

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ICICT

Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

CLARICE MOREIRA PORTUGAL

DA LINGUAGEM DOS INFORTÚNIOS ÀS NARRATIVAS
DE DOENÇA: o sofrimento psíquico e a construção de itinerários
terapêuticos entre adeptos do candomblé

Rio de Janeiro
2014

CLARICE MOREIRA PORTUGAL

DA LINGUAGEM DOS INFORTÚNIOS ÀS NARRATIVAS DE
DOENÇA: o sofrimento psíquico e a construção de itinerários terapêuticos
entre adeptos do candomblé

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Informação,
Comunicação e Saúde (PPGICS), para
obtenção do grau de Mestre em Ciência.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins

Rio de Janeiro

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

P853 Portugal, Clarice Moreira

Da linguagem dos infortúnios às narrativas de doença: o sofrimento psíquico e a construção de itinerários terapêuticos entre adeptos do candomblé / Clarice Moreira Portugal. – Rio de Janeiro, 2014.

xii, 233 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde, 2014 .

Bibliografia: f. 206-224

1. Narrativa. 2. Saúde mental. 3. Processo saúde-doença. 4. Religião. 5. Conhecimento. 6. Sofrimento psíquico. 7. Depressão. 8. Suicídio. I. Título.

CDD 616.0019

CLARICE MOREIRA PORTUGAL

DA LINGUAGEM DOS INFORTÚNIOS ÀS NARRATIVAS DE
DOENÇA: o sofrimento psíquico e a construção de itinerários terapêuticos
entre adeptos do candomblé

Aprovado em 28 de janeiro de 2014.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Rafaela Zorzanelli

Profa. Dra. Adriana Aguiar

Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins

Dedico este trabalho

à minha avó, Adalgiza (*in memoriam*), por ter me mostrado a importância da (auto)crítica e da argumentação.

AGRADECIMENTOS

Aos orixás, de Exu a Oxalá, que assentiram e abriram os caminhos para que eu pudesse saber um pouco mais sobre a vida daqueles que os cultuam.

Ao Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins, por ter acreditado neste trabalho e iluminado toda a sua construção com seus valiosos ensinamentos, pela dedicação como mestre e amigo e por ser, sem dúvida, meu grande exemplo de pesquisador e professor neste início de carreira acadêmica.

Ao Prof. Dr. José Flávio Pessoa de Barros (*in memoriam*), como Pai, Amigo e Mentor, que me cedeu livros, discutiu e incentivou minha entrada no mestrado, e ao Prof. Dr. Roberto Bello, que me apresentou ao pensamento de Lévi-Strauss e à etnopsiquiatria.

Aos Profs. Drs. Adriana Aguiar, Estélio Gomberg e Ana Mandarino, pelos frutíferos e extensos debates teórico-metodológicos e apoio; e à Profa. Dra. Gisele O'Dwyer pelas aulas, oportunidades de trabalho e formação e carinho quase maternal.

Às companheiras do PesqueSui, em especial Mariana Bteshe, Maria Fernanda Coutinho, Isabel Salles, Veronica Miranda e Ana Bentes pelo auxílio, amizade e por terem me dado a sorte de trabalhar com pessoas tão competentes, íntegras e amigas.

Aos meus amigos-colegas do PPGICS, pelo compartilhar - de forma mais ou menos alegre, mas sempre disponível e sincera – das agruras e delícias da pequena, mas substancial, odisséia de se tornar mestre.

Aos entrevistados que aceitaram participar desta pesquisa e compartilhar de modo tão generoso e aberto suas histórias.

À minha família carnal: meus pais, Sandra e Sérgio Portugal, e meu irmão, Vinícius Portugal.

A meu amor e amigo, Heráclio Tavares, pela paciência, ternura e entrega, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos amigos Gisele Andrade, Luiz Eugênio, Vitor Macabu, Petruz Ferraz, Suelen Mariano, Roberta Nistra, Cristiane Furtado e Leonardo Velasco, que me incentivaram, debateram, apoiaram e me divertiram em todo esse percurso. Em especial, à irmã-amiga Dra. e Iyalorixá Marlene Medrado.

À minha família espiritual: minha Iyalorixá, minha Mãe Pequena, todos os meus irmãos de santo e aqueles que, tal como eu, se iniciaram e tomaram para si o candomblé e a vida de santo. Um sincero agradecimento ao Pejigan Lourenço Rodrigues pela confiança e contribuição no campo.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Caíra enferma a jovem, de repente...
Desmaiado o sorrir, pálido o rosto,
Passa as tardes, no quarto de doente,
O olhar quebrado no horizonte posto.

Quase que muda, aos poucos, definhava,
Presas, coitada, ao mais atroz sofrer.
E o próprio noivo, a quem bastante amava,
Nem mesmo o noivo ela queria ver.

(...)

Em torno dela os clínicos confusos,
Cheios de si, das láureas de doutores,
À mente davam como parafusos,
Mexendo estantes, consultando autores.

(...)

Pois da Chica de Ogum, que bebe sangue,
Que dança na macumba e que tem santo,
Dela que a viu, tão lívida e tão lague,
Ouviram tudo a sufocar o pranto.

(...)

Veze isto, ora aquilo, ora mais isso...
Uns, achavam-na tísica, outros louca;
Mas o certo é que a coisa era feitiço,
Falavam elas, pela mesma boca.

(...)

Dos médicos, enfim, desenganada,
Depois de gasta uma fortuna inteira,
Com proveitos, então, fora levada
Às mãos bondosas de uma curandeira.

Hoje, sadia, linda como outrora,
Repele a burla, que bem mal lhe soa,
De se dizer pela cidade em fora:
— Doutor fulano que lhe pusera boa!

(Aloísio Resende, 2000, p.66-67)

RESUMO

Esta pesquisa visa a investigar as narrativas de doença em torno do sofrimento psíquico – com ênfase em depressão e suicídio – entre adeptos do candomblé, de modo a elucidar como ele é construído, compartilhado e percebido por quem oferece e demanda cuidado no terreiro; as múltiplas inserções sócio-institucionais dos sujeitos entrevistados; e os itinerários de informação e conhecimento envolvidos na construção pessoal e social da doença mental nos Axés. A metodologia centrou-se uma etnografia descritiva aliada à realização de entrevistas semiestruturadas construídas para elicitare narrativas de adoecimento/sofrimento com iniciados e não-iniciados (mas participantes do terreiro). Essas entrevistas foram baseadas na aplicação do instrumento MINI McGill Narrativa de Adoecimento. Foram realizadas 11 (onze) entrevistas e o trabalho de campo envolveu três terreiros de candomblé, dois no Estado do Rio de Janeiro e um na cidade de Salvador, BA. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, tendo sido as entrevistas codificadas individualmente e os códigos obtidos organizados por temáticas. A seguir, construíram-se categorias analíticas a partir dos códigos recorrentes e de idiosincrasias, buscando cotejá-los com o conteúdo das entrevistas e o material de coleta primária no campo etnográfico. Obtiveram-se 9 (nove) grandes categorias, que foram combinadas entre si na redação da análise dos resultados, dividida em cinco grandes tópicos: a conexão entre loucura e a busca por cuidado em saúde no candomblé; protótipos e modelos causais de sofrimento; normatividade, itinerários terapêuticos e literacy em saúde (mental); a experiência de suicídio e, por fim, o papel dos terreiros como (re)construtores de identidade e suas possibilidades (e limites) como sítios de cuidado.

Palavras-chave: Narrativa. Saúde Mental. Processo saúde-doença. Religião. Conhecimento. Sofrimento Psíquico. Depressão. Suicídio.

ABSTRACT

This study aims to investigate illness narratives about mental suffering – emphasizing depression and suicide – between Candomblé adepts, in turn to elucidate how it is constructed, shared and perceived by people who offers and demands care in the Candomblé communities; the social and institutional insertions of the subjects; and the knowledge and information itineraries evolved in personal and social construction of mental illness in the Axés. The methodology was focused on a descriptive ethnography research allied to semi-structured interviews constructed to elicit narratives of illness/suffering of initiated and not initiated people (but who takes part in *terreiro*). These interviews were based on the instrument McGill MINI Narrative of illness. There were made eleven interviews and the field work was made in three *terreiros* of Candomblé, two of them in Rio de Janeiro and one in the city of Salvador, BA. The collected data were submitted to content analysis. The interviews were coded individually and the codes organized by themes. After that, there were built analytic categories based on the frequent and awkward codes, in deal with the interviews' content and the primary collect of data in the ethnographic field. There were obtained nine general categories, which were combined during the writing of the analysis of the results, divided in big five topics: the connection between insanity and the search for health care in Candomblé; prototypes and causal models of suffering; normativity, therapeutic itineraries and (mental) health literacy; suicide experience and, finishing, the function of the *terreiros* for the (re)construction of identity and its possibilities (and limits) as places of care.

Keywords: Narrative. Mental Health. Health-disease process. Religion. Knowledge. Psychological suffering. Depression. Suicide.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1. ORIGENS, ANSEIOS E JUSTIFICATIVAS: A CONSTRUÇÃO DE UM TEMA-PERCURSO DE PESQUISA | 19 |
| 2. PERCURSO METODOLÓGICO | 37 |
| 2.1. DESENHO DE PESQUISA | 37 |
| 2.2. ASPECTOS ÉTICOS | 47 |
| 2.3. ESTAR NO CAMPO E SER DO SANTO: IMPLICAÇÕES E CONSTRUÇÃO DE UM NOVO LUGAR. | 50 |
| 3. NORMATIVIDADE, ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NARRATIVAS DE DOENÇA: TRAJETOS, PERCURSOS E DESVIOS INFOCOMUNICACIONAIS. | 56 |
| 4. LOUCO E SANTO: RESSIGNIFICAÇÃO E TRANSMUTAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS | 61 |
| 5. PRESCRIÇÕES E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NO CANDOMBLÉ | 77 |
| 6. “SE NÃO VAI PELO AMOR, VAI PELA DOR?”: PROTÓTIPOS, HIPÓTESES E CASUÍSTICAS DE SOFRIMENTOS SEM NOME. | 87 |
| 7. ENTRE O SOMÁTICO, O PSÍQUICO E O ESPIRITUAL. | 100 |
| 8. CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO E LITERACY EM SAÚDE MENTAL. | 109 |
| 8.1. APOIO SOCIAL, REDES, RELIGIÃO E SAÚDE. | 109 |
| 8.2. “A GENTE APRENDE A CONVERSAR COM ELES”: CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO E LITERACY EM SAÚDE MENTAL. | 114 |
| 8.3. “SACRIFÍCIO É MELHOR DO QUE REMÉDIO?” | 143 |
| 9. PANDORA ADENTRA O TERREIRO | 151 |
| 9.1. TENSÕES, TABUS, RUPTURAS E O NEBULOSO LUGAR DA DOR NO CANDOMBLÉ. | 151 |
| 9.2. A TRISTEZA NO LIMITE: DEPRESSÃO, SUICÍDIO E ACOLHIMENTO NOS ILÊS. | 168 |
| 9.3. NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE AQUELA QUE LEVOU MEU SORRISO. | 190 |
| 10. “FOMOS MALUCOS, AGORA SOMOS PAIS DE SANTO”: NOVAS FORMAS DE PERTENCIMENTO E CUIDADO. | 194 |
| 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 202 |
| 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 206 |
| GLOSSÁRIO | 225 |

| | |
|---|-----|
| ANEXOS | 227 |
| ANEXO A – Inventário MINI McGill Narrativa de Adoecimento | 227 |
| ANEXO B – Texto de elicitación de uso prévio à utilização do McGill MINI Narrativa de Adoecimento com participantes da Casa de Santo (iniciados ou não) | 231 |
| ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 231 |
| ANEXO D – Autorização de uso de voz | 233 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|------------|---|
| AP | Área Programática |
| APA | American Psychiatry Association - Associação Americana de Psiquiatria |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CID-10 | 10 Classificação Internacional de Doenças |
| DSM-V | Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| EPSJV | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| ICICT | Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde |
| IPUB | Instituto de Psiquiatria da UFRJ |
| MINI | McGill MINI Narrativa de Adoecimento |
| SUPRE-MISS | Multi-Site Intervention Study on Suicidal Behaviours - Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| PAM | Posto de Atendimento Médico |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNSIPN | Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra |
| RENAFRO | Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde |
| RPB | Reforma Psiquiátrica Brasileira |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SEP | Serviço de Emergência Psiquiátrica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUPRE | Suicide Prevention Program - Programa de Prevenção do Suicídio |

| | |
|------|--|
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| WHO | World Health Organization |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1: Gráfico da interlocução entre origens espirituais, físicas e mentais de sofrimento | 105 |
| Figura 2: Proporção comportamento suicida/atendidos no pronto-socorro | 169 |

1. INTRODUÇÃO

Nesta dissertação pretende-se investigar as narrativas de doença em torno do sofrimento psíquico entre adeptos do candomblé. Para tal, mostra-se necessário adentrar os itinerários terapêuticos e a busca por cuidado em saúde mental partindo da inserção no candomblé, de modo a abordar a experiência passada, presente e as expectativas em relação ao desenrolar futuro de seu curso terapêutico; perceber como o sofrimento psíquico é construído e percebido por aquele que busca cuidado no terreiro; e, por fim, identificar os itinerários de informação e conhecimento envolvidos na constituição pessoal e social da doença mental no âmbito dos terreiros de candomblé.

Chamam-se aqui de terreiros, Ilês, Axés ou Casas de Santo aqueles espaços onde se mantém a tradição dos cultos e cerimônias de candomblé. Quando se utiliza o termo “candomblé”, pode-se estar falando da religião em si, mas também das cerimônias ou do lugar onde ocorrem os cultos. De maneira geral, é possível compreendê-lo como um conjunto de crenças e práticas religiosas que se desenvolveram em vários lugares e com a influência de diversas etnias africanas – Maranhão, Bahia e Minas Gerais, entre outros –, mas que ganha visibilidade com a organização que lhes foi dada pelos negros Yorubas.

Estes teriam começado a entrar no Brasil no final do século XVIII e início do século XIX (SANTOS, 2008, p.28), quando muito já se havia perdido da cultura dos negros de outras etnias, algumas presentes em terras brasileiras desde a primeira metade do século XVI. A comercialização de escravos Yoruba dava-se na Costa dos Escravos, localizada na Costa da Mina (corresponde hoje à parte meridional dos atuais Gana, Togo, Benim e parte da Nigéria), mas há registros da compra de escravos por portugueses na chamada Costa do Ouro (região da Costa da Mina onde não havia, a rigor, comércio de escravos) ainda no final do século XVII (LAW, 2005, p. 250). Conquanto se mostrem em menor número, os nagôs tiveram claramente uma maior influência sobre as crenças e os costumes religiosos (PORTUGAL, 1987), ainda que não tenha suplantado outras etnias.

O candomblé, religião brasileira baseada em cultos africanos que se consolidou em cinco tipos fundamentais¹, foi-se construindo à revelia da aristocracia, através do

¹ Segundo Bastide (1971), aos poucos o candomblé firmou-se entre os escravos, chegando posteriormente ao povo de forma mais ampla, o que fez com que se gerassem cinco tipos fundamentais de candomblé no Brasil:

esforço de mulheres negras recém-alforriadas no contexto da “cidade das mulheres” (LANDES, 1947), e pouco a pouco consegue se consolidar no ideário e no cotidiano da sociedade brasileira.

De acordo com dados do Censo de 2010 (IBGE, 2012), reafirmou-se uma tendência, observável nos dados dessa pesquisa nos últimos 40 anos, de crescimento dos que se declaram evangélicos (de 15, 4% para 22,2% do Censo de 2000 para o de 2010) na população brasileira. A população dita católica mantém-se em declínio (de 73, 3% a 64,6% do Censo 2000 para o Censo 2010), ainda que permaneça preponderante em relação às demais. Interessa a esta pesquisa, contudo, o sutil, porém significativo, aumento da população total de pessoas pertencentes a outras religiões. A população que se declara umbandista e candomblecista manteve-se estável em relação à última pesquisa (0,3%), mas, se forem observados os dados sobre religiosidade nas cinco regiões do Brasil, evidencia-se um pequeno aumento desse contingente nas regiões Norte (0% a 0,1%), Nordeste (0,1 a 0,2%) e Sul (0,5 a 0, 6%) e a manutenção dos resultados anteriores (Censo de 2000) nas regiões Sudeste (0,4%) e Centro-Oeste (0,1%). Essa constatação em certa medida é capaz de mostrar que tais manifestações religiosas não só permanecem presentes na população brasileira, mas que também possivelmente ampliaram-se em número de adeptos.

É de se observar que o candomblé, agora aberto a diversas etnias, classes sociais, gêneros e estilos de vida, ultrapassou também as fronteiras geográficas, de modo que já se coloca como uma religião interétnica, transclassista e transnacional (ORO, 1996). Por outro lado, a adesão ao candomblé é agora mais explicitada por seus membros. Não obstante, ainda se faz presente o preconceito e o estigma com relação aos seus praticantes no discurso midiático e no senso comum (MANDARINO, 2003).

-
- Ketu: o mais tradicional entre todos; refere-se aos nagôs e, mesmo que atualmente seja uma minoria, é o mais reconhecido;
 - Jeje: muito semelhante ao de Ketu, tendo inclusive as mesmas divindades, ainda que com uma nomenclatura diversa;
 - Igexá: extremamente parecido com o Jeje, a ponto de a diferença entre eles ter sumido com o tempo, se atendo à música;
 - Angola e Congo; também baseado nos nagôs, mas menos ortodoxo no que diz respeito aos rituais;
 - Caboclo: nele há uma grande simplificação do candomblé de Ketu, sendo a sua forma popular de apresentação; tem como divindades tanto os orixás como os caboclos (descritos como o “espírito” de pessoas que teriam habitado o Brasil anteriormente).

Os terreiros de candomblé, nessa conjuntura, permitem-se apreender como um lócus onde se busca cura e/ou tratamento. Os desequilíbrios mentais e emocionais, mais que outras afecções, são motivações para recorrer ao jogo de búzios (modelo divinatório usado por excelência nos terreiros), derivado do Oráculo de Ifá², que indicará a causa e os procedimentos adequados para extirpá-la (TEIXEIRA, 1994).

Com a necessidade de adaptação dos rituais africanos à sociedade brasileira, a recorrência ao recurso divinatório para a definição de pertença a um determinado orixá (BASTIDE, 1971) aparece como uma atualização dessa alternativa considerada menor na África, onde a ancestralidade teria papel central nessa definição. Seu uso só era aventado em situações excepcionais, entre elas o adoecimento. De certa forma, parece ter havido não só uma atualização, mas uma inversão propriamente dita, ao tempo que recorrer ao Oráculo tornou-se a forma por excelência de inserção nos cultos afro-brasileiros (PORTUGAL, 1987).

De todo modo, esses espaços permanecem, não só procurando manter sua tradição, mas contribuindo para o incremento da segurança alimentar – enquanto garantia de acesso regular e permanente à alimentação de qualidade e quantidade suficiente – (BRASIL, 2011), cuidando e oferecendo tratamento (MONTERO, 1985; TEIXEIRA, 1994; GOMBERG, 2008; RABELO; MOTA; NUNES, 2002; GOMES, 2010; MOTA; TRAD, 2011) a pessoas com diversas desordens físicas e mentais. Sofrimentos físicos e psíquicos de toda sorte figuram entre as motivações para procurar um terreiro de candomblé. As doenças mentais são bastante comuns e há mesmo relatos de pacientes encaminhados por hospitais psiquiátricos (MOTA; TRAD, 2011).

Para que a dissertação cumpra seus objetivos, optou-se por uma organização que dê ênfase aos resultados, sendo eles aqui considerados o norte a partir dos quais será feita a discussão teórica. Nesse sentido, a dissertação está dividida em quatro partes – introdução, percurso metodológico, resultados e considerações finais – que se subdividem de acordo com a necessidade e a partir dos temas que serão abordados.

A introdução terá uma segunda parte, dedicada a uma breve exposição teórica do tema a ser tratado, justificativas e percurso pessoal que conduziram à realização do trabalho. Com relação ao percurso metodológico, por seu turno, será dividido em duas partes:

² A definição dos termos relacionados ao candomblé encontra-se no glossário ao final da dissertação.

uma primeira, que envolve uma descrição pormenorizada da metodologia de pesquisa adotada e a consideração e exposição dos aspectos éticos envolvidos, e uma segunda que vem tratar da inserção e construção do campo de pesquisa, com destaque para o problema/solução de ser iniciada no tipo de culto ao qual estão vinculados os sujeitos da pesquisa. Para tanto, recorre-se a algumas pesquisas realizadas em terreiros de candomblé por pesquisadores iniciados ou não, de modo a explicitar a discussão a respeito disso e delinear a trajetória de pesquisa realizada pela mestranda.

Com relação aos resultados, deve-se ressaltar que esta parte terá um número maior de capítulos, dada a pluralidade de temas a serem desenvolvidos. No capítulo de abertura dos resultados, será delineada uma discussão acerca do conceito de normatividade em diálogo com os trabalhos dedicados a itinerários terapêuticos e *illness narratives* (KLEINMAN, 1988). A seguir, virá um capítulo dedicado ao problema do duplo estigma da loucura e de ser de candomblé, iluminando aspectos relativos a posturas discriminatórias dos próprios partícipes (muitos viam o candomblé com desconfiança e preconceito antes da iniciação) e de pessoas de fora do terreiro. Esse capítulo abordará também a passagem dos desmaios - manifestação muito comum relatada pelos partícipes no campo – à experiência de transe.

No capítulo seguinte, serão expostos os recursos e percursos terapêuticos disponíveis no candomblé. Segue-se a esse um outro no qual serão discutidas as diferentes atribuições causais do sofrimento vivido pelos participantes da pesquisa emergentes nas entrevistas, o que envolve uma diversidade de tipos de espíritos, obsessores e noções vagas como energia, por exemplo. Nessa parte será explorada também a experiência de chegada ao candomblé diante de um sofrimento limite, de maneira que se discute até que ponto seria ela um eixo na aproximação com essa vertente religiosa. O capítulo subsequente tratará da distinção e similitude entre problemas de fundo físico, mental e espiritual, bem como a interlocução entre esses modelos causais diferenciados e ao mesmo tempo inter-relacionados.

O capítulo seguinte será dedicado à construção compartilhada do conhecimento e à *literacy* em saúde mental. De modo a melhor organizar essa discussão, o capítulo em questão será dividido em três partes. Na primeira alude-se ao conceito de apoio social ou *social support* com base principalmente no trabalho de Victor Valla e de seus discípulos. Seguir-se-á a essa exposição conceitual a conexão entre os espaços

religiosos e o incremento do apoio social e, por fim, a ilustração disso a partir dos achados de pesquisa.

Na segunda, são abordados os conceitos de *literacy* em saúde (mental) e construção compartilhada do conhecimento, como também a problemática da relação médico-paciente para discutir os dados que dizem respeito à busca por serviços médicos e de saúde. O problema da controversa relação entre profissionais de saúde e espaços religiosos (p. ex. os encaminhamentos desresponsabilizados e a inexistência de contato direto entre essas instâncias, ainda que uma se remeta a outra) será aqui tratado. A última parte desse capítulo trata da visão negativa do tratamento psicofarmacológico e a correspondente valorização da terapêutica religiosa e pautada no sacrifício³, o que se evidencia no material empírico e pode ser relacionado a um mito que enuncia justamente o potencial curativo do sacrifício como algo mais eficaz do que o uso de remédios.

Em sequência, é apresentado um capítulo voltado para a questão da construção do espaço social do terreiro, da publicização da dor e dos aspectos tidos como delicados ou até mesmo problemáticos dessa inserção religiosa, que terá três subdivisões. Na primeira discute-se a relação com o dinheiro, dificuldades de cumprimento de preceitos, o pouco espaço para falar sobre sofrimento (tabu), erros ou ações iatrogênicas por parte de lideranças religiosas, assim como problemas de relacionamento entre membros da comunidade serão aí abordados. Nesse sentido, enfatiza-se como uma aproximação com os serviços de saúde pode ser interessante sob diversos vértices: o incremento da *literacy* em saúde, as possibilidades de condução conjunta de projetos terapêuticos, um maior entendimento por parte dos profissionais de saúde sobre como são conduzidos tratamentos e compreendidas diversas formas de adoecimento (principalmente aquelas de fundo mental) nos Ilês, bem como uma contribuição para a redução do estigma daquele que padece de algum sofrimento psíquico são algumas das possibilidades dessa aproximação.

A segunda subdivisão toca em problemas ligados ao eixo suicídio-depressão a partir dos dados obtidos. Questões relacionadas à detecção e tratamento da depressão, assim como

³ A alusão ao sacrifício nesta dissertação diz respeito à “operação por meio da qual animais ou seres humanos são afastados de seus semelhantes ou mortos em oferenda a uma divindade” (PANOFF; PERRIN, 1973). Por não caber no escopo deste trabalho, não foi feita aqui uma referência à teoria geral do sacrifício, tal como aparece na escola francesa.

a (des)valorização da vida, a fenomenologia da experiência do suicídio e o lugar das casas de santo diante dessas demandas serão explorados. A categoria abiku (noção da liturgia do candomblé) como uma possível explicação para o suicídio e demanda de cuidado e tratamento também será discutida. Por fim, a última subdivisão desse capítulo consistirá na exposição de um breve relato etnográfico sobre o convívio com uma pessoa que faz parte de um terreiro de candomblé, diagnosticada com bipolaridade na rede pública de saúde mental e recém-saída de uma internação psiquiátrica.

No último capítulo será tratada a reconstrução identitária propriamente dita a partir da iniciação e inserção na comunidade de terreiro. Será abordada a construção de um novo lugar social que se desloca do doente-kolori frágil e suscetível ao lugar de iniciado e, portanto, com obrigações e reconhecimento de sua importância por parte dos membros da comunidade. Nessa linha de pensamento, procurar-se-á mostrar como essa passagem tem como norte o cuidado, na medida em que se chega demandando cuidado e paulatinamente começa-se a exercer o papel de cuidador em relação aos novos membros da comunidade.

1.1. ORIGENS, ANSEIOS E JUSTIFICATIVAS: DE UM DEPOIMENTO EM PRIMEIRA PESSOA À CONSTRUÇÃO DE UM TEMA-PERCURSO DE PESQUISA

Percebi-me como profissional da área da saúde mental ainda muito jovem, no terceiro ano do Ensino Médio, quando fazia também o curso Técnico de Enfermagem. Em 2003, ano de estágio e das provas do vestibular, tive minha primeira experiência profissional em um serviço de saúde mental – o Hospital Municipal Jurandyr Manfredini, um dos quarto pólos de emergência psiquiátrica da cidade do Rio de Janeiro. Aquela experiência foi muito marcante, na medida em que conheci toda a rede de serviços e comecei a estudar por conta própria a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Naquele momento, optei por fazer minha graduação em Psicologia.

No meio da graduação, ingressei em um estágio voluntário em um CAPS e cursei uma disciplina que, mal sabia eu, viria a abrir todo um arcabouço teórico e questões de pesquisa que levo comigo até hoje: Teoria e Técnicas Psicoterápicas. A primeira parte da disciplina contemplava o trabalho de Lévi-Strauss a partir da leitura de alguns capítulos de sua “Antropologia Estrutural”. Quando me deparei com “O feiticeiro e sua

magia”, “A eficácia simbólica” e “A estrutura dos mitos” e sua interlocução com a psiquiatria e a psicologia, dei-me conta de que minha imersão na saúde mental por certo seguiria uma forte orientação antropológica. Naquela matéria realizei um trabalho sobre os Odus e a eficácia simbólica no jogo de búzios, tema que me instigou, naquele momento, a ir como visitante a um candomblé, cujo Pai de Santo é um amigo de minha família. Descobrimos em minha própria casa todo um arsenal de leituras a respeito (Ruth Landes, Edison Carneiro, Fernandes Portugal, Juana Elbein dos Santos, entre outros), adentrei aquele campo com meus poucos recursos intelectuais, mas profundo interesse e curiosidade.

