenha sido devido a eu ter usado muitas drogas e também, problema espiritual. Tem que ter uma religião, na igreja católica, na igreja de crente ou então fico no mundo, sem nada, sem nenhuma religião. Ou com a religião, na igreja. Eu acho e tenho certeza que essas perturbações que eu penso, foi devido às drogas que eu usei. Da primeira vez que eu tive que me internar, eu não procurei a igreja não, procurei foi o psiquiatra. Minha primeira internação foi na Clínica da Gávea, foi em 93, por aí, fiquei três meses lá. Eu tava com o pensamento vazio, ficava quieto no meu canto, não queria conversar com ninguém, ficava com o pensamento vazio, assim e ouvindo vozes. As vozes não diziam que queriam me matar não, no começo. Aí eu fiquei três meses internado, aí depois que eu saí da internação eu fui procurar a igreja universal. Eu recebi um convite de uma menina que mora perto da minha casa, ela é da igreja universal também e me fez um convite, pra mim visitar uma vez. Aí eu fui visitar, gostei, me batizei nas águas, hoje eu vou sempre, vou sair daqui, chegar em casa e ir pra igreja. Terça e sexta. Sexta-feira é a corrente da libertação e terça-feira é pela união da família. E sexta-feira é libertação individual, de cada um. Eu acredito que a voz pode sumir, através desses cultos de libertação, eu acredito que Jesus vai operar e vai fazer com que essa voz suma, eu acredito. Eu acho que pode, eu tenho certeza. Todas as pessoas que dá testemunhos na rádio, os pais de santo, as mães de santo e agora se converteram e estão na igreja. Tem com problema espiritual igual ao meu. Por exemplo, uma mulher vai lá na corrente da libertação, aí o pastor bota a mão assim pra orar a cabeça dela, começa a orar, orar, orar, aí

se manifesta a pombagira, essas coisas, sabe? O pastor começou a me orar, aí uma mulher que tava perto de mim, recebeu um santo e o santo falou que me queria. Tem muito tempo já. Eles evocam o nome de Deus aí na igreja a pessoa se manifesta, aquele encosto. No começo eu não acreditava não, depois com o tempo eu passei a acreditar. Não me sinto uma pessoa convertida não. Me sinto assim: uma pessoa que frequenta a igreja mas eu não sou crente, sabe? Eu ainda tenho meus vícios, fumo um cigarro, aí não me considero uma pessoa convertida, sou frequentador da igreja. Uma pessoa convertida não fuma, não bebe, fica sempre em oração, a maior parte do tempo orando, fica falando de Deus o tempo todo. Eu não sou assim.

Eu não contribuo com o dízimo não, porque eu não to trabalhando, aí em não tenho condições de contribuir. Mas se eu tivesse trabalhando eu contribuía. Eu acredito que Deus, a gente dando pra fazer obra na casa Dele, que é a igreja, Ele pode retribuir pra gente em dobro. Abrir várias portas pra ti receber em dobro. Eu acredito. Minha mãe sempre me aconselha a procurar a igreja. Quando eu to confuso assim e falo em macumba, ela me aconselha a procurar as igrejas. Minhas irmãs também. Me sinto bem na igreja. Às vezes, quando eu to lá, as vozes para de perturbar um pouco. Às vezes não, continuam perturbando mesmo assim, às vezes deixa meu pensamento em paz. Mas só que se eu fizer a corrente da libertação, eu acredito que possa sair da minha cabeça, do meu pensamento. Assim como eu recebi o conselho pra ir pra igreja, eu falo também pra outras pessoas. Eu tava internado na Clínica Humaitá, aí me encaminhou pra eu fazer tratamento aqui em baixo, aí o médico daqui de baixo, me indicou aqui em cima. Eu to gostando daqui. Me ajuda a ocupar o espaço vazio. Em vez de eu ficar em casa o dia todo, deitado, ouvindo rádio, eu fico aqui. Eu moro com minha mãe e com meu padrasto. Bom, comigo e minha mãe o relacionamento é bom, mas com meu padrasto, a gente não se dá muito bem não.

Porque ele gosta muito de se meter na vida dos outros, dá muito palpites. Quando ele conheceu minha mãe, eu devia ser contra, mas ela é que sabe da vida dela, né? Então eu não me meti na vida dela pra ela não se meter na minha. Mas ele não entende isso. Minha mãe sempre ia me visitar, quando ela podia, ela sempre ia. Ela me dá apoio moral. Eu espero arrumar um trabalho e arrumar uma casa que seja alugada e morar sozinho. Eu faço biscate de servente de obra, pedreiro, pintura. Mas hoje eu me arrependo de ter entrado pro mundo das drogas. Me incomoda muito ficar ouvindo essas perturbação, sabe? Eu tenho que me segurar, entende? Eu entrei pro mundo das drogas porque uma vez, eu acho que entrei porque eu quis, por curiosidade. A cocaína porque eu perdi uma namorada, aí pra me esquecer dela eu comecei a usar cocaína e beber. Aí eu percebi que não valia eu me estragar por ela, sabe? Aí eu parei. Eu fazia biscates, às vezes eu ia, trabalhava na rua, ganhava e comprava drogas. Eu fico pedindo forças pra Deus, pra Jesus pra não voltar, sabe? Um amigo meu fez a corrente da libertação e parou de beber, de usar drogas, agora ta trabalhando, voltou pra mulher dele, tem dois filhos. Força de vontade pára, eu acredito. Vem de Deus também. Às vezes Deus bota a gente em tentação pra ver, pra testar a nossa fé, pra testar a gente”.

5 - Manuscritos (Pedro)

“Eu só penso em negativo, eu estou sofrendo. Esse mal não me deixa em paz. Esse mal não me deixa eu sossegar 1 minuto. Eu tenho vontade de ficar bom. Eu quero que Jesus me cure. Eu quero ser alegre e quero deixar de pensar. Sou feliz quando eu estou na igreja dos crentes. Eu penso em namorar com uma crente”.

“Eu sinto uma agonia, eu sinto um aperreio, eu sinto uma tristeza, eu sinto uma fraqueza, eu sinto uma dormência. Eu penso em morrer por causa desse mal. Esse mal me bota raiva, me bota angústia. Esse mal não deixa eu sossegado. Eu quero ser feliz, eu quero ser alegre, eu quero ser contente e esse mal não deixa”.

“Eu fico agoniado, eu fico sem sossego. Eu fico me preocupando com esse mal. Eu quero que Jesus tire esse mal de mim. Eu fico nervoso. Eu fico “intuano” coisa no juízo. Eu to pensando em ser feliz, eu penso em casar. E quando eu tomo remédio eu fico melhor”.

2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Produção de Sentido de Religiosidade no Território da Vida: Compreensão do Sofrimento Psíquico**. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador. O objetivo deste estudo é analisar o discurso das classes populares sobre a importância das igrejas nas trajetórias terapêuticas que percorrem quando se deparam com o sofrimento mental.

Sua participação neste estudo consistirá em contar um pouco sobre a sua experiência ao buscar a igreja para tratar ou cuidar de “problemas dos nervos”.

O risco relacionado à sua participação consistirá na exposição que estará experimentando ao narrar um pouco da sua história. Os benefícios relacionados a sua participação serão um melhor conhecimento sobre as classes populares, principalmente na busca por serviços de saúde e a valorização do discurso das classes populares ao discutir formas “alternativas” de cuidado e tratamento.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de maneira que possibilite a sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi o objetivo, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Pesquisador