Como era de se esperar, diante de tantas observações e perguntas, meu olhar para o serviço abarcava uma série de conteúdos muito diversos daqueles explicitados por meus colegas e profissionais da equipe, o que pode ter contribuído para que eu me apropriasse de um episódio clínico particular e o tomasse como *analyseur*, na acepção de Lourau (1975), ou seja, como um acontecimento revelador ou provocativo de uma reflexão que venha a se estender daquele evento particular ao grupo ou sociedade em geral.

Havia, naquele serviço, um paciente considerado bastante problemático e ao qual toda a equipe, em maior ou menor grau, resistia. Certa feita, esse usuário (que chamarei de A.) chega ao serviço usando um fio-de-conta – que consiste basicamente em um colar de miçangas que denota devoção a alguma entidade ou orixá nos cultos afro-brasileiros. Tendo eu reconhecido o acessório, elogio o colar e questiono A. sobre quem lhe ofereceu tão belo presente. A. – que até então estabelecia comigo uma interação que consistia em cumprimentos rudes ou piadas a respeito de meus atributos físicos – muda de postura e inicia um entusiasmado diálogo comigo acerca do centro de umbanda de sua tia que frequentava esporadicamente e sobre o momento em que ganhou aquela “guia” do seu Zé Pelintra.

Conversamos bastante sobre o seu envolvimento religioso e ele falou detalhadamente sobre como aquele ambiente o deixava mais calmo e como o “Seu Zé” lhe dava bons conselhos. A partir dali, estabeleci paulatinamente um vínculo com A., que passou, inclusive, a frequentar uma oficina sobre sexualidade que eu coordenava, o que era espantoso, dado que A. evitava todos os trabalhos em grupo oferecidos no CAPS e, quando participava, passava todo o tempo fazendo piadas ou procurando implicar com os demais participantes ou com o coordenador do trabalho.

Ficou evidente para mim o valor daquele espaço no território existencial de A. e, ciente de sua refratariedade para com a equipe e vice-versa, levei para a reunião aquele dado que me pareceu tão importante. Imaginei naquele momento que talvez pudesse haver na comunidade religiosa algo que incrementasse a relação com o serviço e a efetividade de seu projeto terapêutico. Fiquei um tanto frustrada ao perceber que minha observação pouco reverberou e, intuitivamente, percebi ali uma resistência que ultrapassava a minha figura ou a de A., mas que dizia respeito àquele espaço religioso. Naquele momento, então no sétimo período da faculdade, percebi que precisava estudar a relação da rede de atenção psicossocial com os espaços de cultos afro-brasileiros. E que ali residiria minha pesquisa de mestrado.

Em 2010, entrei para o Grupo de Pesquisa de Prevenção ao Suicídio (PesqueSui), coordenador pelo Prof. Estellita-Lins. Naquele ano conversei com ele sobre meu interesse de mestrado, que despertou sua atenção pela idiosincrasia do tema, mas também pelo fato de minha questão ser de fato produto de uma trajetória de estudos e de prática profissional. Começamos a pensar como alinharíamos meu interesse de jovem assistente de pesquisa com os estudos em curso no PesqueSui, de onde se origina o encontro com a temática da depressão e com as investigações na área de antropologia médica e de *literacy* em saúde, aos quais meu orientador há tempos se dedica.

Chegamos à conclusão de que poderíamos paulatinamente estruturar o projeto para que eu fizesse a seleção para o mestrado em 2011 no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), para o qual fui aprovada naquele mesmo ano. Ali percebi que chegava o momento de fazer meu “obscuro objeto de desejo” se tornar um “circunscrito e delimitado objeto de pesquisa”.

A preocupação com o estudo dos rituais e do pensamento mágico-religioso remonta a alguns estudos centrais da sociologia e da antropologia. Sociólogos como Durkheim e Weber debruçaram-se sobre o papel da religião nas sociedades. Durkheim (2003) encara-a como algo fundamental à coesão social, ao tempo que o conjunto de crenças e práticas relativas ao sagrado viabilizaria o surgimento de grupos de solidariedade. A religião por esse prisma não seria somente uma forma de compreensão do mundo e da existência, mas uma fonte de ação no mundo que dá contornos a esse agir. Os deuses, por conseguinte, seriam a própria sociedade, havendo uma íntima relação entre a coesão e manutenção social e o pensamento religioso. O sociólogo também ressalta o aspecto

dualista e opositor no qual as crenças religiosas se fundariam (corpo e alma; matéria e espírito, etc.). Tendo a ideia de tabu como base, a religião – independentemente de qual – estaria permanentemente atrelada à lei e à moral, formando com elas a triangulação reguladora da sociedade (JONES, 2008). Max Weber coloca a religião como algo central à compreensão dos fenômenos sociais, na medida em que ela possibilitaria todo um modo de vida particular, o que, evidentemente, reverbera na vida social (WEBER, 2010), de forma a escapar da dicotomia indivíduo-sociedade a partir de uma acepção fenomenológica da experiência.

Malinowski (1976), em sua investigação com os trobriandeses, mostra que a magia está intimamente ligada à própria estrutura social e econômica da sociedade que estuda. Um exemplo disso são os rituais utilizados no Kula – forma de expedição para intercâmbio e troca entre sociedades situadas em um conjunto de ilhas na região da Nova Guiné -, na pesca e na agricultura. Entendidos como imprescindíveis para o sucesso da colheita e da expedição, os rituais são profundamente enraizados e contribuem para a manutenção da vida do grupo.

O mesmo autor, em “Magia, ciência e religião” (1948), refere-se a Tylor e à sua proposição da religião como um aspecto constitutivo das sociedades de modo geral, porém observa que magia e conhecimento racional não se excluem. Ao contrário, ambos são utilizados, de acordo com as exigências da situação. Se o conhecimento técnico e racional propicia a elaboração de ferramentas e permite um conhecimento sobre o solo e o clima relativamente complexos, a magia seria o território por excelência do lidar com o inesperado, com o trágico. Seja ela utilizada de forma profilática para assegurar o sucesso da colheita, ou posta em ação devido ao aparecimento de uma doença, o mágico e o ritualístico mantêm-se como uma possibilidade de dar conta daquilo para o qual racional se mostra falho ou insuficiente.

Apesar de não se referir diretamente à sociedade ocidental, Malinowski exemplifica a necessidade de recorrer à magia a partir da não-naturalidade intrínseca à experiência da morte ou da proximidade com ela. Nesse momento, Malinowski estabelece uma forte relação ente o sofrimento pessoal e a busca pelo mágico e/ou ritual. Segundo ele, quanto mais intimamente ligado estiver um caso a alguém por quem se tem apreço, menos “natural” e muito mais “mágico” ele será.

Em “A eficácia simbólica”, Lévi-Strauss (1967) aborda a relação entre o mito e o rito como algo para além da realidade objetiva, em princípio potencial, cuja elaboração tem duas fases: a criação de mitos, ordenando o caos; e o mito em ação, o rito, sendo este a dramatização do mito. Mito e rito constituem uma linguagem e são por ela constituídos, ou seja, está em jogo aqui algo compartilhado e que se reconstrói por meio de sua encenação ritual. Traçando um paralelismo com a psicanálise e a medicina ocidental, o autor deixa claro que a terapêutica e a cura encontram-se atreladas ao abismo entre significante e significado. Sendo o primeiro situado no âmbito da forma e o segundo ao âmbito do conteúdo, portanto, irreduzível ao primeiro,

A carga simbólica de tais atos torna-os próprios para constituírem uma linguagem: certamente o médico dialoga com seu doente, não pela palavra, mas por meio de operações concretas. (...) O médico executa as operações e o doente produz seu mito; na cura xamanística, o médico produz o mito e o doente executa as operações. (LÉVI-STRAUSS, p. 231-232)

Nesse sentido, pode-se dizer que as relações terapêuticas estabelecem-se em uma espécie de interstício entre o concreto e o abstrato, engendrando uma produção mítica e semiológica permeada por toda uma factualidade de onde se torna possível (e cabível) a construção da cura.

Estudos sobre os processos terapêuticos desenrolados no interior de grupos religiosos tendem a ressaltar o papel dos rituais na transformação da experiência da aflição (TURNER, 1992). Os rituais encerram um domínio especial de ação, que rompe com os parâmetros da vida cotidiana e demanda de seus participantes uma mudança de atitude e atenção. Ao mesmo tempo estabelecem um diálogo especial com o mundo dos dramas e aflições cotidianos, representando-o segundo ângulos e versões novas, por vezes surpreendentes e profundamente desconcertantes.

O efeito disso não é apenas remodelar a experiência religiosa segundo as estruturas de sentido do mundo do senso comum, mas permitir que a experiência religiosa venha a servir de guia à ação cotidiana. Afinal, as histórias contadas sobre experiências vividas no universo religioso conectam narrativas exemplares tecidas nos mitos, as quais são encenadas nos rituais, atrelando-se à esfera dos dramas e preocupações diários,

fornecendo assim pistas para uma exploração ativa do contexto da vida cotidiana. Decorrente desse processo de significação e releitura da realidade, parece plausível ver na participação em seitas e religiões a possibilidade de impacto positivo sobre as doenças mentais (BASTIDE, 1967). Isso não descarta, todavia, a eventual acentuação dos conflitos psíquicos nesses contextos. Como bem destaca Radcliffe-Brown (1979, p. 55), a vida religiosa pode também contribuir para a gênese de angústias e medos, cuja origem talvez não fosse possível fora daquele enquadre. Dessa forma, se por um lado existe o reconhecimento de uma ação terapêutica no contexto religioso, reconhece-se também nele uma carga de repressão, medo e desconforto que pode justamente ter efeito oposto.

No Brasil, desde a virada do século XIX para o século XX, vários autores têm estudado a religiosidade nas suas relações com o sofrimento individual e os transtornos mentais, como se pode observar na obra de psiquiatras como Nina Rodrigues e Franco da Rocha (DALGALARRONDO, 2007). Faz-se notar que esse campo reflexivo em boa parte deve ao encontro entre a psiquiatria higienista e a antropologia evolucionista, como se verá a seguir.

Desde seus trabalhos mais iniciais, a psiquiatria brasileira debruça-se sobre as práticas religiosas do candomblé em sua relação com a loucura e o sofrimento psíquico. Na primeira metade do século XX, o já citado médico maranhense Nina Rodrigues dedica-se ao estudo da liturgia do candomblé, seus rituais, estados de transe e espaços de culto. De acordo com Dalgalarondo (2007), Nina Rodrigues foi possivelmente o precursor do estudo da “religiosidade de negros e pardos (...) em nosso país” (*ibid.*, p.26).

Contemporaneamente a ele, Arthur Ramos aborda a cultura e religiosidade afro-brasileira, como se pode observar em “O Negro Brasileiro”, uma de suas principais obras, publicada em 1934. Revisando o olhar dos psiquiatras brasileiros sobre o transe e a possessão, Almeida, Oda e Dalgalarondo (2007) destacam ainda nomes como Ulysses Pernambucano e seu discípulo René Ribeiro, o que nos permite perceber que a preocupação com os cultos afro-brasileiros se mostra como uma questão bastante presente na abordagem acadêmico-científica da relação entre loucura e religião no Brasil já nos seus primórdios.

A visão teórica focada nos orixás, nas festas e nas chamadas “possessões” começa a dar espaço mais recentemente à preocupação com o sentir, o pensar e o agir do seguidor.

Essa nova forma de ver e entender o candomblé e os cultos afro-brasileiros torna-se muito evidente a partir dos anos 70, mas já pode ser anunciada na proposta de Roger Bastide, quando este coloca que

Não são os fatos de morfologia social os primeiros aqui, mas os valores, as representações coletivas. Durkheim passa da sociedade à religião por intermédio da consciência coletiva desencadeada; nós, ao contrário, passamos da religião à sociedade por intermédio de uma consciência coletiva estruturada segundo as normas dessa religião. (BASTIDE, 1971, p. 517)

Começa, assim, a haver uma passagem de um interesse em compreender sociológica, psicanalítica ou psiquiatricamente os fenômenos que se dão nos terreiros de candomblé a partir de um referencial pré-estabelecido a uma exploração dos modos de compreensão do mundo e da existência elaborados no âmbito desses circuitos sociais específicos.

Desde meados dos anos 1990, o candomblé começa a ser investigado como um local propriamente fornecedor de cuidado em saúde. Ao estudar os *koloris* – termo yorubá que significa “sem cabeça”, usado para designar pessoas com problemas mentais de modo geral –, Teixeira (1994) situa o candomblé como pano de fundo da questão da saúde para os atores sociais que vivenciam o drama das ditas “perturbações mentais” e dos limites impostos por elas. A autora parte do entendimento de que a religião de modo geral funciona como um caminho, um conjunto de ideias e práticas aceitas como eficazes para justificar a existência, torná-la mais fácil e/ou proporcionar ao adepto bem-estar e conforto (físico e espiritual). Isso é possível porque a religião conferiria sentido e ordem à vida social, seja por intermédio da experiência individual de contato com o sagrado, seja pela exaltação da festa na vivência comunitária. Concone⁴ (*apud*. TEIXEIRA, 1994) ressalta que a maioria dos que participam dos terreiros de candomblé têm uma trajetória marcada por rupturas, entendidas como uma espécie de momento de crise em grande parte dos casos mental e/ou emocional e em geral representado por uma doença.

A situação precária dos serviços de saúde e da previdência social, bem como o acolhimento empobrecido e mesmo inexistente que frequentemente caracteriza a relação

⁴ CONCONE, M. H. V. B. [1978]. Umbanda, uma religião brasileira. São Paulo: USP/FFLCH/CER, v. 4, 1987.

usuário-profissional de saúde seriam fatores que contribuem para a consolidação de um sofrimento do qual não se vê escapatória (TEIXEIRA, 1994; 1998). Diversas pessoas, com maior ou menor proximidade com as religiões afro-brasileiras, em meio ao cotidiano das grandes metrópoles, recorrem aos Ilês como uma forma de tentar atenuar seus sofrimentos.

Laplantine (2010, p. 217-218) enuncia três maneiras possíveis de relacionar doença e religião, a saber, o estudo das interpretações que baseiam a reação de um grupo à calamidade, a investigação da perspectiva do médico e do religioso sobre a experiência de sofrimento e, por fim, o estudo da medicina popular. Em qualquer uma dessas vias, porém, é preciso levar em conta que tanto a religião quanto a medicina lidam com problemas básicos da existência humana ligados ao viver e ao morrer, de forma que a categoria do “sagrado” pode ser tão fundamental para compreender o processo de saúde-doença quanto a própria noção de doença (CSORDAS, 1987), seja em sua dimensão relacionada à experiência subjetiva (*illness*) ou à sua definição médica estrita (*disease*), como cunhado por Eisenberg (1977).

Estellita-Lins (2002) localiza a relação com as tecnociências como algo decisivo para a primazia da doença nas investigações científicas sobre o mental, que vieram mesmo a transformar a prática médica na área em “aliada e campo experimental” (p. 156). Soma-se a isso o desenvolvimento da psicofarmacologia, a implantação dos grandes sistemas de diagnóstico internacionais, a uniformização das práticas terapêuticas que delas decorrem e um gradual distanciamento das discussões em ciências humanas que lhes seriam afins. Desse tipo de produção de conhecimento advém todo um olhar pautado em parâmetros biomédicos, o que aliado à conformação do campo epidemiológico fortemente amparado na estatística e à delicadeza de certos aspectos ligados à ética de pesquisa (escolha dos sujeitos, vulnerabilidade, divulgação dos dados, etc.), em muito contribuiu para a adoção de métodos qualitativos como algo acessório.

Observa-se na atualidade uma profusão de estudos na área da saúde que enfatizam a importância de recorrer aos saberes das ciências humanas e sociais (JANSEN et al., 2009; LOHR; STEINWACHS, 2002; WISDOM et al. 2012). A saúde pública e, no caso brasileiro, a saúde coletiva, por se confrontarem com questões sociopolíticas importantes, demandam métodos interpretativos, geralmente baseados em técnicas qualitativas, a fim de que se possa satisfatoriamente estudar situações complexas

(BAUM, 1995). No contexto da saúde mental no Brasil, isso se deve principalmente à consolidação do SUS e à Reforma Psiquiátrica Brasileira, que em sua prática passa a olhar para o extramuros e torná-lo parte de seu modelo de atenção. Cabe lembrar que, no caso brasileiro, fatores como a condição pós-colonial, a pluralidade cultural, a extensão territorial, bem como aspectos demográficos, culturais e políticos peculiares tendem a exigir reservas na transplantação de racionalidades biomédicas anglo-saxônicas, o que acentua a importância do incremento de investigações científicas em saúde dedicadas aos contextos locais no Brasil.

Dein, Christopher e Cook (2012), em uma revisão sobre estudos relacionados à espiritualidade, religião e saúde mental, enunciam diversos problemas que dizem respeito à mensuração e integração de fatores culturais e de perspectivas teológicas aos resultados e desenhos de pesquisa, ligados principalmente à não-replicabilidade dos estudos e inconclusividade dos resultados. Nesse sentido, frisam a importância de maior incentivo, principalmente em termos de financiamento, a essa área e às pesquisas qualitativas, consideradas pelos autores como essenciais para o desenvolvimento de pesquisas nesse campo em particular.

Um vasto espectro de pesquisas observa que crenças e práticas religiosas estão associadas ao incremento do bem-estar, da resiliência e, portanto, da saúde mental – com destaque para situações de alto estresse (KOENIG, 2007). No cenário brasileiro, Mari (2006) aponta uma rarefação de estudos conectados a uma visão integradora da saúde mental com aspectos psicossociais e com a saúde coletiva, o que conduziria à sub-representação de estudos ecológicos ou qualitativos voltados para a saúde mental, ainda que a maior parte da produção científica em saúde mental seja de teses e dissertações dedicadas a analisar o processo de reforma psiquiátrica.

No que concerne a estudos que contemplem a religiosidade em articulação com as novas estratégias de cuidado em saúde mental, observa-se que a religião aparece em geral como um tema secundário ou como uma variável que se deve levar em conta na assistência prestada pelos serviços (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004; LAVALL, 2010; MURAKAMI; CAMPOS, 2012) e muito raramente como tema central (CERQUEIRA, 2003), o que permite constatar uma defasagem de pesquisa na área. No entanto, os espaços religiosos há muito suportam e dão conta de uma série de demandas de saúde, muito anteriormente ao próprio estabelecimento das tecnologias médico-

hospitalares. Pode-se afirmar sem qualquer receio que o trabalho para a cura e prevenção de doenças organizou-se a partir das práticas religiosas e, ao contrário do que se poderia supor, não foram suplantadas pelas intervenções médicas (VASCONCELOS, 2006). Se a religião sobrevive com saúde ao avanço científico, parece bastante pertinente pensar no papel das práticas religiosas no incremento da saúde da população.

No caso do SUS, podem ser também atores importantes para a compreensão por parte dos usuários das redes de referência e serviços disponíveis, processo este que frequentemente acarreta estresse, queixas e conflitos que reificam o desestímulo à busca de tratamento e a diminuição de adesão à terapêutica (OLIVEIRA, 2011). Sendo assim, é importante não só pensar no cuidado oferecido pelo circuito religioso, mas também no seu intercâmbio com o sistema de saúde dito oficial, para o que a presente pesquisa pode contribuir, visto que no instrumento a ser utilizado (Anexo A) constam questões importantes acerca da procura por serviços de saúde e tratamento médico-hospitalar.

Outro ponto importante concerne à pertinente questão do silenciamento dos adeptos de cultos afro-brasileiros no Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere às suas crenças. O acesso às ações e serviços por parte da população negra e de religiões de matrizes africanas ainda é prejudicado e dentre as principais causas para tal encontram-se: o preconceito, o racismo cordial e a intolerância religiosa (GOMES, 2010), que colaborariam para o seu estatuto de invisibilidade. Com relação a isto, observa-se que a discriminação, seja de cunho étnico ou religioso, nos serviços de saúde repercute significativamente sobre as ações em saúde em termos materiais e simbólicos (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012), concorrendo para ações iatrogênicas.

O desinteresse por parte dos médicos e profissionais dos serviços de saúde pelas práticas alternativas de cuidado – onde se situaria a religiosidade – das quais se valem seus pacientes mostra-se como um problema, na medida em que, por isso, os próprios sujeitos evitam falar sobre elas no sistema dito oficial (CSORDAS; KLEINMAN, 1996). Koenig (2007) destaca a importância da construção de uma dita “história espiritual” (p. 6) que permita explorar essa dimensão, de maneira a compreender em que medida ela interfere em seu sofrimento. No mesmo sentido, seria valiosa a realização de mais pesquisas que abordem os diferentes sistemas de crenças religiosas em sua relação com o adoecimento psíquico, sobretudo na América do Sul.

Reconhecem-se, todavia, algumas iniciativas recentes com o fim de promover uma mudança desse quadro. Dentre elas, destaca-se a inclusão nas diretrizes curriculares de cursos da área da saúde da necessidade de compreensão, difusão e fomento das culturas nacionais, internacionais, regionais e históricas, o que concorreria para a valorização e abertura à diversidade cultural no contexto da formação e da prática profissional em saúde (BRASIL, 2001). Foi também promulgada muito recentemente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2009), com vista a garantir a equidade e integralidade das ações de saúde voltadas para esse segmento da população, a participação e controle social, a promoção da saúde, bem como a formação e educação permanente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Surgida anteriormente à PNSIPN, a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO), organizada em 2003, tem por finalidade a promoção de saúde dos praticantes das religiões afro-brasileiras, articulando adeptos, lideranças comunitárias, gestores e profissionais de saúde, comunidade acadêmica e movimentos sociais em geral (GOMBERG; PORTUGAL, 2013). De acordo com Silva (2007), a

Rede tem como objetivos lutar pelo direito humano à saúde; valorizar e potencializar o saber dos terreiros em relação à saúde; monitorar e intervir nas políticas públicas de saúde exercendo o controle social; combater o racismo, sexismo, homofobia e todas as formas de intolerâncias; legitimar as lideranças dos terreiros como detentores de saberes e poderes para exigir das autoridades locais um atendimento de qualidade, em que a cultura do terreiro seja reconhecida e respeitada; estabelecer um canal de comunicação entre os adeptos da tradição religiosa afro-brasileira, os gestores, profissionais de saúde e os conselheiros de saúde. (SILVA, 2007, p. 173)

Sendo assim, é importante não só pensar no cuidado oferecido pelo circuito religioso afro-brasileiro, mas também no seu intercâmbio com o sistema de saúde dito oficial, para o que a presente pesquisa pode contribuir.

De acordo com dados da OMS (2004), as perturbações mentais e comportamentais afetam 25% da população em algum momento da sua vida. Calcula-se que no mundo cerca de 340 milhões de pessoas sejam afetadas por depressão, 45 milhões por esquizofrenia e 29 milhões por demência (*ibidem*). Além disso, suas manifestações exercem um considerável impacto na qualidade de vida dos indivíduos, de seus familiares e da comunidade como um todo. Nos familiares recai uma carga substancial

de cunho emocional, afetivo, físico e financeiro, ao passo que na comunidade o impacto tem múltiplos aspectos, desde o custo da prestação de cuidados, imbróglis legais (dentre eles, situações de violência) e perda de produtividade laboral (OLIVEIRA, 2011).

É importante também destacar que a transformação experiencial que se desenrola na procura por cuidado em espaços religiosos ainda é pouco explorada. Como frisam Rabelo, Cunha e Schaeppi (1999), poucos são os estudos que buscam elucidar a perspectiva do paciente; em sua maioria, os trabalhos científicos voltados para o tema se atêm a descrições mais amplas dos processos terapêuticos efetuados nesses locais. Explorar os desvios, retornos e reveses do itinerário terapêutico implica atentar para as conexões entre os diferentes contextos e espaços terapêuticos, sejam eles identificados de antemão em função desse objetivo ou não.

Conquanto já tenham um território bem consolidado nos estudos de Antropologia Médica – com destaque para autores como Seligman, Kleinman, Good e Csordas –, os estudos em torno das práticas e manifestações religiosas e seu espaço no processo saúde-doença ainda é um campo bastante novo e mesmo pouco explorado em Saúde Coletiva. Nesse sentido, parece pertinente afirmar a importância de aprofundar essa linha de investigação, sobretudo se for pensada a relevância que esse tipo de estudo pode ter para a transformação das práticas no âmbito dos serviços de saúde. Se do estudo em Saúde Coletiva, se espera a gênese de mudanças nas relações de trabalho e cuidado em saúde em um sistema em transformação e consolidação, como o SUS, é necessário que esse debate permaneça em curva ascendente e envolva pesquisadores, profissionais de saúde e gestores, dada a grande colaboração dos espaços religiosos para a promoção de saúde e exercício de cidadania (ROCHA, 2002; VALLA, 2001; PIETRUKOWICZ, 2001).

Traçado este panorama, é possível dizer que este projeto se propõe a empreender uma imersão em um labirinto simbólico no qual se enredam não só os membros da comunidade, como pais e mães de santo, ogans, ekedjis, abians, clientes, iyawôs, egbomins, visitantes (entre outros), e todo o acervo pessoal de cada um desses sujeitos, bem como os discursos que constituem e se embatem nesses acervos. Tais bagagens são ao mesmo tempo singulares, na medida em que seu conteúdo se estabelece e cria contornos no território da subjetividade, e coletivas, e os significados em questão aqui

de forma alguma se constituem fora da dimensão da alteridade e do encontro. Dessa forma, estão em jogo diferentes estratos e pessoas que estabelecem vínculos sociais, os quais delimitam alianças e conflitos mais ou menos sólidos capazes de consolidar as rotas por meio das quais se constroem as visões e, conseqüentemente, ações no mundo.

Poder-se-ia mesmo dizer que se trata de explorar a construção da “linguagem dos infortúnios”, enunciada por Vogel, Mello e Barros (2007) como aquela por meio da qual se faz a inserção na “vida de santo” e pactuação para a iniciática do povo de santo. É aquela que “revela às pessoas a urgência do chamamento e a necessidade de iniciação” (*ibidem*, p.91). Seus signos, mais ou menos permanentes, diriam respeito a um declínio da vitalidade e, mais que isso, a uma deterioração do ser, a uma perda da condição de pessoa. Ou seja, é possível que esteja em questão aqui uma forma íntima de sofrimento que, ao ser compartilhada, viria a se tornar passível de mudança.

Por meio das narrativas de doença, espera-se trazer à baila as concepções, expectativas, valores e afetos relacionados ao sofrimento psíquico e à identificação do candomblé como espaço de alento e mesmo de cura. Esse trabalho de evocação e ressignificação, porém, traz ainda a possibilidade de dialogar e compreender circuitos não-formais na construção de conhecimento e de saberes em saúde. Incluem-se aí também seus processos de produção e trocas de informação em saúde, dando visibilidade e criando um flanco de diálogo com os atores desses espaços há bastante tempo negligenciados, discriminados e muito recentemente reconhecidos como espaços de promoção de saúde, que são os terreiros de candomblé.

A elaboração de tais narrativas vem reconstruir episódios e trajetórias, fundando-se aí uma identidade narrativa derivada justamente das correções e mudanças das narrativas anteriores em três momentos distintos – tempo prefigurado, figurado e refigurado - (RICOEUR, 1995, p. 87), o que permite significar a realidade incessantemente. Do narrar, portanto, pode emergir um rico material repleto de experiências, emoções e vivências, que se apresenta ao interlocutor com toda a sua inteireza somente a partir do próprio ato de narrar, de modo que essa via se mostra como um recurso deveras interessante para investigar os enredos simbólicos, afetos, expectativas, frustrações e negociações envolvidas na procura por tratamento e/ou cura.

Por esta linha de pensamento, a narrativa pode ser compreendida como a expressão coletiva de uma cultura justamente por viabilizar a permanência da palavra por meio da

construção de trajetos, experiências, estórias e territórios (NÓBREGA; DAVID, 2012). A elaboração narrativa, situando-se entre o caráter mutante de sua construção – afinal, quantas vezes for narrado um episódio, tantas vezes ele será relido – e a consolidação de certos olhares acerca da vida em âmbito coletivo e da cultura, criaria um fértil terreno de investigação do que se compreende como diagnóstico, cuidado, alento, etc.

Seligman (2005a) entende a narrativa como um modo individual de organizar intenções, comportamentos e memórias e, assim, construir sua identidade (definida pela autora como o indivíduo entende si mesmo e o grupo em que se insere). Sobre o estudar o “tornar-se médium” no candomblé, a autora observa que essa experiência inclui certa espécie de diagnóstico inicial por parte do Pai ou Mãe de Santo e engendra toda uma internalização de um papel social e religioso bastante específico, o que conduz à reinterpretação de suas próprias histórias de vida em termos de seu conteúdo simbólico e estrutura.

Sendo a experiência de adoecimento fruto de um processo de significação singular, uma via interessante para reconstruí-la poderia ser a narrativa, de modo a possibilitar a emergência dos episódios que tecem essa trajetória menos cronológica do que existencial. Aliando-se à perspectiva benjaminiana, Marteleto, Guimarães e Nóbrega (2009) compreendem a narrativa como “forma artesanal da comunicação humana” (p. 90) e instrumento de seu saber, configurando-se como um caminho para o desvelamento do cotidiano e da troca de experiências vividas.

A abordagem narrativa situaria o homem como um contador de histórias e, sobretudo, como autor de sua própria existência e sujeito ativo de conhecimento⁵ (HOWARD, 1990 *apud*. FERREIRA, 2007), tratando-se de uma forma de (re)elaboração que se dá no âmbito do relato e da cumplicidade da escuta. Esse mesmo aspecto é contemplado pela psicanálise, que entende o ato de narrar como meio de constituição do sujeito e de releitura das relações de alteridade. Em “Construções em análise” ([1937], 1996), Freud equipara o trabalho do psicanalista ao de um arqueólogo, de maneira que ambos os ofícios, em última instância, tratam da reconstrução “por meio da suplementação e da combinação dos restos que sobreviveram” (p. 277), ainda que para o primeiro seja esta

⁵ HOWARD, G. S. Narrative Psychotherapy. In: ZEIG, J. K.; MUNION, W. M. (Orgs.). What is Psychotherapy? Contemporary perspectives. San Francisco: Jossey-Bass, 1990, p. 199-201.

construção um trabalho preliminar e para o segundo, um fim último. De todo modo, analista e analisando entretecem uma história a partir do resgate de elementos mais ou menos disponíveis pela oralidade, por meio da qual é possível criar novos desenlaces, estando a narrativa menos no âmbito do resgate do que da criação.

Nesse âmbito específico, a narratividade aparece como uma maneira de dar sentido, ordenar e criar uma experiência de doença, evidenciando os lugares que sujeito e comunidade nela ocupam (HYDÉN, 1997). O itinerário terapêutico, assim, parece encontrar na construção narrativa um espaço de (res)significação do vivido e da própria experiência de sofrimento, inclusive o psíquico.

Kleinman (1980), um dos pioneiros no estudo e conceituação dos itinerários terapêuticos, dá visibilidade aos aspectos culturais e sociais envolvidos na busca por cura e/ou tratamento. Admitindo-se que a doença contempla duas dimensões, a saber, biológica e cultural (KLEINMAN; EISENBERG; GOOD, 1978), ele considera que o processo de busca por cuidado não se restringe aos serviços e instituições reconhecidas como de saúde, mas atravessa diversos subsistemas, tais como o familiar, profissional e popular, situando-se neste último as crenças religiosas.

A busca por cuidado, a construção e adesão a um dado projeto terapêutico de modo algum se restringem à esfera dos serviços de saúde em uma acepção estrita. Ao contrário, existe todo um conjunto de significados compartilhados socialmente que engendram experiências idiossincráticas (individuais e coletivas) no que se refere ao adoecer. As escolhas que os indivíduos realizam por determinadas opções terapêuticas em detrimento ou em complementaridade a outras envolvem toda uma arena de negociações e suas modificações presentes entre essas escolhas (YOUNG, 1981). A construção da experiência de doença, dessa forma, situa-se entre o íntimo e o coletivo, o global e o local, o que permite perceber seu caráter híbrido e a miríade de formas por meio das quais pode se ter acesso a elas.

Da linha de trabalho de autores como Kleinman (1978, 1980), Good (1994) e Helman (2000) deslindaram-se novos conceitos que influenciaram não somente o campo da antropologia médica, mas o próprio agir em saúde (ALMEIDA FILHO, 2001). Eles destacam a importância da esfera social e dos aspectos concernentes à singular experiência de adoecimento vivida por aquele que demanda cuidado, assim como a sua valorização nos consultórios e serviços do sistema oficial. Frente aos diversos

problemas e limites apresentados por esse sistema no que tange à infra-estrutura, qualidade e resolutividade das solicitações, uma opção colocada são as ditas opções terapêuticas presente nas distintas classes sociais atuando, em alguns casos, na complementação pelo cliente (ROCHA, 2002).

A interpretação do itinerário terapêutico envolve toda uma rememoração de eventos e experiências anteriores que são evocadas, reorganizadas e ressignificadas. Narrar é, portanto, reconstruir o itinerário terapêutico ao trazer singularmente à cena opções, negociações, pactos e processos decisórios que conduziram a um conjunto específico de ações. Nesse processo, o itinerário torna-se uma unidade articulada “quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente”. (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133). A elaboração do itinerário terapêutico envolve necessariamente a arena de possibilidades socioculturais que subjazem à elaboração e incremento de projetos terapêuticos, o que abre espaço para a contradição e toda uma linhagem de paradoxos e decisões aparentemente incoerentes. Velho (1994), ao trabalhar com a ideia de metamorfose enquanto processo do trânsito entre contextos sociais permeados por diferentes códigos e que permitem ao indivíduo reconstruir-se de forma permanente, traz uma interessante visão acerca do percurso individual das sociedades ocidentais. Para esse autor, a unidade individual mantém-se por meio de um trajeto social permeado por incessantes mudanças de papel em que o indivíduo é e não é ao mesmo tempo. Alinhando a análise dos itinerários terapêuticos a essa perspectiva de uma espécie de individualidade camaleônica, pode-se pensar que olhar para aqueles seria, em alguma medida, pôr

em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes (VELHO, 1994, p. 27).

Neste caso, não se trata de um grupo ou de uma realidade social longínqua, visto que o grupo a ser estudado está inserido no Estado do Rio de Janeiro. Seus membros são cidadãos brasileiros, homens e mulheres moradores de uma grande metrópole e alcançáveis sem a necessidade de “Grandes Navegações”. Sendo assim, seria um tanto

ingênuo acreditar que se estaria indo ao encontro do insípido discurso do candomblé em sua essência.

O encontro com o estranho, contudo, prescinde de distanciamento físico. Levinas (1988) percebe o Outro para além e anteriormente a qualquer iniciativa. Não concebe a alteridade como uma fronteira da mesmidade, pois, nesse sentido, tratar-se-ia de uma relação de contiguidade. E justamente na rostidade, no encontro de olhares emergiria o Outro em toda a sua alteridade, da maneira mais absoluta. Como pontua o autor,

Outrem permanece infinitamente transcendente, infinitamente estranho, mas o seu rosto, onde se dá a sua epifania e que apela a mim, rompe com o mundo que nos pode ser comum e cujas virtualidades se inscrevem na nossa natureza e que desenvolvemos também na nossa existência. (LEVINAS, 1988, p. 173)

Nesse sentido, Leiris (2008) em sua inquietante etnografia denominada “África Fantasma”, mostra como a alteridade faz-se notar na proximidade, no confronto com as mazelas do colonialismo, e explicita também sua própria inquietação no que se refere às suas próprias atitudes enquanto pesquisador e enquanto homem.

Na película *Les Maîtres fous* (1955), Jean Rouch retrata o ritual de um grupo de operários em Gana pertencentes a uma seita religiosa da África Ocidental. Nesse filme é possível ver um pouco de como a vida religiosa se mescla ao cotidiano citadino, que abre uma fenda para a experiência do mítico, ao passo que o ritual, por seu turno, também evoca as mazelas do colonialismo. A alusão a essa produção cinematográfica de certa forma conduz à observância de uma hibridização entre as práticas religiosas ancestrais e as atribuições da vida contemporânea que envolve releituras por parte de todas elas. Parece, assim, de grande valia olhar com maior atenção para aqueles que estão duplamente inseridos, e que buscam em uma esfera aquilo que não encontram na outra em um permanente vaivém entre as vidas sacra e urbana.

Dessa maneira, o fato de esta pesquisa visar a investigar algo inserido no espaço urbano no Estado do Rio de Janeiro, ou seja, o próximo, de forma alguma tornam-no familiar e talvez mesmo abra espaço para a emergência de novas alteridades e encontros até então não pensados.

Olhar para os partícipes das Casas de Santo, ouvir seus relatos, aproximar-se de suas experiências afetivas, no caso das narrativas de doença, apreender aspectos relacionados à sua experiência de adoecimento e à atribuição de sentido que nela se estabelece, abrindo condições de possibilidade para a explicitação de seus conteúdos, distinguindo-os em sua singularidade e aproximando-os no sentido de que seus depoimentos talvez possam falar do lidar compartilhado do sofrimento naquele contexto específico; tudo isso se mostra como um passo importante não só para a saúde mental, mas para compreender e pensar melhores e mais potentes formas de negociação entre as diferentes concepções de saúde e doença que estão aí em jogo.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1. DESENHO DE PESQUISA

O grupo de pesquisa do qual a pesquisadora é integrante, coordenado pelo Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins, há alguns anos compromete-se com estudos ligados à experiência de adoecimento e aos itinerários terapêuticos e suas implicações infocomunicacionais no âmbito da saúde mental. Na condução de seus estudos, referidos no capítulo anterior, pôde-se verificar que a experiência de sofrimento guardava diversos aspectos relacionados à espiritualidade e religiosidade – como se verifica na obra de diversos autores, como Kleinman, Csordas, Seligman, dentre outros –, o que também vem reverberar na busca por cuidado, ressaltando-se a presença desses atores na promoção e no acesso à atenção à saúde. Dessa forma, a presente pesquisa insere-se na encruzilhada entre a apreensão da experiência de adoecimento, a disposição da rede de cuidado, a criação de itinerários terapêuticos e o lugar dos terreiros de candomblé enquanto instâncias religiosas existentes na comunidade.

Neste estudo partiu-se da hipótese de que os adeptos do candomblé passaram por experiências de sofrimento que os conduziram a buscar conforto e ajuda nos terreiros e, em alguns casos, a se iniciar, e que precisam ser desveladas e entendidas em sua profundidade, interessando também a esta pesquisa aquelas posteriores à chegada à Casa de Santo. Como fonte inicial de obtenção das narrativas de doença, optou-se aqui pela realização de entrevistas semiestruturadas com iniciados, independentemente de seu tempo de santo ou de seu cargo, e pessoas inseridas em casas de santo como *abians*, ou seja, não iniciados, mas que estão deliberando acerca de sua iniciação. Aspectos relacionados à depressão e suicídio, quando emergentes nas entrevistas, receberam lugar privilegiado, o que marca um lugar de ineditismo, visto que não foram encontrados na literatura estudos que abordem religiões de matrizes africanas em relação a essa temática.

O recrutamento de sujeitos foi definido pela técnica *snowball* ou *snowball sampling* (“bola de neve”). Esta metodologia, bastante frequente em pesquisas qualitativas, utiliza cadeias de referência e consiste na indicação de novos participantes pelos sujeitos

recrutados inicialmente, até que seja alcançado o “ponto de saturação”. Este é definido quando as novas entrevistas passam a repetir conteúdos das anteriores, sem acréscimo de novas informações relevantes à pesquisa (HUDELSON, 1994). A partir de uma análise prévia do conteúdo de 11 (onze) entrevistas: quatro com *abians* e sete com pessoas já iniciadas, percebeu-se que havia um conjunto de dados apropriado para os propósitos desta pesquisa, de maneira que mesmo que o ponto de saturação não tenha se justificado pelo protocolo do MINI, decidiu-se em conjunto com o orientador que os dados obtidos davam subsídios suficientes para a construção dos resultados.

A mestranda partiu de uma integrante de terreiro que conhece e com quem tem relações de amizade. No decorrer do processo de pesquisa, a pesquisadora recorreu a um informante-chave, Pejigan de um terreiro de nação Jeje no subúrbio da cidade do Rio de Janeiro e companheiro de um Pai de Santo da Zona Oeste da mesma cidade. Decidiu-se por recorrer a esse informante, por sinal amigo de longa data de sua família, sobretudo por sua posição eminente de liderança em termos hierárquicos, gozando do reconhecimento entre seus pares e tendo acesso a um grande quórum de candomblecistas.

O referido informante tomou a iniciativa de requisitar participantes para a pesquisa por meio de uma postagem na rede de relacionamentos Facebook®. A pesquisadora não o solicitou que fizesse isso, tendo pedido somente a indicação de contatos de potenciais participantes da pesquisa. É sabido que a amostragem por bola-de-neve é não-probabilística e que mobiliza as redes sociais dos sujeitos entrevistados, estando, portanto, sujeito às suas propriedades (ALBUQUERQUE, 2009) e aos processos infocomunicacionais que lhes são inerentes. O uso dessa ferramenta, porém, de fato se colocou como um imprevisto na amostragem, o que gerou certo temor por parte da pesquisadora sobre suas implicações (éticas e metodológicas).

Esse informante, também dono de um instituto de pesquisas de mercado, criou, por conta própria, um método singular de recrutamento. Ao se utilizar de sua conta nessa plataforma de relacionamentos, repetiu a divulgação da pesquisa algumas vezes, de forma que a amostra não se restringisse a pessoas de uma única casa. De acordo com suas palavras, ele conversou “com pessoas de diversas nações e terreiros para não enviesar a amostra” (sic). A popularidade do informante no meio das comunidades de

terreiro no Rio de Janeiro fez com que a pesquisadora obtivesse um rol relativamente grande de contatos que se dispuseram a ser entrevistados.

Por ter optado por utilizar a técnica narrativa, que pressupõe um tempo maior com o sujeito, foi oferecida uma infraestrutura com tempo, espaço e suficiente acesso e conforto para realização das entrevistas. Caso o sujeito não estivesse disponível para ir ao local sugerido para a entrevista – situado nas dependências do Campus da Expansão da Fundação Oswaldo Cruz –, a pesquisadora iria ao local de sua escolha, em geral, no domicílio ou no terreiro de candomblé do sujeito em questão, mas ocorreram entrevistas no trabalho e em um café no subúrbio da cidade do Rio de Janeiro. Cabe lembrar que os sujeitos não tiveram quaisquer despesas e não receberam dinheiro por sua participação no estudo, de maneira que não houve qualquer interferência nesse sentido na autonomia da decisão de serem sujeitos da pesquisa, tal como preconiza a resolução 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

As entrevistas com os iniciados e *abians* tiveram como eixo de investigação sua experiência de sofrimento, a busca por cuidado na casa de candomblé e a (re)construção de seu itinerário terapêutico. Para tal, foi selecionado o inventário McGill-Groleau (MINI) (Anexo A), desenvolvido pelo grupo de pesquisa em Psiquiatria Social e Transcultural da Universidade *Mc Gill* localizada em Montreal, Canadá. Cabe destacar que este modelo de entrevista narrativa foi traduzido para português e adaptado para o Brasil⁶ em 2007 pelo grupo de pesquisa liderado pelos Profs. Drs. Erotildes Leal e Octavio Serpa no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB). De acordo com Leal *et al* (2012),

A entrevista McGill MINI é uma entrevista semi-estruturada, qualitativa, que possibilita a produção de narrativas sobre a experiência de adoecimento ligadas a qualquer problema, condição ou evento de saúde, incluindo sintomas, conjunto dos sintomas, síndromes, diagnósticos biomédicos ou rótulos populares, e os sentidos associados a estas experiências. Dependendo da pergunta da pesquisa, a entrevista McGill MINI poderá ser utilizada para se conhecer a experiência de adoecimento de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos, para comparar experiências individuais, para conhecer os aspectos culturais compartilhados num conjunto de

⁶ Versão reconhecida pela Universidade McGill e disponível no site para download. <http://www.mcgill.ca/tcpsych/research/cmhru/mini>

indivíduos, conhecer categorias de comportamentos da saúde ou modos de narrar de certos grupos culturais (p.5).

Desse modo, considerou-se que esta entrevista poderia ajudar a visualizar melhor a relação entre os aspectos culturais ligados à religião dos sujeitos de pesquisa e suas experiências de adoecimento, como também sua análise acerca da experiência de outros membros da comunidade, acessível, sobretudo nas perguntas do bloco 2 (dois), voltado para narrativas de protótipo.

O inventário McGill MINI Narrativa de Adoecimento, que tem por objetivo elicitare narrativas de doença em pesquisa em saúde (GROLEAU; YOUNG; KIRMAYER, 2006), explorando também diversas dimensões da experiência de adoecimento, é composto de cinco blocos (três fundamentais e dois suplementares):

- (1) Narrativa sobre o sintoma e a experiência inicial de doença organizada a partir da contiguidade dos eventos;
- (2) Protótipos relacionados a problemas de saúde com base na experiência prévia do entrevistado, enfocando as semelhanças, diferenças e a descrição do processo de individuação do problema;
- (3) Modelos explicativos, atribuições causais, expectativas concernentes ao tratamento, curso e prognóstico;
- (4) Serviços (instituições, locais de atendimento, etc.) e resposta ao tratamento neles obtidos;
- (5) Impacto sobre a vida: incluem-se aqui aspectos relacionados a valores e às vicissitudes de viver com o problema de saúde em questão. Neste bloco, especificamente, é possível abordar com maior profundidade temáticas relacionadas à religião e ao eixo depressão-suicídio.

A MINI parte da hipótese de que as narrativas fornecem conteúdos que permitem investigar em profundidade os modos de significação da experiência de adoecimento/sofrimento dentro de um panorama sócio-histórico, sem se propor a reproduzir uma fotografia ou reprodução estática de uma experiência de adoecimento, mas parte do pressuposto construtivista de que todo relato é dinâmico, complexo e contraditório. Nesse sentido, o instrumento mostrou-se potente para trazer à tona a

experiência de sofrimento dos entrevistados sem circunscrevê-la no âmbito do transe ou da possessão, como se observa, por exemplo, na obra de Nina Rodrigues (1935) que concebe o transe como uma predisposição do negro à histeria.

Os cinco blocos totalizam 46 (quarenta e seis) perguntas e, no caso deste estudo, foram aplicados por completo. Em oposição à entrevista de história de vida, geralmente fundada em perguntas abertas, a MINI tem perguntas (parcialmente) abertas, semi-estruturadas, que suscitam narrativas com um determinado encadeamento. Com isso, permite ao entrevistado contar sua história com liberdade e também a comparação sistemática das narrativas, simultaneamente.

Para a aplicação desta ferramenta foi realizada uma busca bibliográfica sobre os seus diferentes usos em culturas distintas e a pesquisadora também participou de um treinamento de 8h voltado para pesquisadores para capacitação no uso do instrumento em 2012 ministrado por seu orientador, pesquisador treinado na MINI por Groleau na oficina de capacitação promovida no IPUB/UFRJ em 2006. O instrumento em questão desdobra-se temporalmente prospectiva e retrospectivamente, ao evocar experiências passadas e também suscitar falas sobre expectativas, preocupações com o futuro e antecipações acerca do desenrolar de seu processo de adoecimento. A MINI termina com uma pergunta aberta. A ideia é que haja algum tipo de fechamento ao processo de narrativa. Ao cabo da entrevista, é importante que o entrevistador abra espaço para a fala sobre quaisquer desconfortos que se façam notar (mesmo implicitamente) e explicar como será dado o *feedback* sobre os resultados da pesquisa, o que foi feito em todas as entrevistas.

A fim de introduzir a aplicação do MINI, na medida em que os sujeitos não necessariamente se reconhecem como pacientes ou como possuidores de algum tipo de transtorno mental em especial, foi utilizada uma vinheta introdutória no início da entrevista (impresa e lida junto com o entrevistado – Anexo B), com o intuito de introduzir o tema da relação entre o candomblé e a saúde mental e iniciar o questionamento sobre a experiência pessoal do entrevistado, possibilitando o desvelamento de uma protonarrativa de iniciação e/ou chegada à casa de santo. A adoção desse enunciado fez com que, no começo da entrevista, o entrevistado se posicionasse a respeito de sua própria trajetória. Dito de outro modo, naquele momento

o sujeito de pesquisa acabava por marcar uma posição diante da chegada ao candomblé por motivos de doença.

Deslindava-se daí um depoimento sobre como se deu a aproximação com essa religião, o que em algum momento levou a uma associação com algum episódio de doença, de si ou de outrem. A emergência desse tema era considerada como uma espécie de *trigger* para o início do uso do MINI, cuja introdução se dava ou já no primeiro momento (no caso daqueles que disseram ter buscado o candomblé por uma doença) ou entre os cinco ou dez primeiros minutos de entrevista. Nesse sentido, o enunciado mostrou-se uma ferramenta interessante ao introduzir, sem induzir a uma resposta, as variáveis em torno das quais o estudo se estruturava, de forma que a narrativa de adoecimento pudesse vir à tona a partir de um recorte espaço-temporal dado pelo próprio entrevistado.

Cabe melhor explicar as razões de ser ter optado pela MINI em uma pesquisa cujos sujeitos não foram identificados por seu diagnóstico médico/clínico, mas por sua orientação religiosa. Apesar de grande parte das pesquisas que a utilizam recrutarem seus sujeitos em serviços de saúde nos quais se tratam devido a uma dada patologia, o instrumento em questão não é uma entrevista clínica, definida por Tavares (p. 45) como um “conjunto de técnicas de investigação (...), com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos, em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas”. De acordo com Estellita-Lins e Pinho (2008), os instrumentos clínicos surgem com o projeto da epidemiologia clínica que buscava construir uma clinimetria ligada aos sintomas e independente, porém complementar, do laboratório ou da semiologia armada.

No caso do instrumento utilizado nesta pesquisa, a experiência que interessa é aquela que emerge na fala do narrador, de forma que o conhecimento prévio e nomeação diagnósticos pouco acrescentam e/ou são necessários à realização da entrevista (BTESHE, 2013). Cabe destacar que a pesquisa de Bteshe (*ibidem*) utilizou o mesmo instrumento e também envolveu sujeitos que não foram recrutados pela detenção de uma dada patologia, mas por terem vivido uma experiência de suicídio, seja como tentativa ou como familiar ou amigo de alguém que faleceu nessas circunstâncias. Sendo essa autora membro do mesmo grupo de pesquisa da mestranda e tendo conduzido seu trabalho de campo em período relativamente próximo, foi possível

relacionar, observar e ajustar com maior atenção a aplicabilidade do MINI nesse tipo de investigação. Craig, Chase e Lama (2010), que adaptaram o uso do MINI para ser usada na região tibetana de Mustang, Nepal, salientaram as possibilidades de uso dessa ferramenta em grupos culturais distintos, dado que essa entrevista borraria as fronteiras entre o individual e o social e não se restringiria à dicotomia medicina-religião.

Isso ficou bastante evidente no desenrolar das entrevistas, visto que os entrevistados, após a leitura da elicitación, associavam sua chegada ao candomblé com uma doença ou sofrimento pontuais ou a interpretavam como um ponto de mudança de trajetória associado a um aglomerado de dores e agruras em que figuravam doenças e infortúnios os mais variados. Foi notado que a MINI abria espaço para que se reconfigurasse na entrevista a trajetória de sofrimento dos depoentes. Diagnósticos médicos e populares, buscas por profissionais do cuidado e auxílio comunitário e episódios de adoecimento muito distintos e semelhantes entre si emergiram nas entrevistas e foram tratados com maior ou menor profundidade a partir do próprio destaque e interesse dado por eles. Isso aconteceu mesmo nas entrevistas daqueles que afirmaram, a princípio, não terem chegado ao candomblé por um problema de saúde – o que ocorreu em duas entrevistas. A entrevista também permitiu a evocação de diversas narrativas em segunda pessoa sobre a experiência de doença de irmãos de santo, já que, como foi dito repetidas vezes, é muito raro chegar ao candomblé por pura devoção ou “amor ao orixá”, o que vai ao encontro da perspectiva de diversos autores (MONTERO, 1985; TEIXEIRA, 1994; VOGEL; MELLO; BARROS, 2001).

Por fim, cabe ressaltar que o uso da MINI permite acessar as narrativas complexas sobre adoecimento, que por vezes podem parecer contraditórias, pois permite o exame dos múltiplos modos de atribuição de sentidos da experiência vivida. Por seu caráter aberto à emergência de experiências, permitindo a conjugação ou separação entre elas no percurso narrativo do entrevistado, ficou evidente na aplicação piloto que a MINI tinha um enorme potencial para dar forma ao sofrer dos candomblecistas que se propuseram a falar sobre ele. Nesse sentido, a MINI mostrou-se como a ferramenta para colher narrativas de adoecimento/sofrimento mais completa e que mais se aproxima dos nossos objetivos de abordar a experiência de adoecimento e analisar a construção de itinerários terapêuticos e infocomunicacionais na busca por cuidado por parte dos adeptos do candomblé.

Além das entrevistas, foi realizada uma observação participante nos moldes etnográficos. Não se trata de uma etnografia “densa”, tanto por sua perspectiva teórica quanto pela impossibilidade de realização em termos estritos, devido a questões de tempo e financiamento, cruciais à concretização do projeto. Não foi feita a etnografia de uma determinada casa de candomblé, mas sem dúvidas o olhar etnográfico não foi aqui circunstancial. Ao contrário, colocou-se como orientador do trabalho e da experiência de campo, na medida em que permitiu levantar dados importantes sobre o grupo estudado, como também a apreensão de aspectos relacionados ao entendimento e experiência do sofrimento psíquico *in loco*.

Nesse sentido, fizeram parte do campo três terreiros de candomblé, dois no Estado do Rio de Janeiro (um na capital e outro em Cachoeiras de Macacu) e um na cidade de Salvador, Bahia. Com relação a este último, cabe dizer que a pesquisadora fez uma viagem a Salvador de modo a ampliar seu campo ao acessar atores de fora do Estado do RJ. Nesse sentido, foi feito um contato telefônico e uma marcação de entrevista com o Pai de Santo, projeto que se frustrou em seu desenrolar, tendo havido uma evitação implícita por parte de um membro da casa para que a entrevista viesse a ocorrer. Essa pessoa chegou a dizer que os pesquisadores “colhem o que querem e vão embora” – mostrando certa indignação com essa atitude – e nas duas idas da pesquisadora ao terreiro adiou a realização da entrevista, inviabilizada pela necessidade de retorno da viagem.

É importante ressaltar que a mestrande se encontra previamente inserida em um desses terreiros, o que evidentemente repercutiu na construção do seu lugar enquanto pesquisadora e no modo como é percebida pelos atores do campo. Dessa forma, a observação participante também foi considerada como um ponto central da orientação metodológica. Sua definição toma como norte o trabalho etnográfico de Malinowski (1976) e parte do princípio de que o investigador, com base nos seus objetivos de pesquisa, coloca-se como expectador atento a fim de que possa posteriormente selecionar os aspectos mais relevantes para fundamentar sua compreensão do grupo e/ou fenômeno estudado (RICHARDSON, 1999).

A observação participante significa, parece-me, muito mais a possibilidade de captar as ações e os discursos em ato do que uma improvável metamorfose em nativo. E como este último em geral, e ao contrário da histórica, nem procura nem é levado ao gabinete do antropólogo, o trabalho de campo se torna uma necessidade. (GOLDMAN, 2003, p.458)

Sendo assim, foi necessário o investimento de diversas ordens (físico, psíquico, intelectual e mesmo pecuniário) com fins a uma aproximação e criação do campo de pesquisa, cuja densidade se procurou registrar em diários de campo. Nestes constaram observações, episódios, acontecimentos e relatos intrínsecos à experiência do campo. As observações foram realizadas no máximo 48 (quarenta e oito) horas depois de cada visita ao campo. Este critério visa manter a proximidade temporal e respeitar a importância do fator recordatório, utilizado tanto na antropologia, como na epidemiologia. Conquanto pudessem ser feitas observações e (re)análises das experiências de campo durante todo o percurso de pesquisa, decidiu-se pela manutenção da regra de registro o mais próximo possível do contato. Cabe frisar aqui que seis entrevistas foram feitas com a participação de um segundo entrevistador – treinado e capacitado para o uso do instrumento, tendo, inclusive, utilizado o mesmo em sua tese de doutorado (BTESHE, 2013) –, o que auxiliou na condução da entrevista, que é relativamente longa, e permitiu a abertura de novas questões. A inserção dessa terceira pessoa, evidentemente, só foi feita quando autorizada pelo entrevistado.

As entrevistas foram transcritas integralmente e submetidas à análise de conteúdo, utilizada em pesquisas que envolvem narrativas de elicitação de primeira e segunda pessoa (SERPA JR. et al., 2007), as quais dizem respeito, respectivamente, à experiência em seu caráter não-reflexivo e imediato e à reflexão e ressignificação *a posteriori*. Esses dois tipos de narrativas fazem alusão às perspectivas de primeira e segunda pessoa, que embasam a psicopatologia em primeira e segunda pessoa (SERPA et al., 2007). Segundo os autores, a

Perspectiva da primeira pessoa diz respeito à experiência pré-reflexiva dos próprios estados mentais e corporais: sentimentos "crus", pura experiência, sem reconhecimento ou reflexão. Estes dois últimos, como veremos, já pertencem à *perspectiva da segunda pessoa*. (...) Na *Perspectiva da segunda pessoa* (Northoff & Heinzl, 2003), nós temos o reconhecimento proposicional da experiência. Por isso, ela é necessariamente reflexiva e intersubjetiva. Intersubjetiva não só no sentido de comunicação da experiência para um outro, mas também no sentido de que o julgamento e reconhecimento conceitual da

experiência como pertencendo a uma determinada categoria de estados psicológicos só é possível pela inserção do sujeito em uma comunidade lingüística. Não temos mais aqui a transparência e a presença da experiência pura, mas, em vez disso, uma semipresença e a translucidez da mediação reflexiva, uma espécie de intersubjetividade intra-subjetiva. (SERPA JR. et al., 2007, p. 212-213)

Se na perspectiva de primeira pessoa tem-se um plano mais fundamental da experiência, incomunicável e profundamente idiossincrático, da sua intersecção com a perspectiva de segunda pessoa, funda-se a possibilidade dialógica e de significação dessa experiência, comunicando-a e descrevendo-a (SERPA JR., 2011). Sendo assim, a narrativa “em segunda pessoa” trataria do compartilhar empático de uma experiência subjetiva dentro de uma dada comunidade lingüística, de forma que ambas mesclam-se na elaboração narrativa dos entrevistados e foram levadas em conta na análise dos dados.

Inicialmente foi feita a codificação e sua negociação correlata no âmbito das reuniões de campo⁷. A manutenção da regularidade das reuniões, contudo, mostrou-se problemática e, diante da premência do prazo de entrega da dissertação, inviável. Sendo assim, parte da análise dos resultados foi conduzida individualmente pela pesquisadora, com o auxílio e supervisão de seu orientador. As entrevistas foram codificadas individualmente e os códigos obtidos organizados por semelhança de temáticas, com distinção do conteúdo propriamente dito (p. ex. falas sobre a chegada ao candomblé por motivo de adoecimento foram agrupadas e diferenciadas em relação à posição do entrevistado a respeito).

A seguir, construíram-se de categorias analíticas a partir dos códigos recorrentes e de idiossincrasias, buscando cotejá-las com o conteúdo das entrevistas e o material de coleta primária. Dado o fértil conteúdo das entrevistas, foi obtida uma grande diversidade de potenciais códigos, o que gerou em um primeiro momento certa dificuldade de delimitação de quais permaneceriam ou não. Optou-se por utilizar na dissertação os mais recorrentes ou extremamente singulares, que foram organizados em 9 (nove) grandes categorias, as quais foram combinadas entre si na redação da análise dos resultados. Os demais códigos foram armazenados na mesma organização

⁷ Além do orientador, também contribuíram nesta etapa mestres e doutores ligados ao PPGICS e que fazem parte do PesqueSui (Grupo de Pesquisa de Prevenção ao Suicídio), coordenado pelo Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins.

(explicada a seguir) para a posterior elaboração de artigos, livros ou demais produções acadêmicas.

Desse processo construiu-se um conjunto de planilhas elaborado da seguinte maneira: cada grande categoria equivalia a uma planilha que continha duas colunas: uma para os códigos e outra para os recortes do material das entrevistas. Nesse processo foram necessárias incontáveis idas e vindas às transcrições conjugadas às observações e registros contidos no diário de campo, de modo que fosse possível examinar as hipóteses de trabalho e cumprir os objetivos propostos. O percurso de análise mostrou-se replicável em pesquisas de cunho semelhante, todavia, recomenda-se que a análise das entrevistas seja feita com maior período de tempo e um substancial número de reuniões de campo que permitam problematizar e negociar à exaustão os códigos encontrados.

2.2. ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa autônoma que utilizou um novo instrumento de coleta, a entrevista semiestruturada McGill MINI Narrativa de Adoecimento (MINI) (Anexo A), e teve o recrutamento de novos sujeitos, foi necessária a submissão e aprovação da pesquisa por parte do CEP da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (CAAE **14752113.5.0000.5241**). Como esperado pela pesquisadora, houve um primeiro retorno do CEP com pedidos de esclarecimentos e ajustes. Neste caso específico, o teor desses pedidos disse respeito à melhor definição do instrumento e sua pertinência aos propósitos da pesquisa, que foram prontamente respondidos, permitindo a aprovação do projeto em quarenta dias contados a partir de sua submissão.

A confidencialidade de todos os sujeitos foi totalmente preservada. Apenas a mestranda e seu orientador, o Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins tiveram acesso aos dados pessoais que possibilitam identificá-los, encontrando-se o material de áudio sob a guarda pessoal da pesquisadora em arquivos digitais com cópias de back-up no espaço de armazenamento de dados Dropbox®, em pasta compartilhada com seu orientador e do qual somente a pesquisadora tem a senha.

Reconhecendo-se que a entrevista em questão evoca episódios de sofrimento da vida dos possíveis sujeitos da pesquisa, foi garantido o mínimo de conforto e segurança para

que pudessem se exprimir. Previamente à entrevista foram oferecidos aos potenciais sujeitos da pesquisa um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo C) e uma autorização de uso de áudio (Anexo D), nos quais se explicitavam os termos de registro, uso e acesso ao conteúdo das entrevistas, de acordo com a resolução 196/96. Somente após o esclarecimento de eventuais dúvidas, da anuência do participante e da assinatura dos termos, somente feita a entrega e leitura conjunta com o entrevistando do “enunciado de elicitación” (Anexo B).

No que se refere ao cuidado e atenção com todo e qualquer participante do estudo, foram adotadas algumas medidas importantes, a saber: protocolos individuais, detalhados e longos de explicação do TCLE e do termo de autorização do uso de voz, privacidade, sigilo, consideração direta de impressão clínica pré e pós-coleta de dados, dedicação da entrevistadora à percepção de qualquer desconforto dos participantes, e explicitação da possibilidade de retirar-se a qualquer momento contando com suporte imediato fora do experimento, voltado para sua queixa, estresse ou lembrança incômoda suscitada.

Embora qualitativa, sociológica e não-clínica, esta pesquisa pautou-se na capacidade e no treinamento prévio da pesquisadora para lidar com situações clínicas intercorrentes, o que configura um fator importante para o conforto e segurança dos sujeitos entrevistados. Em relação ao cuidado com possíveis riscos, foram previstas medidas para o atendimento a situações ocorridas não apenas no momento de realização das entrevistas, assim como de assistência para situações de crise, desconforto ou estresse psíquico que venham a se configurar após ou durante a coleta de dados. Foram fornecidos aos entrevistados telefones de contato pessoais e institucionais já incluídos nos TCLE, mas não se verificou qualquer intercorrência do gênero.

Com respeito a esse aspecto, afirma-se aqui que apenas uma pessoa entrevistada chorou em um dado momento de sua entrevista. Nessa situação, a pesquisadora interrompeu a gravação e a entrevista e deixou claro que a entrevista poderia terminar naquele momento. Após se acalmar, a pessoa entrevistada solicitou que a pesquisadora continuasse a entrevista. O breve momento de maior exaltação emocional não invalidou a coleta e não apresentou gravidade ou prejuízos. Posteriormente, a pesquisadora manteve contato com essa pessoa por meio de sua Mãe de Santo e obteve um retorno indireto de agradecimento pela entrevista. A entrevistada pediu que ela informasse à

pesquisadora que a entrevista teria lhe permitido reavaliar sua trajetória, tendo contribuído para que ela tivesse coragem de buscar ajuda psiquiátrica e conseguisse obter uma promoção em seu trabalho.

Todas as entrevistas foram gravadas digitalmente com o consentimento livre e esclarecido do entrevistado. Às transcrições (identificadas pela letra “E” seguida de um número) tiveram acesso apenas doutores e mestres do grupo de pesquisa sob orientação do Prof. Dr. Carlos Estellita-Lins, visto que participarão das reuniões de campo empreendidas para a codificação do material empírico. Os arquivos de áudio e TCLEs, tal como dito anteriormente, ficaram disponíveis somente para a pesquisadora e seu orientador.

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa dizem respeito àqueles indivíduos que, estando inseridos em uma casa de candomblé no Rio de Janeiro, desejarem dar seu depoimento. Não houve qualquer restrição quanto ao sexo ou ao perfil socioeconômico. Quanto à faixa etária, optou-se por entrevistar maiores de 18 anos, que não precisasse da autorização de um responsável. Apesar do surgimento de diversos relatos sobre o sofrimento de menores de idade no conteúdo das entrevistas (o percurso de adoecimento/sofrimento de alguns entrevistados inicia-se na infância ou adolescência), não houve qualquer indicação do gênero para a realização de entrevistas. A amostra foi composta por 3 (três) homens e 8 (oito) mulheres entre 19 e 51 anos, moradores da cidade do Rio de Janeiro (com exceção de uma pessoa, residente em Cachoeiras de Macacu), de classe média e com os seguintes níveis de escolaridade: ensino fundamental completo (1), ensino médio completo (4), ensino superior incompleto (2), superior completo (1) e pós-graduação (3).

Não foram incluídos no estudo todos aqueles que não desejaram participar ou que apresentassem aqueles com algum tipo de deficiência mental que os tornasse incapazes de tomar sua própria decisão. Pessoas em crise ou em risco de suicídio tampouco foram incluídas da amostra. Caso tivesse havido essa percepção por parte da pesquisadora, teriam sido imediatamente encaminhadas para atendimento, o que não ocorreu. Dessa maneira, o estudo foi conduzido sem a utilização de sujeitos vulneráveis, incluindo-se nessa categoria sujeitos em coma, com prejuízo do campo da consciência (desorientação espaço-temporal: geralmente síndromes organo-cerebrais) ou padecendo de ansiedade

intensa, ataques de pânico, ou intoxicação, dada a sua incapacitação para autodeterminação e, por conseguinte, escolha de participação em uma pesquisa.

No que diz respeito a isso, cabe aqui dizer que em uma pesquisa anterior – “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na AP1&3 através de um serviço de emergência psiquiátrica”, aprovada pelo CEP da EPSJV (CAAE n.º 0011.408.0.000-09) – realizada pelo grupo de pesquisa coordenado pelo Prof. Dr. Estellita-Lins em um ambiente hospitalar, ocorreram apenas 2 (dois) casos após o recrutamento de mais de 100 (cem) sujeitos. A exclusão de sujeitos em situação de vulnerabilidade psíquica ou crise não impossibilitou que fossem entrevistadas pessoas em tratamento psiquiátrico, psicológico ou adstritas a algum serviço de saúde mental. Isso porque nenhum desses aspectos implica necessariamente uma diminuição na responsabilidade civil, inimputabilidade ou a impossibilidade de responder por si mesmo ou por seus atos.

2.3. ESTAR NO CAMPO E SER DO SANTO: IMPLICAÇÕES E CONSTRUÇÃO DE UM NOVO LUGAR

Mercante (2012) ressalta que muitos dos pesquisadores de religiões já são inseridos nesses espaços religiosos, contudo, essa experiência não é discutida explicitamente no texto acadêmico – ainda que presente de forma velada, pois seu lugar de fala jamais será “externo”. Esse aspecto, que pode ser considerado problemático, é visto por essa perspectiva não como uma ameaça à validade da pesquisa, mas sim como um modo de (re)enquadrar e definir honestamente para o leitor o olhar do observador.

A dupla iniciação, como pesquisadora e candomblecista, é, indubitavelmente, uma marca deste trabalho. Em consequência disso, a construção desse híbrido e complexo lugar merece ser tratada com alguma profundidade. Ser de candomblé e também pesquisador, sobretudo no âmbito da antropologia e das ciências sociais, mostra-se uma questão distante de um consenso. Ferretti (1991) observa que diversos autores no campo há muito abordam essa inserção em seus trabalhos, fazendo alusão a alguns deles, que serão referidos a seguir. Arthur Ramos (1934) admite ter se iniciado como Ogan no Terreiro do Gantois para fins de pesquisa. Bastide (1971) chegou mesmo a dizer que se considerava africano por ter sido aceito em uma seita afro-religiosa da Bahia. Adicione-se a esse grupo o emblemático caso de Pierre Fatumbi Verger, que chegou a se iniciar como babalô no Benin.

Já René Ribeiro (1952 *apud.* FERRETTI, 1991⁸) adverte a necessidade de que o investigador prescindia de uma inserção na hierarquia do grupo, eximindo-se com isso dos compromissos rituais, de tomar parte em conflitos internos e externos ao terreiro e podendo com isso manter uma maior liberdade de pensamento. Diz também que, sem se desligar dos atributos de sua classe social – limitantes da sua aceitação pelo grupo –, inclui-se na categoria de "confidente simpatizante". Prandi (1991) recomenda a substituição do termo observação participante por observação sistemática, com o objetivo de demarcar o lugar de não-iniciado/militante do pesquisador, enquanto Durham (1986) sugere a adoção do termo "participação observante" para definir a estratégia metodológica de antropólogos previamente inseridos ou engajados nos grupos sociais que estudam.

Juana Elbein dos Santos (1976), iniciada no Axé Opô Afonjá, salienta a premência iniciática e a construção de uma observação "desde dentro para fora" na pesquisa antropológica em terreiros de candomblé. Seu argumento sustenta-se na premissa de que a obtenção dos dados nesses locais, bem como sua interpretação exigiriam que o pesquisador seja um iniciado, pois só isso possibilitaria acesso a partes significativas dos ritos que são secretas.

Ferretti (1991) problematiza esse olhar ao colocar em xeque a facilidade do acesso ao conhecimento litúrgico e aos rituais por parte do iniciado, principalmente os mais novos. Segundo ele, "tanto o devoto quanto o pesquisador tem que enfrentar dificuldades e reticências dos mais velhos em transmitir o que sabem" (p. 9). Além disso, entre o pesquisador que se inicia e o iniciado que vira pesquisador existem outros tipos de inserção no campo dos quais essa dicotomia não daria conta (incluindo-se aí os pesquisadores não iniciados, que são vários).

O *anthropological blues* (DA MATTA, 1978), constituído pela condução da aproximação e do distanciamento do campo de pesquisa, cujas notas vêm permitir transformar o familiar em exótico e vice-versa (p.4), se encontraria por detrás da inserção etnográfica nos seus diferentes gêneros e possibilidades. Sendo assim, se

a iniciação dos antropólogos nas religiões afro-brasileiras é um recurso frequente de aproximação aos valores do grupo, a forma como os próprios antropólogos se posicionam, em seus discursos, frente às

⁸ RIBEIRO, R. Cultos afro-brasileiros do Recife. Recife: IJNPS, 1952.

crenças que compartilham com os membros dos terreiros, revela os limites e a complexidade desse jogo de aproximação e distanciamento existente entre eles (SILVA, 2005, p.101).

Alinhando-se a esse caminho, Cruz (1995) iniciado no candomblé e antropólogo, ao se propor a investigar ritos funerais em sua própria Casa de Santo, pontua que, se por um lado, as descrições e interpretações formuladas por um não-iniciado podem ser equivocadas e empobrecidas, por outro, seria

o esforço analítico realizado pelo etnólogo iniciado extremamente complicado. A opção profissional e a militância religiosa se sobrepõem facilmente. Deste modo, o olhar antropológico peculiar do pesquisador e sua maneira de experimentar a religião poderão se embaralhar numa “terra de ninguém” ideológica que pode ser tão má no âmbito da crença, como para a qualidade do trabalho pela arbitrariedade do recorte etnográfico realizado por alguém que “já sabe de tudo!” (*ibidem*, p. 13).

Na experiência do campo, por vezes essa espécie de suposto saber autoinflingido trouxe dificuldades, especialmente na realização das entrevistas. Foi necessário um esforço de manutenção do questionamento, mesmo diante de termos comuns na comunidade de terreiro, como “padê”, “ebó”, “bori” e “bolar”. Esses verbetes, do ponto de vista da filha de santo, são praticamente jargões, óbvios ululantes no convívio dentro do Axé; ao mesmo tempo, para a pesquisadora, mostram-se como uma possibilidade aberta aos mais diversos sentidos a serem acessados, problematizados e revistos em suas contradições. Talvez por essa dificuldade, a pesquisadora tenha optado por não se colocar como iniciada para os sujeitos de pesquisa, deixando essa informação disponível somente àqueles que sabiam previamente de sua condição e posteriormente à realização da entrevista, quando isso se colocasse como questão. Diante da consideração dos conteúdos por vezes intimistas e geradores de sofrimento, optou-se por não entrevistar irmãos de santo da pesquisadora, a fim de que não houvesse uma evitação em tocar em determinados assuntos devido à proximidade de suas relações.

Não chegou a haver indicações desse tipo, mas se admitiu essa possibilidade, principalmente a partir da constatação do campo (de observação e da entrevista piloto)

de que a narrativa prévia à entrada no candomblé se estabelece como uma espécie de tabu entre os membros da comunidade, compartilhada apenas quando isso parte da própria pessoa, o que implica relações de confiança e intimidade. Dessa forma, se por um lado essa restrição poderia ferir a rede de informantes criada a partir da amostragem por bola-de-neve, por outro evitaria o engendramento de tamanho viés nas entrevistas, o que poderia comprometer o teor e a qualidade dos resultados.

O questionamento sobre esse duplo lugar também foi objeto de problematização nas reuniões de campo, o que em muito contribuiu para que a pesquisadora conseguisse vislumbrar os limites e alcances de suas análises, com toda a angústia que o *blues* antropológico é capaz de gerar.

Foram levados em conta os aspectos êmicos e éticos, sendo os primeiros relativos às descrições em primeira pessoa e os segundos aqueles próprios à observação em terceira pessoa. Oriundo do inglês *emic*, o êmico diria respeito ao estudo na teoria tagmêmica de unidades linguísticas em termos da sua função no sistema a que pertencem, enquanto o ético diria respeito às mesmas unidades, mas em termos físicos, de sua realização concreta (HOUAISS, 2001). Situa-se a pesquisadora, portanto, entre a expressão e a função, como ponte “entre as descrições íntimas e as publicamente observáveis” (MERCANTE, 2012, p. 53). Dessa forma, a mistura e a separação entre os mundos interno e externo dão-se de forma cíclica durante o processo de pesquisa, permitindo que a tentativa de compreender a experiência em um dado grupo social apresente outros aspectos à reflexão que não seriam acessíveis ao olhar somente externo.

Seguindo nessa direção, ficou bastante claro, como também salienta Teixeira (1994), que realizar o trabalho de campo na própria casa de santo é muito diferente de realizar em outra casa (p. 17-18). Se ser reconhecida como iniciada em outro axé contribui para o reconhecimento de certa legitimidade e cumplicidade da pesquisadora – afinal, ela saberia “na pele” pelo que eles passaram, ou como se diz, sabe “o valor de um obi” –, colocar-se como pesquisadora no seu próprio terreiro é bastante complicado. Esse reconhecimento basicamente inexistente. Para ilustrar isso, basta dizer que apenas uma irmã de santo referiu-se ao seu trabalho de pesquisa, pelo menos em relação a ela. Dessa forma, a posição de antropóloga ou etnógrafa não só é invisibilizada, como também difícil de ser afirmada. Isso se justifica basicamente pela intensidade da inserção hierárquica, já que a pesquisadora tinha apenas três anos de iniciada no momento de

realização do trabalho de campo. A mestranda, no entanto, procurou fazer da dificuldade sua aliada, ao aproveitar a situação camaleônica de pesquisa em que se encontrava para buscar tecer suas observações.

Em “O antropólogo e sua magia”, Vagner Silva (2005), iniciado no candomblé e antropólogo, busca problematizar as facetas da inserção na vida de santo e sua relação com a elaboração do trabalho etnográfico. O autor demonstra a falibilidade das tentativas de objetificar a investigação e o relato etnográfico. Elas falhariam em seu intento em virtude das expectativas, intenções, redes de pertencimento, estatutos sociais e ideários político-ideológicos de todos os envolvidos (pesquisadores e sujeitos da pesquisa). Em qualquer tipo de campo de pesquisa, mas sobretudo no religioso, os depoimentos se misturam, se entrelaçam e paulatinamente desfazem qualquer tentativa de separação entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa.

Desse modo, observa que tanto os antropólogos clássicos quanto os contemporâneos percebem-se diante de impasses e problemas semelhantes. A construção de seu lugar é contingente às relações com os observados e essa experiência encontra-se submersa no texto etnográfico, o que talvez seja ainda mais acentuado no trabalho dos pesquisadores contemporâneos.

Parafraseando Lévi-Strauss, Silva debruça-se sobre a "magia" do antropólogo, que viria tornar menos nítidas as relações que se estabelecem dentro e fora do campo, como se os laços de proximidade, a influência sobre os informantes e sua participação nas mudanças no grupo que estuda ficassem invisibilizados. Desconstruindo essa relação enfeitada, ele explora as nuances do que denomina “diálogo etnográfico”, ou seja, o diálogo mantido entre observador e observados no âmbito dos cultos afro-brasileiros. Talvez, tomando como mote essa perspectiva, a substituição do termo “observação participante” esvazie-se de sentido, já que ela por si só está para além da coleta de dados e evidências. Assim, a apropriação do trabalho do antropólogo e o diálogo com ele integram-se às dinâmicas sociais dos grupos em questão sem que seja possível um controle formal dos meandros dessa mescla.

Sendo assim, procurou-se durante todo o percurso de pesquisa valorizar o privilegiado e cansativo lugar do qual a pesquisadora construiu seu caminho de pesquisa, de maneira a exacerbar suas potências e minimizar suas eventuais implicações negativas, como, por exemplo, a preponderância da militância em detrimento do questionamento. Foram

levados em conta também os aspectos relacionados à inserção da pesquisadora como militante da Reforma Psiquiátrica e do SUS e atuante em pesquisas na Fundação Oswaldo Cruz, o que por certo trouxe outros recortes de olhar, expectativas e ensejos de análise.

Esse novo e estranho lugar sem dúvidas trouxe dificuldades, na medida em que em diversas situações do campo esses dois posicionamentos – filha de santo e do SUS – mostraram-se de pouca importância. Aquele que luta deseja vencer, logo, ser reconhecido em sua posição e o que muitas vezes apareceu na pesquisa foi o fato de que esse lugar da militância não era esperado pelas pessoas de santo, que em nenhum momento mostraram uma necessidade de serem defendidas, enquanto no espaço da pesquisa em saúde coletiva, por vezes parecia haver uma maior ênfase no ineditismo ou na excentricidade do que de fato na importância da pesquisa em curso. Mostrava-se ali uma trajetória ao mesmo tempo acompanhada por um enorme contingente acadêmico e/ou religioso, sempre disposto a questionar e opinar (o que contribuiu imensamente para a consolidação de um percurso de pesquisa com o menor enviesamento possível), e solitária, posto que a construção desse lugar era algo a se realizar naquele momento, “sem pódio de chegada ou beijos de namorada”, como diria Cazusa. Parece nesta pesquisa ter se deslindado um caminho que parte da ilusão da cientificidade e que passa pela frustração do heroísmo, chegando à valorização da diferença e à permanência da dúvida diante de possíveis certezas, de onde talvez venha o que de fato esta pesquisa pode trazer de novo ao conhecimento acadêmico-científico.

3. NORMATIVIDADE, ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E NARRATIVAS DE DOENÇA: TRAJETOS, PERCURSOS E DESVIOS INFOCOMUNICACIONAIS.

Ao apontar para a inexistência de uma objetividade no eixo normal-patológico, ao qual não se pode reduzir a experiência de adoecimento, Canguilhem é o primeiro autor a enfatizar uma ruptura entre a racionalidade médica e a perspectiva do doente, na medida em que a doença é vista aqui como algo que diz respeito ao organismo em sua totalidade (CANGUILHEM, 1995). Quando se refere à ideia de organismo, esse autor escapa às concepções mecanicistas que equiparam o organismo a uma máquina, propondo que se tome como norte a sua relação com o meio em que vive que o torna sempre maior do que a mera soma das partes.

Simultaneamente à tentativa de delimitação de uma normalidade estabelece-se a normatividade, ou seja, a criação de novas normas por parte do vivente, de forma que tanto o adoecer quanto a cura dizem respeito a uma experiência vivida e a uma reconfiguração do estar-no-mundo por meio da criação de uma nova norma. Nas palavras do filósofo,

o fato patológico só pode ser apreendido como tal – isto é, como alteração do estado normal – ao nível da totalidade orgânica; e, em se tratando do homem, ao nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal. Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra (CANGUILHEM, 1995, p. 64)

Aspectos qualitativos do *continuum* saúde-doença, outrora negligenciados na fundação da medicina científica moderna, reencontraram os quantitativos definidores das fronteiras entre o normal e o patológico. Por esse raciocínio, teria Canguilhem defendido “a tese de que há uma necessária reconciliação do quantitativo com o qualitativo na medicina contemporânea, especialmente a partir de questões suscitadas pela prática terapêutica” (ESTELLITA-LINS, 2007, p. 365). Assim, doença e cura antes diametralmente opostas aproximam-se e passam a ser vistas como fases de um mesmo processo, no qual se insere o doente que busca dar um sentido a seu padecimento (SOARES; CAMARGO JR., 2007). Caberia, assim, aliar as investigações em torno da experiência de adoecimento/sofrimento às potências da normatividade vital, em uma tentativa de situar o trabalho de Canguilhem em relação aos problemas da antropologia

médica e sociologia da medicina norte-americana, tarefa à qual Estellita-Lins e seu grupo vêm se dedicando nos últimos anos.

A abordagem das narrativas de doença ou *illness narratives* cunhada por Kleinman (1988a) parte do conceito de “experiência de doença” para abordar sua dimensão de sofrimento. Reconhece-se, porém, a importância de outras noções afins como a de *illness behaviour* e *health seeking behaviour*. A primeira, criada ainda nos anos 60 por Mechanic & Volkart (1960), evidencia que a procura de ajuda e o uso dos serviços de saúde mental estão diretamente associados ao modo como as pessoas e sua rede social percebem a doença. Não se trataria de uma escolha aleatória, mas de uma resultante de fatores e mudanças sociais. Já a segunda ideia surge junto com os programas de promoção de saúde, na tentativa de explicar os diferentes usos dos serviços de saúde a partir de uma perspectiva dinâmica e interacional (MCALPINE; BOYER, 2006).

A “experiência de adoecimento” refere-se à forma como os indivíduos se colocam diante uma dada situação de doença, em um processo intersubjetivo de construção de significados. Tal visão parte do pressuposto de que o processo saúde-doença-cuidado só pode ser entendido quando associado ao modo de vida da pessoa e ao seu universo sociocultural. Kleinman observou, porém, que ao estudar essa experiência por meio de narrativas, estaria em pauta a apreensão da própria “experiência de sofrimento” (KLEINMAN; KLEINMAN, 1996, p.2). Esta experiência não é unimodal, variando espacial, temporal e culturalmente. A obtenção da narrativa, assim, permitiria uma aproximação dela, dado que a narrativa de doença

é uma história que a pessoa conta, e seus cuidadores (re)contam, para dar coerência aos distintos eventos e a um período longo de sofrimento. (...) As narrativas pessoais não refletem somente a experiência de doença, mas contribui com a experiência dos sintomas e com o sofrimento (KLEINMAN, 1988a, p. 49)

Ao construir a narrativa de adoecimento, assim, é possível ao doente e a seus cuidadores ressignificar esse processo, e disso pode advir um valor terapêutico possibilitado pelo *self-disclosure*, ou seja, pela criação de uma abertura para fala e expressão de pensamentos e sentimentos (BTESHE, 2013) que se funda nas entrevistas de narrativas.

A experiência de adoecimento, inclusive o mental, coloca para aquele que a vivencia um problema que não se satisfaz com uma possível apreensão de *como* se instaurou o referido estado. Coloca-se em pauta o *porquê*, o que conduziria não só ao

questionamento dos discursos e práticas legitimados – neste caso, o saber (bio)médico e o triângulo “psi” (psicológico, psiquiátrico e psicanalítico) -, mas sobretudo à busca dentro dos recursos disponíveis na esfera social por explicações e principalmente soluções (LAPLANTINE, 2010, p. 235). A questão central parece ser eminentemente semântica, ou seja, sentir-se doente traz em seu arsenal um processo de significação que envolve conteúdos convergentes, intercambiáveis e mesmo antagônicos entre si. Por isso mesmo, uma investigação voltada para essa atribuição de significado à experiência de doença ao mesmo tempo impõe limites e abre diversas possibilidades de análise.

Estão em jogo na construção do dito itinerário terapêutico toda uma série de escolhas (solitárias ou compartilhadas), barganhas, modos de compreender e lidar com o sofrimento que nunca estão dados de antemão (PINHO; PEREIRA, 2012). Visões e decisões contraditórias e afins mesclam-se e distinguem-se nessa disputa semântica que, novamente, ressalta o caráter experiencial e intersubjetivo do famigerado processo saúde-doença, que envolve diversos aspectos concernentes à escolha e aderência às formas de tratamento. Por isso, ao abordá-lo, é preciso que se leve em conta a diversidade de possibilidades de cuidado (in)disponíveis, bem como as diversas relações envolvidas nas tomadas de decisão e na construção do itinerário terapêutico.

As definições de situação, bem como a natureza das relações intersubjetivas envolvidas no processo de tomada de decisão são aspectos fundamentais a serem considerados na construção do itinerário terapêutico e está em seu bojo todo um contexto atravessado por “instituições, representações coletivas e relações sociais que os indivíduos reinterpretem, recompõem, em função das situações e restrições existentes” (GERHARDT, 2006). Fassin ⁹(1987, 1992 *apud*. GERHARDT, 2006) pontua que causas estruturais, conjunturais e múltiplas lógicas estão envolvidos na busca por tratamento, de forma que interpretações lineares ou mesmo tentativas de formalização desse processo tornam-se inviáveis.

Kleinman (1980), um dos pioneiros no estudo e conceituação dos itinerários terapêuticos, dá visibilidade aos aspectos culturais e sociais envolvidos na busca por cura e/ou tratamento. Ele considera que o processo de busca por cuidado não se restringe aos serviços e instituições de saúde – prestigiadas por fundarem suas ações de

⁹ FASSIN, D. *Entre pouvoir et maladie en Afrique*. Paris: PUF; 1992.

FASSIN, D. Pauvreté, urbanisation et santé. Les inégalités d'accès aux soins dans la banlieue de Dakar. *Psychopathologie Africaine*, v. 21, n. 155-176, 1987.

cuidado em um conhecimento científico, por vezes tomado como verdadeiro e seguro, mas atravessa os já citados subsistemas familiar, profissional e popular, situando-se neste último as crenças religiosas.

Em obra predecessora, o mesmo autor (1978) considera que seja possível diferenciar a existência de setores com capacidade de interação nos sistemas de saúde locais. Os sistemas de saúde congregam ideias e noções acerca das causas de adoecimentos e de seus tratamentos, trazendo em seu bojo a miríade de aspectos culturais que expressam a resposta social diante das necessidades de saúde. Dentro dele diversos setores com suas respectivas práticas, conceitos e saberes interagem entre si, estabelecendo relações de cooperação e competição. De modo geral, o setor que ocupa o lugar de referência quanto aos demais é o dito setor oficial calcado na práxis e no arcabouço teórico da biomedicina.

Em sua investigação acerca dos itinerários terapêuticos de moradores de um município da Baixada Fluminense, Loyola (1984) observa que a “clientela” seleciona e busca tratamento a partir de uma classificação prévia do tipo de doença em questão, que pode ser espiritual ou “material”. O que não quer dizer, entretanto, que uma delimitação entre essas duas tipologias dê-se efetivamente; parecem, ao contrário, confundir-se e não se constituiriam como realidades independentes, com relativa preponderância dos cuidados religiosos em relação aos médicos, que só seriam buscados em casos considerados de maior gravidade. A figura do médico, para além da legitimidade de seu saber, apareceria como alguém de quem “se espera uma eficácia superior a dos outros meios terapêuticos já tentados” (*ibidem*, p.23). Como enuncia a socióloga,

quando ocorrem de procurarem um profissional médico e em seguida um especialista espiritual, e novamente, outro médico, se os diagnósticos médicos são diferentes e o segundo contesta o primeiro, a melhora ou cura do paciente são atribuídas ao especialista espiritual, sendo que a eficácia da medicina não é contestada, os dois profissionais médicos são tidos como eficientes (LOYOLA, 1984, p.174).

Em um estudo sobre a construção em diversos espaços religiosos do primeiro surto psicótico de adolescentes, verificou-se que recorrentemente a família acreditava ser importante conjugar as formas de tratamento espiritual e psiquiátrica (REDKO, 2003). Procurar um médico, um centro espírita ou pedir a receita de um chá a um familiar, são

algumas das várias alternativas possíveis e não necessariamente excludentes entre si. Ao contrário, como aponta Kleinman (1988a), recorrer a diferentes (e mesmo antagônicos) recursos na construção do itinerário terapêutico é algo bastante comum.

Posto esse referencial, serão exploradas agora algumas dimensões importantes relacionadas ao fluxo de busca, no sentido de que sejam consideradas as mudanças de direção e intensidade, por cuidado e remissão do sofrimento em serviços de saúde e terreiros de candomblé.

4. LOUCO E SANTO: RESSIGNIFICAÇÃO E TRANSMUTAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS

A loucura mostra-se como algo corriqueiro no território semântico do senso comum. Uma infinidade de gírias e expressões populares – “Você está maluco?!” e “Que loucura!” são apenas alguns exemplos –, como também manifestações artísticas mais ou menos eruditas mostram que o imaginário em torno da loucura mais e mais se difunde das formas mais variadas. O uso trivial do termo, porém, traz em seu bojo uma gama infinda de questões relacionadas principalmente aos valores e concepções agregados à loucura. Se esta, como já foi dito, é circunscrita historicamente, também o é cultural e socialmente.

No caso desta pesquisa, os sujeitos correspondem a uma parcela muito particular da população: adeptos do candomblé do Estado do Rio de Janeiro. Dísparos em termos de idade e formação escolar e profissional, assemelham-se em diversos aspectos em sua trajetória cultural, espiritual e religiosa. Os dados demonstram que a experiência da loucura mostra-se muito presente na introdução dessas pessoas no candomblé. Uma das facetas da loucura que surge no material empírico diz respeito à sua negação, ou seja, a uma autoavaliação por parte daquele que se vê em sofrimento e de um reconhecimento de que aquilo deve possuir outro fundo.

Achei que era louco. (E1)

Louca eu sei que não tô. (E2)

Eu não sou assim. Tô louco. (E9)

Eu acho que assim, a certeza de que assim, aquela coisa de que eu não era maluca. (E8)

Eu já tinha tido assim algumas provas de que não era uma loucura total. (E8)

Ou eu estou com algum problema sério de cabeça ou é uma coisa que eu tenho que cuidar na casa de santo. (E6)

E aí falou: - Ou minha filha é louca ou tem alguma coisa... (E7)

Porque eu já vinha nessa de querer entender essa coisa toda, que não era uma maluquice, que eu não era louca, então pra mim isso era muito importante. Porque loucos todos nós somos, todo mundo tem um problema pra entender, pra compreender, pra aceitar, todo mundo tem alguma coisa, né? Então, fica nervoso, a gente tem essas coisas, tem esses desvios. (E8)

si mesma, às suas contradições. Não ignoramos aqui o processo de adoecimento, de patologização do indivíduo através da loucura; aquilo a que nos contrapomos, aqui, é a construção social de cunho moral acerca dos ditos loucos, das concepções pré-postas em relação à loucura e ao pensamento delirante e, por que não, radicalmente criativo, como a produção política que propomos na junção filosófica humanização/loucura. (FILIPPON; KANTORSKI, 2012, p.671)

Por esse raciocínio, os entrevistados parecem ocupar uma posição híbrida, visto que não se reconhecem como loucos – o que parece estar fortemente ligado ao engajamento em um tratamento psiquiátrico em termos estritos –, mas temem serem vistos como tal e consideram ameaçadora essa posição. Com vistas a se salvaguardarem, criam suas próprias teorias acerca de sua experiência de sofrimento, cujo enquadre espiritual parece resguardar do estigma da loucura, independentemente de sua factualidade no que diz respeito a critérios diagnósticos em psiquiatria. Com relação a isso, a “despatologização” do transe e de experiências mediúnicas ganham destaque.

Então eu tenho que crer nisso porque eu não sou maluco. Não tenho esquizofrenia. Não tenho surto psicótico, indiferente, nem variação de humor e nem vou dizer “Ah! Tô fazendo esse negócio de hipnotismo”. (E9)

Porque chega um momento você fala assim: - Caraca! Eu sou esquizofrênica, né? Porque eu ouço vozes. (E8)

Até que as coisas começaram a ficar mais habituais e aí eu falei: - Gente! Eu estou maluca! (E8)

A sensação que eu tinha no momento era que eu estava enlouquecendo. (E6)

Nos recortes acima os entrevistados reportam-se às suas manifestações mediúnicas, equiparando-as a fenômenos frequentemente tidos como patológicos, seja no senso comum quanto no território científico e/ou especializado – principalmente se for considerada a premência e a potencialidade do intercâmbio entre ambos, permitindo sua dupla e simultânea reconfiguração¹⁰.

A religiosidade é vista de modo negativo pela psiquiatria e as experiências místicas que engendram são muitas vezes encaradas como indícios psicopatológicos. Loucura e

¹⁰ Essa discussão escapa aos motes desta pesquisa. Para maior detalhamento, sugere-se a leitura e SANTOS, B. S. Ciência e senso comum. In: _____. Introdução a uma ciência pós-moderna. 6 ed. Porto: Afrontamento, 1989, p. 33-49.

religião mostram-se amalgamadas ao olhar da psiquiatria (GREENBERG; WIZTUM, 1991; GREENBERG; WIZTUM; BUCHBINDER, 1992; CASTILLO, 1994, 2003), da psicanálise e psicologia (FREUD, 1996a; FREUD; 1996b; JUNG, 1994). Desordens narcísicas, psicoses, esquizofrenias, transtornos de personalidade e dissociativos misturam-se e separam-se entre seus referenciais teóricos em tentativas mais ou menos bem-sucedidas de dar conta do místico ou daquilo que se mostra incompreensível. Contudo, essa patologização da experiência religiosa escapa aos muros da academia e das clínicas psis e se estabelece no senso comum, o que contribui fortemente para que os estigmas da doença mental e da vida religiosa se tornem mais e mais arraigados. Isso porque, ao se fornecerem teorias e explicações para essa cisão, torna-se ainda mais palatável a separação e menos permeável a aproximação com esse reconhecido desconhecido.

De acordo com o material empírico, foi possível observar a presença de algumas formas bastante específicas do padecer daqueles que vieram a procurar terreiros de candomblé com fins a obter ajuda e/ou tratamento. Uma primeira delas teria a ver com a ocorrência de desmaios ou experiências de “ausência“. Seria possível, com relação a esse primeiro grupo de manifestações e sinais, fazer uma equiparação com uma vasta gama de transtornos, como por exemplo, os dissociativos, e de sintomas somáticos (APA, 2013), epilepsia, entre outros.

Em consonância com o DSM-V¹¹, pode-se dizer que os transtornos dissociativos são caracterizados por uma interrupção ou descontinuidade da dita “integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação do corpo, motricidade e comportamento” (*ibidem*, p. 291). Estão incluídos em seu escopo alguns transtornos, tais como o dissociativo de identidade, amnésia, despersonalização/desrealização, outros transtornos dissociativos especificados e ainda o não-especificado. De acordo com o referido manual, seriam experienciados como intrusões na consciência e comportamento, envolvendo perdas de continuidade na

¹¹ Versão mais atual do Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders, encontra-se na sua quinta edição e consiste em um manual diagnóstico e estatístico feito pela Associação Americana de Psiquiatria para definir os critérios diagnósticos para a detecção de transtornos mentais. Desde a sua primeira edição, datada de 1952, é possivelmente a principal referência de base para a construção de diagnósticos em Psiquiatria. Envolvendo mudanças importantes, tem sido alvo de diversas críticas por parte significativa dos profissionais de saúde mental em todo o mundo.

experiência subjetiva, como também a incapacidade para acessar informações ou controlar funções mentais que em situações normais estariam disponíveis.

Quanto aos transtornos que envolvem sintomas somáticos ou correlatos, no mesmo documento observa-se que o mesmo é definido com base nos seus sintomas positivos, que envolveriam, além dos sintomas somáticos em si acoplados a pensamentos, sentimentos e comportamentos que poderiam ser considerados anormais para além da presunção de um estatuto de verdade no sintoma; inclusive, a inverificabilidade de uma alteração orgânica subjacente a ele é considerado um critério diagnóstico.

Encontra-se fora das pretensões deste trabalho um debate denso acerca da pertinência e dos ganhos ou prejuízos advindos dessa nova classificação, no entanto, era indispensável apresentá-la. Isso porque esta representa os moldes dos diagnósticos psiquiátricos a partir dos quais as diferentes manifestações de sofrimento descritas pelos sujeitos da pesquisa poderiam ser abordados. Se nos interessa aqui pensar os signos envolvidos nesses moldes do sofrer, é imprescindível olhar para os idiomas aos quais se pode recorrer para traduzi-los.

Os desmaios, amnésias e experiências de apareceram com alguma frequência nos depoimentos dos entrevistados, como se pode observar a seguir:

Eu apresentava alguns problemas de desmaio Uma coisa me tirava do chão. (E1)

Ela desmaiava. Ela desmaiava e não voltava. (E3)

Então eu lembro de ter caído, desmaiado, eu desmaiava. (E8)

Eu desmaiei doze vezes. Fui levada pro Carlos Chagas com, com crise convulsiva, aparentemente inexplicável. (E2)

Minha filha nasceu, meses, pequena ainda, minha sogra morava em Bangu. Ai nós fomos vê-la. Quando nós voltamos, eu vinha com minha filha na frente, naquela época não tinha esse problema de ter que andar atrás e eu apaguei com minha filha. Puf! (E8)

A ocorrência dos desmaios mostrava-se relativamente frequente e em geral era mais relacionada à vergonha do que propriamente à sinalização de que poderia haver algum problema de saúde. No entanto, todos aqueles que apresentavam esse tipo de manifestação procuraram algum serviço de saúde, principalmente emergências e

clínicos gerais. Percebeu-se, todavia, que os desmaios e as chamadas ausências, entendidas ora como a perda total da consciência, ora como o efeito da ascendência de alguma entidade, em nenhuma das entrevistas foram o único “sintoma” manifesto. Em todas elas, vinham acoplados a alguma questão somática como a perda do controle de esfíncteres, dores de cabeça e manifestações dermatológicas (bolhas e inflamações cutâneas) ou à manifestação de algum espírito/ entidade. Em um dos casos houve inclusive a percepção de uma triangulação entre sintomas somáticos, dissociativos e transe, configurando-se nele um curioso espectro de sinais e sintomas.

Na literatura é possível verificar a conexão entre o transe e experiências dissociativas e conversivas (SELIGMAN, 2005), no entanto, isso não se mostrou necessariamente como motivo de sofrimento no depoimento dos entrevistados. A conexão entre transe e sofrimento mostra um forte cunho moral, calcado em três pilares, a saber: ser visto como louco, como alguém que quer “chamar atenção” ou mesmo por ser percebido como médium ou santo na comunidade. Nessas três vias, o incômodo e a dor relacionados ao transe relacionam-se ao descontrole sobre sua ocorrência e manifestação em locais públicos.

Curiosamente, após a inserção no candomblé, seja por meio da realização de um Bori ou da feitura do santo propriamente dita, a experiência do transe perde seu caráter problemático. Isso vai ao encontro de proposições de Bastide (2001), que pontua o impacto da experiência de transe no *abian*. Este, segundo o autor, por não ser iniciado, não conseguiria sustentar a energia do orixá, podendo apresentar crises semelhantes a uma convulsão ou enrijecimento corporal, o que o autor denomina de transe selvagem, que viria a se opor ao transe domesticado, possível após a iniciação. Essa distinção, ainda que não nomeada dessa forma pelos entrevistados, aparece com alguma clareza em suas falas, como se pode ver a seguir:

E eu comecei a sentir coisas que até então eu não sentia. (...)Vibrações. Coisas assim, físicas, vibrações físicas assim no corpo que eu não sentia. Primeiro de tudo assim, um bem estar, que eu comecei a sentir de eu tá ali naquele meio, fazendo tudo aquilo que era uma tradição da minha família, uma coisa que todos faziam. Segundo, nos toques e nos, nos rituais assim, como é que eu posso falar assim, as ausências. Como assim ausência? É, digamos assim, eu tô num lugar, eu tô vendo, eu tô ouvindo tudo ao meu redor, mas eu não consigo sair daquele local onde

eu estou. Eu não consigo tomar decisões. O meu corpo já começa a fazer coisas involuntárias, que até então eu não pensava em fazer. (E9)

A última lembrança que eu tenho é de cair mesmo. A sensação que eu tive, na verdade, é como se eu tivesse escorrido. Ela estava me segurando, era como se eu tivesse escorrido nos braços dela. E depois ela falou que eu fui voltando e era o meu orixá. (...)Eu fui para casa pensando: Eu acho que meu orixá escolheu a casa que ele quer ficar, eu acho que meu orixá está indicando o lugar onde eu tenho que ficar. (E6)

Nanã, foi Nanã, vamos dizer, que me orientou. Ela orienta de uma forma mais dura, mas eu precisava! (...)Ela veio em mim, ela apareceu... Uma experiência de transe... Mas muito mais forte, física mesmo. Uma experiência de transe forte fisicamente na verdade... (E7)

Eu disse que tinha fé quando eu estava com a minha mãe, hoje é uma fé quase celular, que está na célula. Quando o orixá vem para nós, vem no nosso corpo, para ele chegar na minha cabeça, ele “pega” o que é mais vivo, as células, tudo que está funcionando de vida. Então essa relação celular se dá assim. Quando eu falo que é outro tipo de entendimento, parece que o corpo reconhece. (E7)

Tanto E6 quanto E7, que não passaram pela iniciação propriamente dita, referem-se de modo quase poético às suas experiências de transe dentro da casa de candomblé, dando a ela uma conotação de encontro com seus orixás – de maneira que o transe possuiria uma função mediadora – de forma pacífica e densa do ponto de vista afetivo. Referem-se, porém, às suas experiências de transe anteriores como algo que gerava revolta, vergonha e mesmo profunda tristeza:

No entender das pessoas que estavam ali, é como se acontecido... Tivessem sido várias coisas ou várias entidades, entendeu? Como se fossem, talvez, várias personalidades, se quiser levar por esse lado. E a última, a última foi... Era como se fosse uma energia muito ruim. A última coisa... Realmente eu chamo de coisa porque... Eu sei que eu acordei eu estava dentro do armário da casa da minha amiga, do armário dela, da parte de calçados. E a última sensação que eu tenho, a última coisa que eu me lembro antes de ir pra lá era que eu precisava de um lugar escuro pra ficar, e lembro só disso, de ir engatinhando pra dentro do armário dela. E na minha cabeça, o que eu me lembro foi que isso aconteceu em uma questão de segundos. Ela me disse que eu devo ter ficado uns cerca de uns cinco minutos ou um pouco mais dentro do armário. Isso tudo pra mim foi

muito rápido! E aí, por isso é que foi ruim por que foi realmente uma energia ruim, uma sensação ruim, uma sensação de muita dor, de muita.... E fora que é... Era uma coisa que eu não conhecia, então.... (E6)

Ficava pê da vida, ficava chateadíssima! Que história é essa de ir entrando no meu cérebro sem eu dar consentimento? Não pode, o corpo é meu! No candomblé eu fui ver que não é bem assim, graças a Deus! (E7)

O embaraço diante das pessoas e a perda de autonomia emergem nesses relatos de maneira intensa, entretanto, fazem-se presentes em outras experiências de transe, como manifestações de entidades de umbanda. Sua aproximação, porém, é melhor acolhida socialmente quando permitem àquele que por ela passa negociar e dialogar com as pessoas ao redor, dispondo-se a ajudá-las ou conversando acerca de assuntos fora do conhecimento daquele que a incorporou. Em alguns relatos, o fato de a entidade se referir a algum episódio desconhecido pelo seu “cavalo” daria credibilidade e conduziria a uma valoração positiva da experiência de transe. Ainda assim, mesmo diante da aprovação e agradecimento, permanece o incômodo que estaria relacionado justamente à não-participação em um centro de umbanda e ao desconhecimento e perda de domínio de seu corpo e faculdades mentais.

Aí eu comecei realmente a ter, a receber entidades mesmo. Eu lembro que tinha uma que era Boiadeiro, eu lembro que tinha um que era Tranca-Rua... Zé Pelintra, tudo exu! Eu lembro que algumas entidades começaram a aparecer com mais frequência e eu não frequentava nada e aquilo me incomodava bastante! Porque numa comunidade como aquela esse tipo de coisa se espalha com muita tranquilidade, quando eu vi tinha gente na porta da minha casa querendo consulta e eu achei aquilo um absurdo! (E1)

E1 deixa claro o seu mal-estar diante dessa experiência, mesmo com o reconhecimento da legitimidade da entidade que se manifestou diante do transe. Se ele poderia vir a se sentir confortável ou mesmo honrado com a procura de seus vizinhos pela ajuda das entidades, E1, contrariamente a essa expectativa, sente-se atingido em sua intimidade quando as pessoas se dirigem à sua casa em busca desse tipo de auxílio, mesmo que ele não fosse vinculado a um grupo religioso que permitisse e mesmo incentivasse tais eventos.

Mas isso até que foi legal porque me deu um respaldo muito bom porque segundo essa menina, essa minha amiga que é madrinha da minha filha, ela falou que essa entidade virou pra ele e falou: - Cadê o meu boi? - Ai ele ficou olhando, ele virou assim, e falou: - Olha só, né, e falando eu era dele, ele era dele, uma coisa dessa confusão... E falou: - Cadê o meu boi? Pode vir quem quiser, que eu só vou embora se você disser que vai me dar meu boi. Você não deu. – Enfim, se acertaram lá e aí fui embora e no dia seguinte quando eu retornei, pra passar essa situação, pra falar com o médico, eu também fui ao gabinete do diretor, e o diretor me mostrou o fio de conta dele, que ele era de Angola e aí essa entidade é um boiadeiro que eu carrego até hoje. E aí ele falou: - Realmente eu devia um boi, já está tudo certo, e eu quero convidar você a ir... - Eu não vou a lugar nenhum (riso). Eu tinha pavor, pavor. A minha amiga lembra muito bem disso. Todo mundo queria ver a cara dele. O sonho de todo aluno era ver o diretor, né, totalmente desconstruído. Esse foi o momento que ela viu o diretor completamente desconstruído. (E8)

Dessa forma, o sofrimento oriundo do transe parece estar assaz relacionado ao seu não-reconhecimento por parte daquele que a vive como algo inerente ao seu cotidiano, com um enquadramento social específico que ele deve procurar de forma livre e autônoma. Ao tempo em que o transe ocorre de forma descontrolada e fora de ambientes considerados pelos entrevistados como adequados para a sua ocorrência, isso permite atribuir a ele um caráter problemático. Mostra-se aqui produtivo recorrer ao conceito de empowerment ou empoderamento.

Pensado no âmbito da saúde pública, este conceito encontra suas raízes em diferentes domínios do conhecimento; sua discussão inicia-se no âmbito das lutas pelos direitos civis na segunda metade do século XX e a partir dos anos 80 chega à psicologia comunitária e aos movimentos sociais, relacionando-se à afirmação do direito à cidadania nas mais variadas esferas da vida social, entre elas a prática médica e a educação em saúde (CARVALHO, 2004). Por essa via de raciocínio, estaria relacionado à autonomia em detrimento do isolamento, o que o conecta à participação social e domínio sobre as diversas dimensões da existência (política, existencial, filosófica, dentre outras). Mostrar-se-ia, assim, um conceito fértil, mas que exige um aporte teórico robusto que permita seu uso crítico e não como um simples mote ou objetivo a ser alcançado.

Nesse sentido, a ressignificação da experiência do transe através da busca ativa e não imposta por um ambiente em que a mesma seja acolhida e esperada fornece subsídios para que a pessoa se repositone diante do transe ao adquirir controle e expectativas a partir do momento em que lhe atribui sentido. Assim, procurar o terreiro e inserir-se nessa vida comunitária pode ajudar a formular uma nova compreensão acerca do transe e do seu próprio papel nessa experiência. Isso não significa, porém, que a partir desse momento o transe seja totalmente desprovido de sua carga de dúvida e questionamento e mesmo de dor. Um dos depoimentos coletados evidencia que o incômodo pode permanecer mesmo depois da iniciação, como relata E8, que possui já 18 anos de “feita” (expressão comum para designar os iniciados no candomblé):

Só quando eu realmente eu ia virar. Aí era aquela sensação, até hoje, pra eu virar e eu desvirar é um problema muito sério, que é uma força aí, parece até um condicionante, entendeu? Já falei que eu tenho que resolver esta situação, que ninguém passa por isso, porque é só eu tenho que passar?! Todo mundo faz numa boa. Só eu que tenho essa sensação do vou morrer, e pra voltar parece que eu tô saindo de dentro, de dentro de um lago, né. Falta o ar, né, a sensação da questão do ar, que eu acho que isso precisa ser resolvido. Como isso vai ser resolvido na minha cabeça, né? Eu ainda não parei pra pensar nesse processo do transe e o processo de sair do transe, né? E fica, meio, não é um processo dolorido, mas é um processo cansativo. É, eu vejo que tem gente que tem um processo muito mais calmo, eu tenho um processo muito violento... (E8)

A entrevistada reconhece seu transe como um problema a ser resolvido, na medida em que percebe a permanência de um sofrimento, tanto para entrar, quanto para sair dele. Paradoxalmente, ela aproxima o transe de uma sensação de “quase morte”, ao mesmo tempo em que enfatiza que o mesmo não é dolorido, mas gera um cansaço e é “muito violento”, segundo suas próprias palavras. Ainda assim, a entrevistada não localiza o transe como algo a ser tratado em termos médicos ou psicológicos, mas acredita que o aprimoramento desse processo de forma quase individual, quando se questiona como isso vai ser resolvido na sua cabeça.

Moreira-Almeida (2004), ao avaliar a saúde mental de médiuns espíritas, bem como a fenomenologia e o histórico de suas manifestações, observou que há entre eles uma baixa prevalência de transtornos mentais comuns, fraca associação entre suas

manifestações e sintomas dissociativos e que as vivências de possessão (psicofonia) ou alucinatórias (alucinações visuais e auditivas) não implicam um diagnóstico de esquizofrenia. Dessa forma, o autor procura descolar a experiência mística e mediúnica do enquadramento em termos de um transtorno mental, colocando em xeque uma eventual obviedade da correlação positiva entre elas.

A comprovação de que não se era louco, porém, é menos produto de um diagnóstico ou de uma fala autorizada (médico, psiquiatra, psicólogo) do que de um processo de elaboração bastante solitário acerca de sua própria condição. O auxílio de familiares, vizinhos e amigos na busca por espaços terapêuticos mostra-se nos depoimentos, visto que algumas falas apontam concretamente para a preocupação dessas pessoas sobre o estado de saúde de seu ente querido:

E eu percebia que eu era muito diferente! Porque isso também, de certa forma, era divulgado. As pessoas sabiam, a dor era uma dor coletiva! Então, eu percebia alguns olhares de pena! (E1)

Uma dessas meninas conversando comigo, disse que gostava muito de mim, mas que não suportava mais me ver daquele jeito. (E1)

Os meus amigos neste momento ficaram meio preocupados, porque não era um problema com a bebida, e viram como eu estava sofrendo, tentando ficar bem e resolver as coisas. (E6)

... Das espadas [de São Jorge] minha mãe chorar e quando eu voltar, minha mãe se descabelando de chorar, o mundo se acabando e eu não ter marcas no corpo.(...) Antes, quando, num desses processos que acontecem no meio da rua. Aí leva, arrasta pra dentro de casa, né? Que era a coisa que eu não lembro disso. Isso que eu tô te falando, quando eu acordava, eu tava dentro de casa. Então, dessa espada de São Jorge eu me lembro que minha mãe chorava muito e eu via aquelas espadas todas! É ripa de marmelo quebrada e minha mãe procurando marcas no meu corpo e não tinha marcas. (E8)

E8 narra episódios frequentes de sua adolescência quando sua mãe, desesperada diante da mudança de identidade advinda do transe, batia em todo o seu corpo com folhas de espada-de-são-jorge, uma planta bastante popular. Existe uma crença que afirma que as folhas desse vegetal seriam eficazes instrumentos de benzedura e afastamento de espíritos nefastos. Na fala da entrevistanda fica evidente quão sofrido era para aquela mãe tentar lidar com fenômenos que não compreendia procurando, com os recursos que

tinha literalmente à mão, restituir as condições de bem-estar de sua primogênita. E1 e E6 falam sobre a preocupação de amigos e pessoas do convívio comum que, também, apesar da preocupação não vislumbravam condições ou artefatos para propor algum tipo de ajuda.

Desse modo, mesmo com a piedade dos que estavam ao redor, a busca pela compreensão de seu estado e de sua condição de pessoa, se utilizarmos o termo de Duarte (1986; 1995), parece ter também uma espécie de núcleo duro, de profundo foro íntimo e de difícil partilha e apreensão.

Com exceção de E7, nenhuma das pessoas que fala sobre seu questionamento acerca de sua sanidade mental remete-se à família ou à rede social mais próxima na descrição dessa tentativa de autodiagnose. Ressalta-se aqui que, de todos os entrevistados, E7 é a única que faz tratamento psiquiátrico atualmente e que teve uma longa trajetória em ambulatórios de psiquiatria.

Em contraposição a esse achado, destacam-se as narrativas de pessoas de santo que foram internadas em hospitais psiquiátricos. E2 e E8 remetem-se a pessoas conhecidas que passaram por isso devido à incompreensão por parte de familiares da condição espiritual e/ou da necessidade de iniciação – no candomblé ou na umbanda – que ali se apresentava.

Eu tenho até um conhecido no meu barracão, que ele chegou a ser internado, porque ele cismou que ele via as entidades, mas ele não sabia explicar. Como a família dele toda era evangélica, eles procuraram ajuda evangélica. Mas como nada cessava, eles internaram ele. Ele ficou internado no Pinel durante um bom tempo. Até que a mãe dele já no ápice do desespero procurou um pai de santo. Liberou ele, tirou ele do Pinel. E levou a um pai de santo, que falou que era problema de santo. Ele foi iniciado. Daí então, nunca mais. (E2)

Mas já ouvi relatos de pessoas chegarem em hospitais psiquiátricos, pessoas que são tranquilas, mas que elas eventualmente têm uma manifestação e que ninguém sabe dar conta daquilo e que não é uma coisa que acontece sempre, mas por a família não entender, não compreender, joga elas lá. (E8)

[Minha tia] foi internada várias vezes no Pinel, e quem internou foi minha mãe. Ela foi pra um terreiro de umbanda e nunca mais teve problema. (E7)

As entrevistas nesses depoimentos destacam a dificuldade das pessoas da rede social mais próxima – especificamente as pessoas com quem se estabelecem os laços sociais mais fortes e que, por isso, costumam ter participação direta nos casos de internação psiquiátrica – em compreender o que se passava com a pessoa que apresenta manifestações espirituais ou mediúnicas. A loucura, então, adviria mais pelo reconhecimento de uma excentricidade e dificuldade de atribuir um significado ou explicação para aquele fenômeno do que propriamente um surto. A internação, nesse quadro, coloca-se como uma tentativa desesperada de compreender e, se possível, solucionar a ocorrência de fenômenos que causam estranheza e espanto àqueles que se encontram ao redor. Nesse sentido, concorda-se aqui com a visão de Moreira-Almeida, que contempla os fenômenos mediúnicos fora de uma circunscrição patológica, diferentemente do que se espera quando se dão dentro do contexto religioso, quando são esperados, cabíveis e positivamente avaliados.

Outras falas contam também a respeito de figuras próximas do seu convívio submetidas à internação psiquiátrica em decorrência da necessidade de iniciação em religiões afro-brasileiras. Não existe em suas falas, porém, o tom das falas anteriores que remetem a internação a um desconhecimento daqueles que estão ao redor. Seus depoimentos, talvez, sigam a via da identificação e um certo temor de passarem por algo do tipo.

Pouco tempo depois, eu soube de uma amiga que passou por uma experiência bem parecida com a minha e foi internada da Colônia Juliano Moreira. Eu fiquei muito assustada, eu conversei com ela depois disso, foram quase com os mesmos sintomas. Atualmente ela está no candomblé. (E6)

[Na] Umbanda, todo mundo começa assim. Você passa a sentar pra conversar com o pessoal, todo mundo tem a mesma história, tem o pessoal que já tava no hospício e aí foi resgatado, várias histórias. Eu falo, gente isso aqui é casa de maluco, entendeu? É hospício puro, tem que tomar cuidado, com a maioria isso acontece. (E8)

A partir da fala dos entrevistados, observa-se que a busca por tratamento em saúde mental, quando ocorre, dá-se de forma pontual e quase fugidia, visto que raramente implica a manutenção de um cuidado ou de uma rede de referência e contra-referência¹².

Filippon & Kantorski (2012) colocam que, mesmo com os avanços e a importância da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Humanização, a loucura ainda se conforma como uma redoma que destitui o indivíduo de sua cidadania. No entanto, os autores fogem ao fatalismo e observam que o diagnóstico da loucura associado à horizontalização e aos novos formatos de cuidado propostos pela Reforma e pela PNH têm o potencial de construir um espaço democrático fértil à afirmação prática e teórica do direito à saúde. Na mesma linha de pensamento, Nunes & Torrenté (2009) afirmam a polissemia e a disseminação da violência contra portadores de transtornos mentais e chegam a propor a construção de observatórios estaduais promotores e avaliadores de medidas de contra-ação ao estigma e à discriminação. Dessa forma, faz-se mister que essa violência não só seja reconhecida, como também diminuída em sua circulação, tarefa na qual deve se engajar e implicar a saúde coletiva em suas instâncias gestoras, reguladoras, de atendimento e acadêmicas.

Nossos entrevistados, quando temem o “tag” da loucura, portanto, amedrontam-se com a limitação de possibilidades de vida que podem dele derivar, mas também e sobretudo tomam de forma isolada a tarefa de conhecer outras possibilidades em seus itinerários, nos quais o candomblé aparece como uma chance concreta, mas não menos problemática.

As entrevistas realizadas de algum modo evidenciam o medo de ser reconhecido a um só tempo como “louco” e “macumbeiro”. Cabe dizer isso porque, se de um lado, torna-se possível escapar via iniciação da carreira de paciente psiquiátrico, por outro, afirmar-se como filho de santo exibe-se como uma tarefa tão ou mais árdua. Observa-se, no entanto, que a preocupação com o estigma varia de acordo com o tempo de iniciado do entrevistado. Aqueles com mais tempo de “feitos” já conseguem falar com mais distanciamento do preconceito e da discriminação que sofrem ou sofreram, o que se

¹² O sistema de referência e contra-referência constitui-se por meio da articulação entre os diferentes níveis de atenção. A referência concerne ao trânsito do usuário de serviços de saúde de menor para maior complexidade, enquanto a contra-referência inverte esse trajeto, ou seja, estabelece o retorno da maior à menor complexidade em termos de atenção à saúde (WITT, 1992; JULIANI; CIAMPONE, 1999; FRATINI et al., 2008;).

evidencia no fato de que suas falas são mais generalistas e menos pessoalizadas. Quando o são, fica claro de que se está falando de uma experiência remota e que perdeu um pouco de sua carga emocional com o tempo. Tanto E11, quanto E8 possuem mais de 15 anos de iniciação.

Antigamente, nessa época, né, eram, ainda havia um preconceito muito grande a respeito do candomblé, né? Todo mundo achava que o candomblé era um antro de coisas que não se podia fazer, era um antro de é, de, de mulheres da vida, de malandros, de homossexuais. (E11)

Quando alguém te pergunta qual é a sua religião, até hoje você fala que é de Candomblé, as pessoas te olham tortas. Porque elas não entendem, elas não compreendem o que que é a tua religião. E no fundo, a religião afro-brasileira, ela era conhecida como uma religião de doido, de bandido, ela é uma religião de maluco. Não é uma religião que é igual à católica, que é uma coisa naturalmente. É natural ser católico? É natural ser protestante? É natural ser evangélico? Mas não é natural ser candomblecista, entendeu? Não é natural ser umbandista. E até por conta disto, porque o preconceito é tão grande que as pessoas nunca foram e não aceitam, ficou esse estigma, que isso é coisa de maluco. Aí é maluco. (E8)

Eu tinha vergonha de dizer pras pessoas que eu fazia parte disso aí, porque a maioria dos meus amigos eles eram católicos, né, e as pessoas sempre tiveram um preconceito muito grande em relação a isso. (E8)

Pessoas com menos tempo de iniciadas, como é o caso de E2 (com pouco mais de quatro anos de feita no período da entrevista), ou prestes a se iniciar, demonstram uma insegurança muito maior e sentem-se muito mais pressionadas por assertivas discriminatórias ou até manifestações mais comedidas da estigmatização. Destaca-se que as marcas corporais e de vestimenta relacionadas à iniciação complementam o estranhamento social diante de adeptos de cultos afro-brasileiros como um todo.

Então, depois que eu me iniciei cessou [falando sobre crises de enxaqueca que tinha]. Porém, depois da iniciação, no processo de kelê¹³, de ir pro colégio, começou bullying no colégio, com

¹³ O termo kelê, que designa uma espécie de colar feito de miçangas utilizado pelo neófito, tomado de forma metonímica pela entrevistada – e comumente também por pessoas de santo –, que se apropria dele para designar o período de três meses de resguardo após a feita, durante a qual ele é usado.

os vizinhos. Vizinho nenhum chegava perto de mim. Até parou de bater testemunha de Jeová na minha porta, porque a maioria eram meus vizinhos. E os que batiam, eles ficavam perguntando por que eu tinha saído da igreja, por que eu não voltava. Que aquilo não era pra mim. Então, começou a ficar um pouco estressante. Porém, não refletia mais em mim. Por eu não sentir mais nada, eu comecei a deixar pra lá. Aí eu, por isso que eu digo que foi um pouco mais estressante, um pouco mais cansativo depois que eu me iniciei do que antes. Depois que o processo do kelê acabou, que eu tirei todos os preceitos, não precisava mais ficar andando de pano de cabeça no meio da rua, foi quando ficou tudo bem mais tranquilo. Porque não tinha mais, até podia ter, mas eu não via mais pessoas me apontando, debochando. (E2)

Era como se você tivesse escolhido um caminho, que talvez seja um pouco mais primitivo pra essas pessoas. Tô com um pouco de receio de como vai ser depois disso, de como a minha família vai lidar com isso... Eu estou no meio acadêmico, então, eu tenho [medo] sim! Tenho bastante das pessoas na rua, como é que as pessoas na rua vão me ver... (E6)

É isso que as pessoas veem quando olham pra mim. Que eu devia me preocupar tanto, que não devia estar nessa religião. (E5)

Os meus amigos antigos, que agora estão deixando de ser, estão me achando muito esquisita. (...) Alguns têm preconceito escancarado. Eu tenho uma sobrinha, filha de uma amiga que é católica, que parou de me chamar de tia. (E7)

Por isso que eu estou tendo que andar de boné, com alguns apetrechos o tempo inteiro, o que fica claro que eu sou do candomblé. Existe muito preconceito, na rua é muito complicado. No médico, ele foi me examinar e eu estava usando fio de conta, ele quase não colocou a mão em mim. (E7)

Dessa forma, é patente que os entrevistados relatam menos o temor de possuir algum transtorno mental do que do estigma da loucura, auto e heterodirigido. Isso dá subsídios à busca por auxílio e/ou cuidado no candomblé, o que, contudo, não se faz sem desconfiança e a presença de preconceitos, seja por parte da rede social, seja pelo próprio adepto com relação ao candomblé, o que se justifica pela forte presença da discriminação a cultos afro-brasileiros de modo geral. O temor de se tornar um louco, porém, ganha corpo na ponderação acerca da entrada no candomblé, o que permite vislumbrar que a iniciação é precedida por um processo mais ou menos longo de deliberações, apesar da eventual dor e desespero que o sujeito possa estar vivendo.

5. PRESCRIÇÕES E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NO CANDOMBLÉ

Tal como no sistema biomédico, o candomblé também possui sua organização própria, a partir de um instrumental e procedimentos específicos, por meio dos quais faz diagnósticos, propõe e estabelece tratamentos e medidas terapêuticas, constituindo-se como um “sistema médico complexo” (LUZ, 2003). Por meio das narrativas, foi possível confirmar o que é descrito e reiterado na literatura: o jogo de búzios é, por excelência, o instrumento diagnóstico utilizado pelo Pai de Santo para averiguar as causas do sofrimento do consulente e, conseqüentemente, os procedimentos necessários para extirpá-las. Em alguns casos, a iniciação completa pode vir a ser indicada, visto que a pessoa que busca alívio de seus sofrimentos apresenta outras intercorrências físico-morais que vão além dos transtornos causados pela ação de espíritos ou por seu próprio destino (DUARTE, 1994).

A adivinhação pelos búzios baseia-se na interpretação de cada um dos dezesseis mitos denominados Odus, que significam “destino” em Yoruba – tomados em si mesmos ou nas combinações de cada um deles com os quinze restantes. Há, assim, um total de duzentos e cinquenta e seis combinações possíveis, as quais, acredita-se, dariam conta de todas as respostas do universo de questões humanas. Os Odus, todavia, assumem outro papel fundamental dentro do conjunto de crenças de Ketu; eles seriam também os mitos que presidem a vida de cada ser humano. As mesmas combinações se aplicam neste caso. Ou seja, cada pessoa teria, além de seu orixá de cabeça, os Odus regentes de sua existência. Nesta perspectiva, o Odu seria o destino de cada pessoa e, mais que isso, abarcaria também características pessoais e físicas.

Portugal (1987) mostra que, no jogo de búzios, além das respostas que todos os Odus podem fornecer à pessoa, de acordo com a pergunta feita, é possível ao Baba/Iyalorixá descobrir o Odu que preside a vida daquele que pergunta, podendo, a partir daí, dar instruções específicas. Nesse caso, é muito frequente a alusão a acontecimentos do mito em si e a recomendação de sua repetição por parte do indivíduo que o consulta.

A entrada para um culto de possessão - seja ele o candomblé ou a umbanda - inicia-se, via de regra, por meio da consulta ao Oráculo (jogo de búzios) e/ou pela revelação mediúnicamente (BIRMAN, 1996). Nesse sentido, o jogo de búzios viabilizaria “a decodificação inicial e não definitiva do enredo do Santo, prescrevendo o tipo de

envolvimento e/ou procedimentos a serem cumpridos por alguém” (TEIXEIRA, 1994, p. 143). Isso fica bastante claro em depoimentos como os de E6 que passou por uma verdadeira peregrinação em busca de jogos com pais de santo a fim de fazer cessar os sucessivos transe que a acometiam em sua vida cotidiana. Diante do descontrole, do medo de perder a consciência subitamente e dos sentimentos de vergonha e tristeza que caracterizavam sua vida naquele momento, E6 recebe de amigos a recomendação de procurar um Pai de Santo, a fim de que este pudesse auxiliá-la. Afinal, sem a consulta ao oráculo, pouco ou nada poderia ser feito para ajudá-la. Como disseram - desde amigos até vozes autorizadas de pessoas iniciadas no candomblé - a ela repetidas vezes,

Teria que jogar pra ver o que que é.(E6)

Tendo feito seu primeiro jogo com um pai de santo substituto, já que o pai de santo da casa que procurou falecera havia pouquíssimo tempo, E6 procurou outro Ilê no qual pudesse se consultar.

Nos diversos jogos que fez, E6 recebe uma série de prescrições e um interessante diagnóstico: problema de santo.

A última coisa que ele me disse do jogo foi isso: - Seu caminho é esse! (E6)

O primeiro jogo foi muito simples esse foi mais complexo, ele deu muito mais profundidade às questões. Ele falou que eu teria que dar um bori, que seria o primeiro rito de iniciação. (E6)

No jogo disse que eu não podia beber, estava proibida de beber! (E6)

O jogo confirmou o que tinha saído nos outros jogos, que eu tinha que me cuidar, que eu tinha um problema de santo. (E6)

Essa identificação, que coloca como imperativa a iniciação, tem, todavia, um caráter de destino que se mostra na adoção de termos como “caminho” ou “lugar”, o que aparece na fala de outros dois participantes quando descrevem seu processo de sofrimento e busca por tratamento:

Como se todos os caminhos levassem aos orixás. (E1)

E aí me disseram: - Seus problemas estão te levando a um lugar só. (E2)

E é o caminho que eu escolhi. Eu sabia o caminho do que tem que ser feito. (E6)

O itinerário parece confundir-se com a própria experiência de sofrimento, de forma que esta no seu desenrolar, passa a ser entendida como um caminho a ser seguido, cujo ponto de chegada nada mais seria do que o encontro com o candomblé e seu panteão. Admite-se, porém, a adoção de outras trajetórias. De certa forma, o padecimento e a dor-limite com os quais se defrontaram os entrevistados são retraduzidos em uma perspectiva de desenvolvimento e crescimento – o que, no entanto, só se dá após o encontro com o Pai ou Mãe de Santo na mesa de jogo, onde a “linguagem do sofrimento” será, por meio da queda dos dezesseis caoris (búzios), semanticamente transformada e reconfigurada em processo ou trajetória. Um exemplo interessante disso surge na fala de E6, quando recebe a notícia de que seu soturno padecimento sinalizava a necessidade de se inserir no candomblé:

Um caminho sem a religião e outro com a religião.(...) O caminho sem a religião, pelo que eu entendi, seria muito mais difícil. Ele disse que apesar de o meu jogo ser muito ruim, de naquele momento estar vivendo uma fase muito ruim, tinha possibilidade de melhora diante do cuidado com o meu orixá. (E6)

Esse processo de desvelamento do orixá a ser cuidado e dos demais orixás que o acompanham – o que se chama de “carrego” - para que seja feita a iniciação, porém, está longe de ser evidente ou unívoco. São comuns depoimentos sobre erros cometidos por Pais de Santo na leitura do jogo de búzios e sua repercussão negativa sobre a vida daquele que se submete a um ritual equivocado. Por isso, houve mesmo casos em que se recomendou fazer mais de um jogo de búzios, de modo a confirmar e melhor compreender a raridade do orixá que ali se manifestava, como se pode ver na fala de E8:

E aí, ele jogou, tem que fazer seu santo mesmo. Mas se eu fosse você, eu recorria a mais jogos pra mesa, pra poder confirmar a sua cabeça, porque eu nunca vi isso aí não, que era a qualidade do meu santo. (E8)

E10, por seu turno, começa a sentir fortes dores de cabeça que não receberam qualquer diagnóstico no âmbito médico e, por isso, levadas como questão ao Pai de Santo, o qual ressalta a necessidade de recorrer ao oráculo antes de fazer qualquer afirmação mais assertiva:

Foi o que, o que meu pai de santo falou é que era muito estranho, mas que ele preferia não dizer nada, só depois que eu fizesse um jogo de búzios, né? Pra saber o que que tava acontecendo, se era realmente algo de orixá. (E10)

Chegando nesse local essa senhora jogou lá pra ela, jogou pra mim, é, em separado, claro. E ali ela disse: - Olha, seu santo foi feito errado. Você é de um outro orixá. Seu orixá é Oxossi, tá, e você é ogan. Ah! Sou, é? Tá, mas e a minha feitura, como é que fica? Muitos anos atrás e tal tal tal. - Não, aquilo lá não foi certo, você era criança. - Enfim, desdenhou tudo aquilo que eu tinha. Disse que eu teria que ser feito novamente, tanto eu como a minha prima. (E9)

Outros entrevistados também se remetem ao jogo como instrumento para diversos fins, como por exemplo, para a avaliação de questões pessoais. Conflitos com familiares e amigos figuram entre problemas da ordem do cotidiano que são levados à mesa de jogo, como se pode ver nos depoimentos abaixo:

Eu gostava dessa pessoa com quem eu morava, ela tinha um marido, tem filho... Mas só que ela não é aquela pessoa que eu imaginava que fosse, só fui descobrir quando minha mãe Marlene chegou e jogou! (E5)

Essa mulher ela jogou os búzios pra mim. Ai ela falou que ele tava passando por uma fase mesmo de ter educação, e, e que é precisava ser tratado realmente, (parara), não sei o quê (bababa). (E11)

Afora essas situações para as quais a intervenção consiste basicamente em uma espécie de aconselhamento, as consultas ao jogo de búzios em geral são encerradas com a prescrição de algum ritual ao qual o consulente deve se submeter. Os dois principais são o ebó (ou sacudimento) e o bori¹⁴. Em ambos, a comida exerce um papel central

¹⁴ Cabe dizer neste momento que, durante a coleta de dados, não se procurou obter por parte dos entrevistados relatos pormenorizados desses rituais, tanto pela pouca pertinência desses depoimentos aos objetivos da presente pesquisa, quanto pelo fato de que, para esses fins, seria mais interessante a confecção de um relato etnográfico denso que permitisse uma análise aprofundada desses rituais em

(RABELO, 2013). O ebó aparece como uma espécie de limpeza e é ofertado a um orixá ou a algum egun (espírito). Nele, diversos alimentos são passados pelo corpo, de modo que acabam por se amalgamar, tornando-se uma única substância. Segundo Rabelo (2013), a oferta dos alimentos em sua mistura com o corpo do neófito em toda a sua extensão – aspecto que fica claro na adoção do verbo “passar”, muito comum para se referir à realização do ebó – faz com que esses elementos se agreguem ao orixá ou egun a quem o ebó é oferecido, configurando-se uma espécie de triangulação por meio da qual o orixá tem sua força mobilizada e pode, então, livrar aquele que se submeteu ao ritual das influências negativas que o perturbam.

O ebó é um ritual mais simples do que o bori tanto em escala dos recursos mobilizados (físicos e espirituais) quanto dos efeitos que dele se pode obter. Isso não impede, no entanto, que seja reconhecido em sua funcionalidade e adotado com frequência. Em verdade, sua realização tanto pode ser feita de modo isolado quanto como introdução ao bori. Nesta última modalidade, frisa-se que a realização do ebó é considerada imprescindível (TEIXEIRA, 1994). De acordo com os achados, parece contribuir para isso o caráter mais imediato de seus resultados e o fato de que não é necessário que um Pai ou Mãe de Santo seja responsável por sua execução.

Nas entrevistas, o ebó aparece como um instrumento para lidar com urgências e que, tendo o conhecimento necessário para realizá-lo, pode ser feito por qualquer pessoa, desde que iniciada no candomblé. Em termos estritos, ele não poderia ou deveria ser realizado em tais circunstâncias, mas foram obtidas narrativas que demonstraram que, mais uma vez, “na prática, a teoria é outra”. A seguir, E8 narra um episódio em que “passou” um ebó em sua filha em casa, ao receber de uma médica a notícia de que sua filha, com menos de um ano de idade, iria morrer. Curiosamente, E8 não era “feita” de santo ainda e deixa de relutar a entrar para essa religião quando observa a eficácia da intervenção terapêutica que realizou por conta própria.

Aí eu lembro que eu peguei, né, estourei um monte de pipoca. Cheguei em casa, nem desfiz as malas! Botei a J. no berço, estourei um monte de pipoca, um monte, um monte, peguei um monte de bala, ia fazer o ebó na J. Passei as ervas que eu tinha,

termos estruturais e semiológicos. Para tal, recomenda-se a leitura dos trabalhos de Rabelo (2011, 2013), Vogel, Mello e Barros (2001), Goldman (1984), Bastide (2001), Teixeira (1994), dentre outros.

que eu sempre plantei erva, passei umas ervas, passei a bala, por fim, passei o doburu [pipoca]. Eu morava num apartamento, que eu ia passando nela, C., eu ia jogando pela janela. (...) E aí fiz. C., assim, parece coisa de mágico, né? Por isso as pessoas falam, eu fico calada agora. Eu não questiono mais nada. Porque assim, J. dormiu, dormiu que foi uma maravilha. No dia seguinte ela fazia, ela comia, era tipo um reflexo gastrointestinal, você come e vai ao banheiro? Então, ela comeu e não fez cocô, não teve a diarreia. Aí eu já fiquei assim. Quantas vezes ela comeu no dia, ela não fez. Ela só foi fazer no final da tarde. Aí eu falei: - Opa! - Entendeu? Aí eu já comecei doburu de novo. A história do doburu de novo. Passa doburu e joga doburu fora. Assim foi, até que a J. começou, sabe, estabilizou, acabou a diarreia, ela passou a ter o ciclo normal e aí começou engordar. Aí falei: - Cara, tem alguma coisa nessa religião!- Tá, essa é uma religião de cura. Enfim, fui seguir.

E11 conta também um episódio no qual ela, vendo-se diante de um complexo conflito familiar com seu sobrinho adolescente, consulta uma mãe de santo que não a sua a fim de adquirir o conhecimento necessário para cuidar espiritualmente dele. Ela justifica essa ação pelo fato de que o Pai de Santo do adolescente, de acordo com sua avaliação, não estava conseguindo resolver o problema, o que fez com que ela resolvesse buscar uma segunda opinião.

Aí ela falou: - Olha, dá um agrado pro santo dele. – É, me ensinou a fazer duas coisas diferentes pra, pra eu levar. Ela me disse tudo direitinho. Não me cobrou nenhuma, é, ligação com ela, pra fazer isso. Apenas me ensinou, faça isso, assim assado, no dia assim, assim, cozinhe dessa forma, ponha dessa forma, leve entendeu? E me ensinou. (E11)

Nesses dois recortes, cabe ressaltar dois pontos interessantes sobre o ebó: o primeiro diz respeito ao seu recorte territorial, que ultrapassa o espaço do terreiro e a possibilidade de auto e heteroprescrição. No caso da autoprescrição, verifica-se que esta se mostra viável quando o alvo da intervenção é outrem. A outra possibilidade é a recomendação do ebó por parte do Baba ou Iyalorixá a partir da consulta ao oráculo. Ou seja, mesmo em sua faceta auto, o ebó se mantém a partir de uma relação diática, de alteridade, em um encontro eu-Outro fundante do cuidado. No caso de E11, no entanto, o ebó torna-se

realizável por meio de uma consulta a uma Mãe de Santo que ensina à entrevistada os procedimentos necessários para que ela possa “passar” o ebó em seu sobrinho em sua própria casa.

Quanto ao *bori*, pode-se dizer que sua formulação etimológica corresponde em boa medida à sua significação litúrgica. De origem Yoruba, esta palavra, que significa dar de comer (bo) à cabeça (ori), é o rito de louvação à cabeça, a qual é cultuada como lócus da individualidade. Visa, sobretudo, ao seu fortalecimento e ao restabelecimento do equilíbrio para a melhoria das condições de saúde ou recebimento do orixá, seja na feitura do santo ou nas obrigações que são oferecidas de tempos em tempos após a iniciação (RABELO, 2011, 2013). Sua função restauradora de um equilíbrio abalado ou perdido aparece em algumas falas, tais como:

Porque você pode dar o bori quando você se sente, é, desenergizada, quando você se sente enfraquecida, você pode é, sugerir ao zelador que te faça um bori. Ahh eu quero dar um bori. Eu quero é, né, é uma forma de você alimentar, né. Porque dar bori, o bori quer dizer dar comida a cabeça, né. Quer dizer, dar comida aos orixás da tua cabeça, né. Embora o bori seja consagrado à Iemanjá, né? Mas é você dar comida a todos os orixás ali. (E11)

Ele me falou que quando a gente nasce, antes de a gente nascer na verdade, tem um orixá para modelar a nossa cabeça. E dali nesse momento, ele colocava na nossa cabeça tudo aquilo que a gente precisaria pra vida aqui na terra. Por exemplo: “Você precisa de um pouquinho de terra, porque você vai precisar disso... Vou colocar uma porcentagem um pouco maior de água...”, elementos naturais mesmo. Quando a cabeça estava pronta e formulada ele apresentava essa cabeça para os orixás e falava: -Olha, aqui está a cabeça da S. Ela resolveu que quer viver isso, é assim a cabeça dela. Quem é orixá que quer? - E o orixá respondia: - Eu sou o dono da sua cabeça.- E a explicação que ele deu sobre o bori, é que ao longo do tempo depois que a gente nasce, obviamente esquece e ao longo do tempo vai perdendo estes ingredientes que formularam a sua cabeça. Vai perdendo água, terra... Essa foi a explicação, e o bori seria o ritual para alimentar a cabeça, como se fosse para retornar esses elementos que você foi perdendo com o tempo... Comida pra cabeça. Essa foi a explicação que um amigo deu, e pelo jeito eu sabia que tinha que dar um bori. A única coisa que eu sabia é que o bori era um ritual e que depois disso as pessoas efetivamente estavam dentro do candomblé. (E6)

Ele dava obrigações nela, né, que era um tipo de bori, dava um tipo de bori nela, pra amenizar. (E3)

Rabelo (2011, 2013) contrapõe a diversidade de relatos etnográficos disponíveis sobre o tema - que frisam sua significação para a construção da pessoa no candomblé e o vasto arsenal de cores, elementos e a corporeidade que se observam durante a cerimônia – à sua percepção do bori, obtida nas falas do campo, como um espaço de descanso e ruptura com a vida ordinária, que permitiriam a restituição do equilíbrio já citado.

O bori, tal como o ebó, é organizado de acordo com o Orixá regente do Ori daquela pessoa e com a finalidade que lhe foi imputada. Pode ser mais simples ou complexo, envolvendo mais ou menos elementos e sacrifícios, e tem como elemento central a noz de cola ou *obi*. Na obrigação mais simples, dá-se apenas um obi com água à cabeça.

Obi é como se fosse um procedimento, seria o básico do básico. É um procedimento feito pra aliviar a cabeça. É, não chega a ser que nem um bori, mas é um procedimento feito pra amenizar a cabeça da pessoa. (E2)

Nas falas de E2 e E3 é possível tecer duas observações. Uma teria a ver com o fato de que a definição do que é ou não um bori é bastante tênue, ao passo que parecem existir medidas que a ele se assemelham, mas que não possuiriam a complexidade necessária para receber a nomeação de “bori”. Como se pode ver na fala de E2, tais formas contribuiriam para uma diminuição de uma dor ou sofrimento, de forma mais paliativa do que curativa. É sabido, porém, que alguns autores como Teixeira (1994) situam o obi-água, obi-frio e o obi-de-misericórdia (realizável em situações de morte anunciada, doenças graves e intenso desequilíbrio psíquico) como tipos de bori estruturalmente idênticos ao bori-de-feitura, contando apenas com um aparato litúrgico mais simples e sem envolver sacrifício de animais.

A outra remete a um solo comum de alento e amenização de uma situação de desequilíbrio que se imprime em termos dos elementos utilizados no ritual (dimensão física), mas também da experiência daquela pessoa que permite identificar a premência do ritual (dimensão psicológica).

O bori é um ritual privado e aberto somente a membros da comunidade que já tenham passado por ele, podendo assim ser entendido já como uma iniciação, independentemente da feitura. Seu caráter é menos didático do que iniciático, dado que o bori

expõe o caráter e a forma das relações com pessoas e deuses, aponta para os principais circuitos de reciprocidade, operando entre esses diferentes atores, e reforça a estrutura hierárquica do terreiro. (...) o *bori* situa os noviços nos circuitos de relação do terreiro, abrindo-lhes um lugar, marcando sua posição tanto no espaço do terreiro quanto em seus corpos. (RABELO, 2011, p. 17).

Ele permite, porém, que após sua realização, a pessoa passe a ocupar um lugar distinto na comunidade e, portanto, na hierarquia. Mesmo sendo o grau mais básico de iniciação, delimita a possibilidade de participar dos boris de seus irmãos de santo e de perceber gradativamente suas nuances e variáveis. Dessa forma, se por um lado, o espaço do bori não é um local de construção de conhecimento propriamente dito, por outro, permite vislumbrar sua elaboração, mesmo que apenas em um momento futuro. Isso fica bastante evidente nos depoimentos de E10 e E8. Ambos, em alguma medida, situam o bori como um rito de passagem central (VAN GENNEP, 1978), como também tecem questionamentos acerca de sua própria condição e da conjuntura ritualística a que se submeteram.

Ele falou que eu teria que fazer um procedimento, um bori, que é como se fosse uma lavagem de tirar, limpar os, os problemas da cabeça. Ai eu fiz e me senti melhor. Ai foi quando eu tive, o, o porquê daquilo, dos alimentos, né, o sacrifício de animais poderiam fazer pra me, me fazer sentir melhor?(E10)

Ele disse: -Agora eu vou dar um bori nela. - Vai dar bori como se ela não tem casa? -Vamos dar um bori nela. - Aí eu tomei o bori na casa dele, lá no sitio. (...) Foi ali meu primeiro bori, dei ali em noventa e três. (...) Aí começou o processo. Que aí foi eu, A., R., A. e A., né? Foi Oyá, Oxum, Yemanjá e Obaluaê. Engraçado, tem tudo na minha cabeça, né? Agora que eu tô parando pra pensar nisso, né? Porque eu sou de Oxalá com Oyá, Yemanjá, Oxum e Obaluaê. Os cinco ali, a gente deu bori nos cinco e aí começou, a gente começou a construir a casa. (...) Depois que eu fiz os procedimentos que ele pediu, falou que eu melhoraria, aconteceu de melhorar. (E8)

Curiosamente, subjaz a esse processo de elaboração e ressignificação da experiência do bori uma percepção de melhora ou alívio, que parece criar condições de possibilidade para um processo reflexivo. Dito de outro modo, é possível supor que se sentir melhor crie um solo no qual pode se fundar a busca por explicações sobre como se deu essa melhora e sua nova condição. Se, como disse E6, “existe vida depois do bori”, quiçá essa potência vital resida justamente na reabertura de uma trajetória de conhecimento e de construção e apropriação de modelos explicativos (KLEINMAN, 1978).

O conceito de modelo explicativo (*ibidem*) diz respeito a um conjunto articulado de explicações sobre doença e tratamento, por meio do qual são definidas as evidências clínicas, bem como sua interpretação e organização embebidas nas mais diversas perspectivas terapêuticas. Os modelos explicativos populares se baseariam em um grupo de estruturas cognitivas fundadas na cultura compartilhada do grupo em questão. Sendo assim, os modelos explicativos não só ajudam a reordenar a experiência de sofrimento, mas estariam de certa forma permanentemente abertos em menor ou maior grau aos novatos e suas contribuições. Tomando como exemplo o bori, pode-se visualizar a vitalidade e o caráter expansivo de trocas e construção semiológica que podem advir do engajamento ritual. No ebó ocorreria algo semelhante, principalmente se for considerado seu aspecto mais aberto, dado que os partícipes do candomblé poderiam realizá-lo sem a supervisão do Pai ou Mãe de Santo, aval que parece estar relacionado à gravidade percebida no problema ou situação de dor/sofrimento que se deseja amenizar.

6. “SE NÃO VAI PELO AMOR, VAI PELA DOR?”: PROTÓTIPOS, HIPÓTESES E CASUÍSTICAS DE SOFRIMENTOS SEM NOME.

Diversos autores (CSORDAS, 2004; REDKO, 2003; MONTERO, 1985; TEIXEIRA, 1994; GOMBERG, 2008; RABELO; MOTA; NUNES, 2002; MOTA; TRAD, 2011; VOGEL; MELLO; BARROS, 2001) no âmbito da antropologia (médica e social) e da saúde coletiva pontuam que a chegada ao candomblé se caracteriza, de modo geral, por um momento de crise ou ruptura, seja por causa de problemas ou intempéries da vida comum, seja em seu retrato mais comum, o adoecimento físico ou mental. Camargo (1961), ao investigar o kardecismo e a umbanda, discorda desse ponto de vista, ao supor um *continuum* entre as duas religiões e relacionar a conversão à posse de uma referência simbólica prévia, cuja finalidade residiria na adaptação de migrantes rurais aos grandes centros urbanos. Dessa forma, essa busca prescindiria de um adoecimento ou fatalidade. Partindo desse referencial teórico, torna-se cabível situar certa preponderância da chegada ao candomblé pela via do infortúnio. Com respeito a essa percepção por parte dos entrevistados, pode-se afirmar que não foi verificada em apenas duas entrevistas. Esses dois entrevistados, contudo, narraram diversas histórias que traziam esses conteúdos e identificaram seus casos como exceções.

De fato, os entrevistados em sua maioria possuíam na sua rede social mais próxima (familiares, vizinhos, pessoas do trabalho, etc.) pessoas de religiões afro-brasileiras, mas sua aproximação efetiva na maior parte dos casos só se deu diante de um sofrimento extremo para o qual não conseguiam vislumbrar uma alternativa. Alguns chegaram mesmo a ser iniciadas ainda quando eram recém-nascidos, o que se deu na história de dois entrevistados – cuja iniciação se deveu a um risco de morte no parto ou logo após o nascimento.

De modo geral, os entrevistados observam certa homogeneidade nas histórias de chegada ao candomblé, atrelando-as especialmente a problemas de saúde, seja física ou mental.

Quando eu me iniciei, comecei a pensar mais na saúde do que na religião em si. Eu achava que eu tava fazendo aquilo por mim. Era como se eu tivesse entrado numa clínica de recuperação. Que eu fosse ficar lá três meses e depois desses três meses ia dar jeito. E acabou que deu, né? (E2)

O Candomblé é a conclusão de um ciclo que tá relacionado com a questão da saúde, que começou lá atrás e as pessoas achavam que eu tava maluca. Mas continuam achando, porque eu acho que normais não somos, entendeu? (E8)

As pessoas procuram o santo pra ser feito principalmente por necessidade, né? Eu não tive exatamente um problema de saúde pra recorrer ao candomblé, mas eu já assisti muitas coisas nesse sentido. (E11)

É notável também o caráter de criação identitária do grupo por meio do estandarte do sofrimento. Chegar doente ao candomblé é encontrar-se entre pares, é ser mais um à procura de cuidado, o que provavelmente contribuiu para a construção de relações mais empáticas.

Realmente, no meu caso, foi por causa de doença, mas nem todo mundo entra por doença, né? Embora a maioria entre porque tem algum problema. São poucas as pessoas que eu conheço, uma ou duas na vida, que entrou porque achou bonito e queria cuidar do orixá. Mesmo assim, eu acho que devia ter algum probleminha que a pessoa não quis dizer, queria ser diferente. (E4)

Ela [amiga] falou: - Eu também passei por coisa parecida. Ou uma angústia parecida... - Tirando essa minha amiga que foi internada, foi um primeiro contato dentro da religião, uma primeira pessoa dentro da religião que falou... Vi que, sim, outras pessoas passam por isso, e o meu problema pode ser só esse... (E6)

Todo mundo vai para o candomblé com problema, é impressionante! Nunca vi coisa igual. Eu não fui com um problema X, aí é que está a grande questão! Por isso que eu falei que é inconsciente! (...) Por que eu não fui achando que eu tinha um problema, só que quando eu cheguei falei: - Ei, eu não sou diferente dos meus irmãos! - Não sou diferente deles, finalmente eu sou igual! A minha vida inteira eu fui diferente, agora eu sou igual. Eles são um saco, têm quinhentos problemas gritantes, tanto quanto os meus! Todas estas [minhas] doenças, eu acho que são uma coisa só, que eu não sei que nome pode dar. (E7)

É, outros que caíam no meio da rua, que tinham essa história da crise de ausência... A gente já conhece mais ou menos a história. (...) Lá [Ilê] a maioria chegou por descaminhos, sabe,

por doença também, né? Algumas pessoas que chegaram lá doentes, pra fazer um ebó e aí chegaram lá e aí foram soldando, ficando. (E8)

No que diz respeito a esse ponto, a questão da comprovação da cura também se colocou. A emissão de laudos médicos, logo, a inserção da autoridade médica para comprovar a eficácia da terapêutica realizada no terreiro e a verificação empírica da cura ou remissão do sintoma também se fazem presentes.

Então, as pessoas chegavam lá todas estrupiadas, com n problemas, isso aconteceu pra caramba! A gente tem relatos disso, documentou essas coisas. E as pessoas saíam curadas, pelo menos que saíam e voltavam volta com raio X, com laudo. (E8)

Vários irmãos de santo passaram por situações parecidas. Tem uma senhora que tinha um problema na orelha, uma ferida que nunca cicatrizava. Ela entrou pra fazer o santo, um santo que tinha ligação com orelha, o nome é Obá. Ela saiu da obrigação, saiu com a orelha fechada, sem problema nenhum, entendeu? E outras pessoas que tinham vários problemas de desmaiar em trabalho também... (E10)

Nas entrevistas observou-se uma diversidade de modelos causais e etiológicos vislumbrados pelos entrevistados, principalmente aqueles mais relacionadas ao território mágico-religioso. Diante da premência de um adoecimento de fundo espiritual, há uma verdadeira miscelânea discursiva de difícil descrição justamente por seu caráter altamente disperso. De todo modo, tentar-se-á aqui elucidar alguns de seus aspectos mais centrais. Um termo que se fez bastante presente na descrição das origens e fontes de sofrimento foi “energia”. Esse verbete, contudo, faz-se notar em sua polissemia. Um dos sentidos ligados a ele tem a ver com a própria compreensão por parte dos entrevistados sobre sua relação com a dimensão do espiritual. O orixá é frequentemente definido como uma energia, a qual se faz presente na construção do mundo da vida e atravessa as relações sociais, podendo influenciar diretamente na vida e na experiência das pessoas.

Nosso orixá, ele, digamos assim, é uma energia. E se você não está em, nisso, a sua energia não cruza com a outra pessoa, a gente costuma dizer que é uma quizila, um orixá não foi com o outro. (E9)

O que é [orixás], tudo é, uma energia muito, muito gostosa de sentir, quando você aprende a receber, entendeu? (E10)

Nós somos energia, enfim, todos nós, todo ser humano. Tanto é que o corpo humano, ele tem uma parte de eletricidade, né? Somos energia, indiferente como seja. Um invólucro, ele pode ser habitado por uma energia, duas, três ou mais. Então em todo momento que eu divido esse meu invólucro com meu orixá. (E9)

Quem era isso que tomava o meu corpo entre aspas, né? Porque a gente sabe que dois corpos não podem ocupar o mesmo lugar. Então, são duas energias. (E8)

Eu vestia Obaluaê. Eu preparava as comidas de Obaluaê. Tudo de Obaluaê, até eu poder entender essa energia de Obaluaê, pra poder trabalhar ela comigo. (E8)

Acho que tem a questão energética, né? A gente não pode esquecer que nós vivemos num mundo que tudo é movido por energia, vento, mar... E os orixás são, são representações das, das energias do que tá ali: o vento, o fogo, a água. E cada orixá é, representa, representa essas energias. (E10)

Emergem neste ponto algumas particularidades. Uma primeira delas tem a ver com uma compreensão cosmológica na qual o orixá estaria relacionado às manifestações da natureza, confundindo-se com as mesmas, tornando-se mediador da relação entre homem e o ambiente natural e simultaneamente tendo sua relação com o homem mediada pelo uso desses elementos físicos, como se pode observar nos rituais terapêuticos do candomblé por excelência, a saber, o ebó e o bori. Nesses casos, sofrimentos do mundo da vida – relacionados ou não a uma doença – poderiam ser eliminados ou apaziguados, ou pelo menos ter sua resolução facilitada. A mobilização de elementos físicos viria justamente interferir qualitativa e quantitativamente no intercâmbio energético entre homem e natureza.

É interessante perceber que, apesar de a cosmologia do candomblé possuir um termo específico para se referir a essa energia (Axé), essa palavra não é utilizada quando os

entrevistados falam sobre esses rituais ou sobre seu entendimento da relação entre homem e natureza, havendo uma preferência pela expressão “energia”:

Não é possível elucidar as razões disso, mas pode-se fazer conjecturas a respeito. O termo energia, no senso comum, encontra-se ligado a diversas origens discursivas: a física newtoniana, bem como matrizes religiosas ou místicas, como o kardecismo, o budismo e a astrologia. Sendo assim, mesmo que não seja possível afirmar com clareza qual ou quais dessas origens seriam subjacentes às falas dos entrevistados, parece cabível pensar que o termo “energia” pode ser situado como uma tentativa de aproximar o discurso do candomblé de outros de maior difusão social, sejam eles místicos ou científicos. Isso poderia ser interpretado como uma tentativa de tornar as noções cunhadas na liturgia candomblecista mais compreensíveis e mesmo mais legítimas àquele que se apresenta como interlocutor, que naquele momento era visto como “alguém de fora”, já que a iniciação da pesquisadora não era de conhecimento da maior parte dos entrevistados. Pode-se aqui falar da passagem de um discurso esotérico, voltado para si mesmo e opaco àqueles que não pertencem ao campo social onde se funda, a um discurso exotérico, pautado na universalidade e voltado para o exterior (RODRIGUES, 2002).

Outra visão emergente sobre a energia e seus fluxos tem a ver com o entendimento do que é homem e espírito, questões que se mostram imbricadas e sinonimizadas. O homem-energia seria, então, passível de influência por parte de outras energias, que podem ou não ser espíritos.

mas é como se eu tivesse sido bombardeada por vários tipos de energias diferentes, né? A primeira eu senti uma coisa muito na brincadeira.... Era como se fosse alguém querendo se divertir, então queria beber, queria fumar. Mais ou menos isso, sabe? A conotação negativa que eu dou é pra essa última coisa que aconteceu por que me machucou. (E6)

Eu acho que não tinha assim uma energia boa... É isso que eu entendo, não tinha uma energia... Eu não me sentia assim satisfeita! (E5)

E eu acho que isso o seguraria de qualquer forma. Porque também é, de um, vamos chamar assim, de um fator externo (riso), uma força externa, né. Aquela força externa foi rompida. Como no caso das crianças também. Aquelas forças externas foram rompidas. (E11)

É a energia ruim do outro jogando pra você, eu sei lá o que que é, mas esse trem existe. (E8)

A fala de E5 permite perceber uma equiparação entre a detenção do que a entrevistada chama de energia ruim e sua insatisfação, o que repercutiria no seu humor e na sua relação com o mundo. De certa maneira, tanto ela, quanto E6 e E11 falam sobre uma certa cisão da experiência de si mesmo, ainda que de modos distintos. E6 e E11, contudo, o fazem de modo mais contundente, ao atribuírem um caráter externo e invasor dessas forças ou energias. No caso de E6, isso se configura como uma impossibilidade de responder por seus atos, já que seu corpo estaria dominado por essas energias externas. E11 já se refere ao adoecimento que conduziu pessoas de sua casa de santo ao candomblé como fruto da influência dessas forças exteriores, nesse caso de modo quantitativamente distinto de E6, na medida em que fala de um rompimento ou perda energética. E6 e E8 dão uma conotação qualitativa ao verem que energias valorativamente diferentes produzem mudanças pessoais e ambientais, sem falarem em perda ou ganho energético.

Assim, o ser e estar no mundo não só teria a ver com uma transformação energética, mas esta seria profundamente incisiva, dado que poderia estruturalmente modificar aquela pessoa, sua essência. Receber más energias, assim, poderia implicar consequências bastante nefastas, mas da mesma forma a mobilização ritualística dessas energias viria a ser igualmente poderosa.

Acho que todos somos energias. A gente é um pontinho de uma energia, como se fosse uma velinha (...). Então, eu vou fazer o quê? Vou tentar, vou solicitar que algumas energias, né, manipular, mandar. Eu não tenho essa força, mas posso solicitar que algumas energias boas, essa coisa toda, faça o caminho pra chegar até lá e ajam ali de qualquer forma, né? Porque energia pode se transformar em qualquer coisa. É isso que eu penso, entendeu? Energia pode se transformar, sei lá, pode fazer com que você modifique alguma coisa, veja um outro caminho, cure, sabe, cicatrize, sei lá, qualquer coisa de ficção científica. (E8)

O sofrimento também, indo ao encontro do que pontuam Csordas (2002) e Montero (1985), tem por vezes sua causa relacionada ao orixá. Este pode estar solicitando que seja feita a iniciação da pessoa, de forma que o sofrimento funcionaria como uma

espécie de código ou, utilizando a expressão de Vogel, Mello e Barros (2001), uma linguagem que vem estruturar a demanda pela feitura.

Orixá quando ele tá pedindo[feitura ou obrigação], eu acho que ele não quer a sua morte, nem nada. Eu, pelo menos, considero assim. As obrigações que dá são pra fortalecer o orixá, pra ele te proteger. Porque se ele não tiver fortalecido, o que que acontece? Ele também não pode. É feito um anjo da guarda. As obrigações que a gente faz é mais pra fortificar o orixá. (E3)

Contudo, pode também estar aplicando uma espécie de sanção disciplinar ou punição devido a alguma (falta de) atitude de seu filho que por ele venha a ser considerada como digna de repreensão.

Ela [Iyansan] me jogava em todas as paredes que tinha na roça, em todos os quartos que tinha na roça. Tudo que você pudesse imaginar que dói, ela pegou pra me bater. (E4)

No caso de E4, essa punição se fez de forma violenta por meio de uma experiência de transe em que se deu uma autoagressão. Tal experiência foi justificada pela divindade e oferecida à Mãe de Santo de maneira verbalizada e nem mesmo essa autoridade se viu em condições de deter ou cessar aquele episódio. De alguma forma, a “surra” mostrou-se justificada e em alguma medida esperada pela comunidade, o que se percebe pela anuência dos demais Orixás que ali se personificaram. Esse caminho, porém, é apenas um entre vários possíveis de demonstração por parte do Orixá de que alguma atitude não foi correta. Essa relação disciplinadora e disciplinada é algo esperado e valorizado como positivo, o que parece corresponder a certas expectativas de educação e vida familiar que são reproduzidas e provavelmente são tidas como parte das relações travadas dentro da casa de santo.

Foi uma forma do meu próprio orixá de me penitenciar, de alguma coisa que eu fiz de errado. Porque, digamos assim, eu tomei decisões, eu fiz coisas que eu mesmo, eu não faria. Eu fui contra a minha forma de pensar, a minha forma de agir. (...) Foi como se meu orixá tivesse me levando por caminhos, pra que eu fosse cada vez melhorando como ser humano.” Ah! mas você passou por tanta coisa ruim!” Foi. Mas me tornou mais forte, não me matou. Me deixou exatamente dando valor às coisas, às melhores coisas: as coisas mais simples. (E9)

Com esse meu santo, com esse meu orixá, se eu faço alguma coisa que eu posso vir a atrapalhar a ele, então ele vai arrumar

um jeito também de vir a atrapalhar a mim. Eu tenho que tá sempre na mesma vibração com ele, né. Eu sou a corda. O meu orixá é o meu violão. Se eu desafino, não tem som. Se não tem som, arrebenta essa corda, troca, acerta, puxa, estica. Volta ela pro eixo. (E9)

E9 dá, inclusive, um nome específico para esse tipo de punição, a saber, “ser pembado”.

Ser pembado, digamos assim, é quando você começa a passar por coisas assim que, que te atrapalham na vida. (...) Você fica... Eu acho assim, é meio relativo. Cada um tem uma forma. Têm pessoas que são fisicamente. Têm pessoas que são espiritualmente. Têm pessoas que às vezes não consegue arrumar um trabalho. Fica na merda mesmo. Foi o meu caso. Eu fiquei muito tempo muito ferrado de grana.(...) Tem que tentar resolver, tentar ir lá e pedir desculpa e agô do que você fez de errado. (E9)

Sentir-se ameaçado pelas nefastas consequências de um feitiço mostra-se uma marca na religiosidade brasileira, o que leva a um posicionamento ambivalente: a intolerância e acusação de feitiçaria por parte de sacerdotes dessas religiões mediúnicas, como também a recorrência a seus serviços diante do temor de ser vítima de um feitiço (MAGGIE, 1986). Tomando essa crença e sua fecundidade no imaginário religioso brasileiro como fio condutor de análise, apreende-se do material empírico que ser vítima de feitiços, “macumbas” ou ebós pode ser a causa de diversas formas de sofrimento (físico ou mental). O termo ebó, nesse caso, assume outro sentido que vai justamente na contramão do seu uso enquanto recurso terapêutico ou de limpeza espiritual. Seu potencial cuidador ou até curador é revertido e considerado como perigoso ou letal quando realizado com fins específicos para prejudicar alguém. Nessa acepção, ser vítima de um ebó pode fazer com que a pessoa adoença ou passe por uma diversidade de infortúnios em sua vida profissional ou particular.

Achei que era gente fazendo macumba pra mim. (E2)

Tem um outro ogan na minha casa que por causa de feitiço, entrou lá sem andar. Ele não andava. Ele tinha tipo uma fraqueza nas pernas. Os músculos das pernas não sustentavam ele em pé. Ele hoje anda e tudo. Quando ele passou a ir lá, e passava o ebó, fazia um monte de coisas lá previstas. Depois que ele fez o santo, hoje anda normalmente. (E11)

O feitiço pode é, aleijar uma pessoa, pode matar uma pessoa, pode fazer muitas coisas pra pessoa, né? Quando eu falo fazer,

é a pessoa viver a partir dali é, enlouquecer, colocar em cima de uma cama e não andar mais. O feitiço faz isso. (E11)

Cogitar ser vítima de uma “macumba” ou feitiço, bem como perceber que essa é a causa do sofrimento de um irmão de santo, é algo recorrente nas entrevistas e se caracteriza por dois aspectos fundamentais: existência de uma relação de intento na qual uma pessoa realiza um feitiço com o fim de gerar sofrimento para outrem; e determinação da eficácia pelo enfraquecimento prévio da vítima em potencial. Dito de outra forma, para sofrer as agruras causadas por um feitiço, é necessário que haja uma situação de fragilidade prévia que ofereça as condições de possibilidade para que o feitiço funcione. Os filhos de santo entrevistados, quando falam a respeito, consideram que é possível ser vítima de um feitiço, mas que, por serem iniciados, estão protegidos de eventos vindouros relacionados a esse tipo de artifício.

Tem pessoas que acham que todo mundo faz ebó pra ela, faz feitiço pra ela, entendeu? Eu não acredito nisso. Eu acredito que possa sim um dia, a pessoa tá com raiva de mim, me desejar uma praga ou até fazer [feitiço]. Porque faz, entendeu? Mas não quer dizer que tudo que acontece também hoje pra mim isso é um feitiço. (E4)

Se a pessoa quer me sacanear, quer foder com a minha vida ou sei lá o quê, então eu entrego ao astral. Eu não vou ser capaz exatamente de ir lá acender uma vela pra esse... Eu não perco meu tempo com esse tipo de coisa. Prefiro acreditar no que eu tenho, que eu vou estar protegida pelo meu orixá, do que aquela pessoa vai ter força pra me fazer alguma... (E11)

Porque pra pegar o feitiço é, você tem que tá enfraquecida espiritualmente, né? Se não, você é capaz de descobrir antes e ter como reverter... (E3)

Por essa linha de entendimento, a iniciação e inserção em um terreiro tem não só um efeito terapêutico, mas também profilático, ao passo que é capaz de impedir que feitiços possam engendrar suas consequências nefastas no futuro.

Outras causas de fundo espiritual ou religioso cogitadas pelos entrevistados estão relacionadas à atuação de entidades, eguns e encostos. As finalidades, assim como a força dessas influências, porém, são bastante díspares entre essas tipologias. Com relação às entidades, fica claro nas entrevistas que estas são espíritos com características muito particulares, como Exus e Pombagiras que vêm demandar oferendas, cuidado e

um espaço de louvação e manifestação (incorporação) pública. Essas entidades correspondem a figuras do imaginário histórico e social brasileiro, como o índio (caboclos), o malandro (Zé Pelintra) e escravos (pretos e pretas velhas). São, a rigor, evocadas na Umbanda, mas, como se pode verificar no material empírico, fazem-se muito presentes no cotidiano e no discurso de pessoas de candomblé. No entanto, a abordagem desses espíritos no espaço dos terreiros é um tabu e apenas em uma entrevista falou-se abertamente de que os mesmos são evocados e louvados em festas específicas para eles.

De modo a tentar iluminar alguns aspectos concernentes à relação dos chamados “catiços” com seu “cavalo”, alude-se aqui ao conceito maussiano de dádiva (MAUSS, 2001), que contempla uma espécie de circuito de troca e circulação do dom. Se o tomarmos como eixo para pensar a relação que se estabelece com tais entidades, pode-se pensar que estas exigem oferendas e sacrifícios para que possam beneficiar seu “cavalo” e potenciais clientes, os quais por seu turno, também oferecerão oferendas e sacrifícios em benefício dos “catiços”.

A princípio, ela disse pra mim, que seria o que a maioria chama de catiço. (...)Seria como se fosse pombagira, tranca-rua... Entidades acho que da rua mesmo. (E6)

Mas tem uma entidade, que é ligada à noite, à rua, que não faz parte do candomblé mais ortodoxo, que não trabalhamos, mas na umbanda sim. (...) Um Exu, um muito específico. Que me acompanha desde criança e até me protege pela noite, mas é de muita agressividade. Depois da entrada no candomblé, essa entidade foi educada e a agressividade foi embora. (E7)

Com quatorze anos eu recebi uma entidade e a entidade falou que eu tinha que botar roupa. Na Umbanda, você tinha que botar roupa. Então, o que que era, eu tinha que ingressar num Centro de Umbanda. Então, vamos pra um Centro de Umbanda. (E8)

Tal como se vê nas colocações de Mauss, contudo, a circulação não pode ser interrompida e funda toda uma lógica das relações sociais. Na interrupção desse circuito, seja por recusa de oferecimento das oferendas, seja por incompreensão por parte da pessoa de seu “dever”, residem os males que podem ser causados pela ação das referidas entidades, como se pode ver a seguir:

Eu só soube dele, que ele sofreu um acidente muito sério de automóvel, uns dois ou três anos antes e que tinha sido assim um recado do exu dele. Isso eu sabia. Ele perdeu praticamente trinta por cento da massa encefálica. (...) E o exu dele, que tinha desvirado alguns minutos antes dele sofrer esse acidente, falou que ia beber o sangue dele. (E11)

Quando eu cheguei, eu me deparei com uma cena terrível: era essa minha irmã, ela estava nua dentro de casa, com uma vela na mão acesa. Era o tal do Caveira, que às vezes aparecia na cabeça dela. E aí, nesse dia, eu lembro que foi uma coisa muito traumática. Porque eu entrei, aí ele pediu pra tirar a criança de perto, aí ele foi vindo pra mim e falou assim: - Eu vim aqui só pra falar uma coisa, a partir de hoje acabou a história da sua irmã. - Não, do aparelho, cavalo, não lembro. - Eu vou enlouquecer ela. - Uma pombagira que ela tinha, segundo ele, fazia intervenção para ajudar, [mas] não adiantava mais por que o dono da cabeça dela era ele! - Não adianta mais a outra fazer intervenção, agora sou eu! - Eu vou acabar com o casamento dela, eu vou enlouquecer ela, mas só... - E apontou assim pra mim: - Tem uma moça... - Que era uma moça que morava em cima dela. [Ele] virou e falou assim: - Ela fez uma coisa pra ela, vou mostrar pra ela [vizinha] que quem pode mais sou eu! Vou tirar uma coisa [dela] dentro de sete dias e destruir a vida da sua irmã. - Eu achei aquilo... Aparelho, cavalo, sei lá... Eu achei aquilo meio estranho, meio confuso. O tempo passou, eu voltei pra minha casa. Isso era um sábado. No sábado seguinte, exatamente sete dias, o filho dessa moça que morava em cima dela, por algum motivo foi fazer um assaltozinho bobo num ônibus, estava começando, só que ele teve a infelicidade de pegar justamente um policial e tomou um tiro na cabeça! E faleceu dentro do ônibus! Quando aconteceu esse episódio, a minha irmã ficou mais revoltada ainda! Falou que aquilo não era uma coisa de Deus, porque “como que uma entidade como aquela conseguia fazer esse tipo de coisa?”. Mas o tempo passou. O tempo foi passando e realmente o casamento dela acabou e ela enlouqueceu. (E1)

As duas narrativas acima representam a letalidade que pode existir na relação com os catiços. Uma relação altamente pessoalizada, que adquire um matiz mais sutil na relação com os orixás, parece marcar as negociações com essas entidades, que mostram atitudes passionais semelhantes àquelas observáveis na mitologia e nas grandes tragédias gregas. De acordo com os entrevistados, os catiços são capazes de oferecer coisas boas a quem tomam como “aparelho” ou “cavalo”, ou seja, como meio de comunicação, no entanto, podem em um acesso de fúria ser perigosos e gerar grandes prejuízos à vida dessas

mesmas pessoas, como a ruína, a loucura ou a morte, o que mais uma vez ressalta o conteúdo trágico dessa relação.

Os eguns, por sua vez, corresponderiam a pessoas já falecidas e que se aproximariam dos vivos com as mais diversas finalidades.

É o próprio espírito mesmo... Que a pessoa morre, não sabe que morreu, ou não quer morrer e morreu e não aceita essa condição, né? Então, é, pensa que tá ajudando e não tá, de ter alguém, alguma pessoa morta encostada nela, algum egum, né? (E3)

O egum ele encosta às vezes querendo ajudar e atrapalha, né? Em vez de ajudar, atrapalha [risos]. (E4)

A primeira explicação que me deram era que eu estava com problema com egum e egum, pelo que ele falou, pelo meu jogo, é qualquer espírito, uma pessoa que morreu e estava ali. A significação que ela deu foi relacionada à minha ancestralidade, aos meus antepassados. (E6)

Os eguns¹⁵, assim, mostrar-se-iam muitas vezes bem intencionados, mas podem ser mal sucedidos em sua tentativa de auxílio. Nesse ponto, podem exercer efeito semelhante ao que foi denominado pelos entrevistados como “encosto”. Os eguns, entretanto, seriam bem menos poderosos do que os catiços e, de acordo com os entrevistados, causam problemas por estarem próximos dos vivos, devendo ser encaminhados. Essa visão aparenta se aproximar bastante também dos espíritos obsessores da liturgia kardecista. Os catiços, por seu turno, devem permanecer próximos para oferecerem suas boas e poderosas influências, devendo para tanto receber suas oferendas, de modo que fiquem satisfeitos.

Com relação aos encostos, percebe-se que sua definição é mais nebulosa e pouco elaborada pelos entrevistados, que demonstram também dificuldade em conceituá-lo e explicar sua influência. Noções como as de energia e espíritos (equiparáveis aos eguns) embrenham-se e permitem vislumbrar a ideia de encosto como uma espécie de campo ou emaranhado de influências espirituais, que exigiria ações em diversos níveis, desde o psicológico até o espiritual propriamente dito, por meio de banhos, rezas e rituais.

¹⁵ Existe na literatura algumas referências à noção de egun (CRUZ, 1995; VALENÇA; FONSECA, 2009; SANTOS, 1976) como um ancestral, um espírito a ser louvado após à sua morte, e que não aparece nas entrevistas.

Encosto é aquela energia que não é compatível com você, não é, cara, não é. E assim, existe essa meleca. (...)Você entra num ambiente, o ambiente não tá bom, tá todo mundo tão ruim que o ar fica pesado. Eu acho que as pessoas tem a propriedade de soltar enxofre, entendeu? Sei lá, entendeu, essa energia de produzir enxofre do nada, entendeu? Pegar o óleo, misturar com alguma coisa, criar uma reação química no ar com essa energia. Acho que a coisa passa por aí. E aí essa história do encosto, ele pode ser um espírito ou não. (E8)

O encosto é, são, obsessor, é meio que parecido, né? Mas são espíritos que viveram na terra e estão sem luz, estão buscando um refugio, né? E eles entram no seu corpo e começam a te sugar energeticamente. O obsessor, ele, ele entra e, pra prejudicar a sua vida, ele já entra naquele intuito de, de destruir. O encosto não, ele tá ali só pra, pra se, se manter energeticamente. (E10)

Quiumbas são esses espíritos sem luz, é o encosto, né, que a gente chama. Aquele é um processo em que você tá tirando essas coisas que não são suas, tá, que não te pertencem. Podem ter se aproveitado do seu momento de fragilidades pra fazer você agir daquela forma, entendeu? O que você precisa é equilibrar sua energia, pra aquilo que realmente te pertença possa estar com você e não aquele monte de coisas ruins. (E8)

A ideia de encosto em alguma medida assemelha-se à de egun pela via da inexistência de uma intenção perversa na aproximação do espírito, mas ultrapassa a existência e participação desses espíritos, dada a ideia de que também agregaria um fator energético deletério.

7. ENTRE O PSÍQUICO, O ESPIRITUAL E O SOMÁTICO

Nos depoimentos colhidos parece haver uma distinção mais ou menos rígida entre três etiologias de doenças: física, mental e espiritual. Nesse sentido, o tratamento a ser utilizado pode tanto se restringir à medicina oficial ou às práticas religiosas (não necessariamente aquelas do candomblé). Tal constatação parece ir ao encontro do reconhecimento da figura do médico como aquele que se deve procurar primeiro em caso de adoecimento, de maneira que a figura do Pai de Santo emergiria apenas naqueles casos em que a biomedicina se mostrasse ineficaz. A separação entre o físico e o espiritual aparece em algumas falas, tais como:

Eu não vou ficar achando que só o santo vai me resolver o meu problema de saúde. (E4)

O santo vai cuidar da, do seu lado espiritual, né, curar sua parte, da sua tradição, da sua, é, dos seus, é, como é que se fala, dos seus antepassados, vai cuidar da sua religião. (E3)

Eu não, eu não me preocupo e não atribuo todo o tempo às coisas ao santo, não, nada disso. (E11)

Eu acho que eu tenho alguma questão fisiológica. (E7)

Como é físico, eu separo muito as coisas físicas, do físico, e do espiritual. (E4)

Mas existe uma coisa física aí, né? Depressão é uma coisa física, então você tem que cuidar, se cuidar assim. (E4)

Não fui mais porque eu percebi que, que não era físico. Não, não eram sintomas físicos. (...) Expliquei a ele o que tinha acontecido e ele me, me passou uma tomografia, na época. Eu cheguei a fazer, mas não deu nada. Ele falou que poderia ser um cansaço físico, um esforço mental, me deu até uns dias pra ficar em casa, mas eu tenho certeza que não foi. (E10)

Nas falas acima, a doença dita “física”, ou seja, aquela localizada em algum órgão ou passível de identificação em exames médicos e laboratoriais, é situada em outro estatuto. O estabelecimento desse diagnóstico circunscreve uma esfera de ação estritamente médico-hospitalar. Chama atenção o situar da depressão como uma doença física, o que pode se relacionar à apreensão midiática dos diversos conteúdos

relacionados ao fundo organo-cerebral dos transtornos mentais e seu tratamento pela via alopática.

A cisão entre essas diferentes casuísticas apresenta-se de forma bastante explícita, no entanto, em alguns momentos as categorias se aproximam e permitem a conjugação de terapêuticas na visão dos entrevistados. E2 e E3, por exemplo, separam as doenças físicas do domínio das espirituais e mentais, as quais já seriam menos discerníveis e, portanto, com maior possibilidade de envolver em seu tratamento recursos terapêuticos os mais diversos.

O nosso corpo pode ficar doente, né? O espiritual você tem, você tem que, você tem que ver até onde vai. Como ela [Mãe de Santo] não falou que era espiritual, então eu tô tratando do meu físico. (E3)

Porque o meu pai de santo, ele procura dizer que nem sempre dá pra recorrer pro candomblé pra tudo. Às vezes pode ser um problema que dá pra ser resolvido com médico, isso e aquilo. (E2)

Nas duas falas, contudo, é possível observar certa inversão do modelo descrito acima, ao tempo que a Mãe ou Pai de Santo aparecem como as figuras que diferenciam (ou podem fazê-lo) aquelas doenças que devem ser tratadas no sistema oficial daquelas que competem à sua alçada. Isso parece ir ao encontro dos achados de Ally & Haler (2008). Estes autores, ao estudarem a percepção de cuidadores religiosos islâmicos sobre doenças mentais, verificaram que eles estabelecem uma franca diferenciação entre essas e aquelas ditas espirituais, que estariam submetidas a uma clara taxionomia que distingue doenças e suas causas. A partir dessa classificação, esses cuidadores viriam a determinar como e onde deve ser feito o tratamento.

Eu não identifiquei como sendo de ordem física. (...) Os problemas de saúde são problemas que eu tenho há muito tempo: eu tenho asma, tenho crise constante de sinusite, nada que me indicasse que eu precisava procurar um caminho da saúde. (E6)

No trecho supracitado, é possível perceber, porém, que nem mesmo o adoecimento físico deve ser necessariamente conduzido a um serviço médico. A busca por ajuda médica pode estar relacionada à percepção de uma gravidade e correspondente

inferência de necessidade de uma terapêutica mais complexa ou de um sofrimento e/ou dor agudos. Percebeu-se também que mesmo uma doença percebida como física pode ser alinhada por aquele que a detém como algo de fundo simultaneamente físico e espiritual:

Não sei se isso tem relação direta com o candomblé... Eu tenho rinite alérgica, gastrite nervosa... Em três anos, eu não tive nada. Em dois anos, eu estou tendo um monte de doença. Eu estou chegando aos 40 anos tendo climatério, que é de família, e é anterior à menopausa. Meu corpo está se modificando, porém, tem uma explicação no candomblé para isso. É como se o meu corpo estivesse sendo arrumado para receber a honra dessa grande orixá, Nanã, se utilizar do meu corpo para vir à terra. Então, eu estou um pouco mais inchada, minhas ancas estão maiores, mas eu não engordei, eu inchei. Até porque o peso do orixá é muito, muito grande. Então os meus joelhos e as minhas articulações começaram a doer mais. Portanto, tem a explicação do candomblé também. (E7)

Mostra-se importante aqui lembrar do conceito de Kleinman de modelos explanatórios (KLEINMAN et al. 1978; KLEINMAN, 1980) ou explicativos. A forte influência do meio social e da cultura faz com que, a partir da apropriação individual das diferentes referências que borbulham nesse caldeirão cultural, formem-se modelos singularmente coletivos acerca do adoecimento. Dito de outro modo: o adoecer, para ser compreendido, é antes de tudo aprendido e nesse processo ganha sua matiz individual. Dentre os elementos que compõem esses modelos explanatórios figuram: etiologia (explicações causais); duração e propriedades dos sinais e sintomas (descrição das manifestações sintomáticas); fisiopatologia (órgãos e sistemas envolvidos, que não necessariamente correspondem ao conhecimento médico *tout-court*); evolução e prognóstico; tratamento. Esses elementos não se dispõem em ordem de importância ou em sequência e podem apresentar contradições e incoerências entre si, estando mais ou menos próximo do modelo médico; no entanto, esse modelo com todas as suas disparidades é o solo em que o paciente se assenta quando se depara com o adoecimento.

Ao olhar mais de perto para as falas dos entrevistados, percebe-se que, mesmo com diversas possibilidades de construção, os modelos explanatórios guardam semelhanças

entre si, mesmo (e talvez principalmente) em suas incongruências. Os trechos a seguir, por exemplo, falam sobre a prerrogativa da etiologia física e do tratamento médico em detrimento de causas mentais e espirituais e suas terapêuticas. E1, por exemplo, salienta que no orgânico pode estar a causa de doenças físicas e mentais devido à (falta de) ação do que denomina “enzimas” ou “hormônios”, situando que o apoio espiritual pode ser importante quando for constatada a regularidade do funcionamento orgânico. E11, por seu turno, é mais enfática e diferencia as doenças físicas incuráveis ou graves, mas vê que o candomblé pode ajudar em doenças espirituais e mentais, aproximando-as. Seguindo um raciocínio semelhante ao de E1, E8 relaciona doenças mentais ao arcabouço psicofarmacológico e vê as doenças espirituais como algo à parte.

Eu acho que a medicina hoje pode ajudar bastante, porque eu sei que há determinada falta de enzima que causa alterações. Não sei qual enzima, mas sei que há determinadas substâncias que deveriam ser produzidas normalmente pelo organismo e que na falta disso pode ocasionar problemas sérios, inclusive problema mental ou físico mesmo. Como eu falei pra você, que eu tinha um problema no coração que disparava, eu defecava sem o mínimo controle, assim como há essas coisas, há também falta de algumas enzimas que podem causar, tanto que o tratamento é feito para reposição. Eu sei que é uma reposição para alguns pacientes que são psiquiátricos. Eu acho que quando é feito esse diagnóstico, eu acho que deve ser feito, sim. Mas não faltando isso, o organismo produzindo isso direitinho, ou seja, parte física toda direita, e mesmo assim, as pessoas apresentam alterações, eu acho que talvez um apoio espiritual seja importante, seja ele qual for. E não estou dizendo que seja o candomblé, tô dizendo que qualquer ajuda espiritual poderia funcionar nesse sentido, desde que olhando realmente se não faltam essas enzimas. (E1)

Não acho que o candomblé seja, nem outra religião qualquer, substitua o tratamento médico para doenças incuráveis, doenças físicas, essas brabas. Foi o que eu te falei. Agora as doenças espirituais e principalmente as emocionais eu acho que sim, no candomblé tem grande chance. (E11)

E aí pode ser por um problema psiquiátrico ou problema dessa ordem, né, espiritual. Ou pode ser um problema psiquiátrico, que é uma coisa que eu conversei com a psicóloga, que de repente, né, essas questões espirituais elas podem apresentar

uma bioalternativa de cura ou de controle, né, para essas doenças psiquiátricas, né? (E8)

Mas é pra separar, entendeu, aquilo que realmente é da coisa da espiritualidade, ancestralidade que se manifesta nela, da angústia de querer se encontrar, da angústia da depressão, entendeu? (E8)

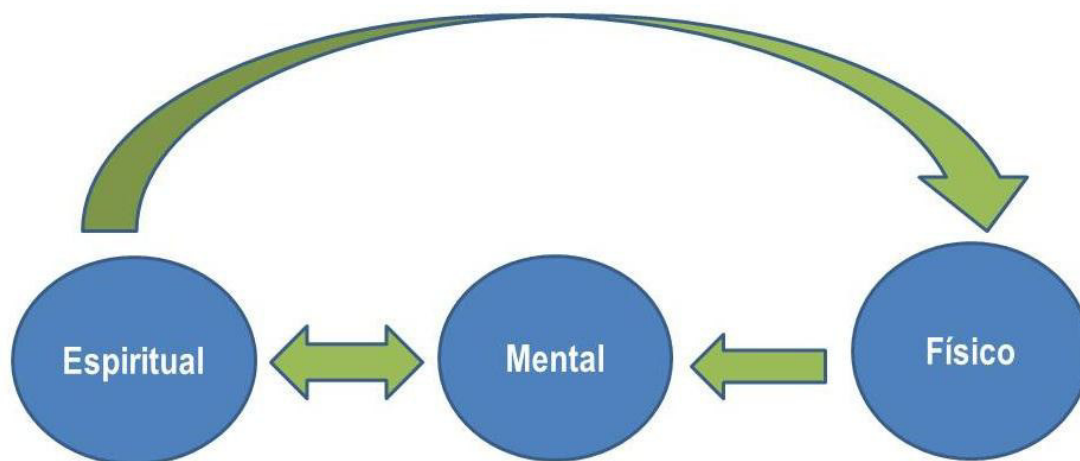
Agora, acho que chega o mundo espiritual, mas acho que chega também a questão do mundo da psique, sabe? Eu acho que chega esse conflito da psique, de você querer se isolar, de querer ser outra pessoa, de querer que acontecesse de uma outra forma. Mas acho que também que quem tem esse caminho da espiritualidade, ele também se manifeste, entendeu? Eu acho que essa questão potencializa a questão da espiritualidade e vice-versa. (E8)

Em outra entrevista, porém, observa-se que existe também outro tipo de relação entre o físico e o mental, calcada no potencial traumático que pode ter um acometimento de saúde de ordem física:

Eu já estava casada quando tive um problema no útero. Eu fui ao médico, nunca tinha tido nada, ele fez uma transvaginal e falou que eu estava com uma ferida no útero. Eu perguntei pra ele: - O senhor pode me falar se é um câncer, se é alguma coisa mais séria? - Ele respondeu: - Eu não posso dizer se é um câncer, pode ser ou não. - E a partir dali desencadeou tudo, eu fiquei muito nervosa, dormia muito pouco, chamava meu marido no trabalho... Eu pedia muito à Nossa Senhora da Aparecida que não fosse nada, eu chorava muito, fiquei muito sem chão, sem vontade de fazer nada... Pensando que eu poderia estar doente, até o resultado chegar, até voltar ao médico de novo. Acho que durou uma semana ou mais, eu não lembro. Então, a partir daí eu nunca mais fui a mesma. (...) Ele ligou pra o laboratório que deu o laudo que não era maligno, falou que ia fazer esse processo em mim, que não era pra eu me preocupar. Ele fez, passou o remédio e falou que de seis em seis meses é pra eu fazer preventivo, direitinho... Mas o que mais me chocou... Desencadeou... (choro)... Isso me deixou muito fora de mim. (E5)

No gráfico abaixo, encontra-se uma síntese da relação entre as três etiologias e males por elas causados (mental, física e espiritual) a partir dos resultados obtidos:

Figura 1 – Etiologia e padecimentos físicos, mentais e espirituais na visão dos entrevistados



Segundo o gráfico acima, as etiologias e os respectivos males de ordem física, mental e espiritual existem isoladamente, mas também influenciam-se entre si. Assim, uma doença mental pode ter uma origem física, e problemas ditos espirituais podem ter fundo mental e vice-versa. Da mesma forma, a dimensão espiritual pode influenciar a física.

A perspectiva de Montero (1985) concebe que o discurso sobre o adoecimento é elaborado dentro e a partir do discurso do sistema oficial, mas que se abre à etiologia espiritual quando esse sistema parece não dar conta da demanda que se coloca. Nesse sentido, é cabível a construção de uma aceção religiosa do adoecer, dado que a “representação da ‘doença’ implica, portanto numa relação Agressor/Vítima, agressão esta que se constitui por sua vez em ameaça à ordem social mais abrangente. É esta ameaça que o pensamento religioso, ao tentar compreender, procura neutralizar” (MONTERO, 1985, p. 130). Os achados das entrevistas parecem se aproximar do que é enunciado por Montero, ao tempo em que se distanciam da primazia da religião sobre a medicina apontada por Loyola (1984), para quem a religião dá todo sentido à doença, à cura e à saúde, colocando-se de forma paritária e mesmo em supremacia à medicina. O que permite conjecturar que isso pode estar relacionado às melhorias no acesso aos

serviços e ao cuidado em saúde na rede pública e privada (por mais problemáticas que se mostrem na atualidade).

Sem se configurar em um grupo religioso estrito, mas em um território mais amplo bastante conectado ao que Parker (1996) e Valla (2001) chamam de religião ou religiosidade popular, esse tipo de pensamento combina-se ao modelo biomédico e trava alianças e rupturas com ele na constituição dos já citados modelos explanatórios ou explicativos. Por esse caminho, vislumbra-se nesta rota a alusão à Minayo (1988), que aponta que, se o embasamento em conhecimentos anátomo-fisiológicos fornece ao modelo biomédico uma posição dominante, o encontro da relação médico-paciente permitiria acessar outros modelos e conhecimentos gerados no seio de grupos sociais que se dirigem ao serviço de saúde. É explicitado, todavia, que esse caminho não é óbvio, tampouco evidente. A publicização desses modelos para o profissional de saúde no processo de construção do projeto terapêutico (OLIVEIRA, 2002) é bastante prejudicada.

Então, eu acho que a psiquiatria sozinha ela não funciona, a não ser que o psiquiatra não tenha, mas também eu era tão novinha, e sozinha, ainda tinha isso, você não vê o psiquiatra, que ele esteja preparado pra entender isso aí, sabe, conversar, pra ver realmente até que ponto é um distúrbio, até que ponto é uma questão da espiritualidade. A gente sabe que a maioria nega que exista esse tipo de coisa, mas eu compreendo perfeitamente que exista isso aí. Mas não dá pra você jogar numa caixa e fingir que não existe. Pode não existir pra ele, numa interpretação dele, mas pra aquele outro existe, é real. Ele tem que procurar entender que de repente se tivesse tido esse entendimento, as coisas teriam sido mais fáceis pra mim.
(E8)

A entrevistada aqui fala sobre a tênue fronteira entre a doença mental e espiritual e como esta, que ela percebe tão claramente, é negada pelos médicos, os quais teriam uma visão delimitada, atendo-se aos seus modelos explicativos e sem abertura para aqueles trazidos pelos pacientes. A necessidade de valorizar esses modelos enquanto saberes é o que viria a permitir a construção de um terceiro conhecimento (MARTELETO; VALLA, 2003), o qual é profundamente ligado à ação social. Com isso, encontra-se conectado aos meios de produção, apropriação e disseminação de informações, como

também aos seus usos. Sendo assim, mantém-se constantemente aberto à gênese de sentidos e mediações, e desse caráter intersticial é justamente de onde provém sua terceiridade (MARTELETO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2002). As mesmas autoras frisam que “as formas de conhecimento cotidiano, implícitas nos sentimentos e habilidades da população e na vivência prática dos seus problemas, deveriam ser levadas em conta, juntamente com o conhecimento profissional médico e educacional” (*ibidem*, p. 76).

Neste caso especificamente, é preciso pensar na abertura de flancos de diálogo entre profissionais de saúde e usuários, o que por certo passa pela necessidade de que a medicina ocidental também reconheça e se aproprie do saber religioso para melhor cuidar de seus pacientes (ALLY; HALER, 2008).

Eu acho que o cérebro é um bichinho, que a gente não, né, conseguiu descobrir tudo que o cérebro é capaz, né? De repente todos esses espíritos que a gente vê pode ser projeção desse cérebro, não sei, de repente as coisas que vão acontecer, os recados, é porque de alguma forma é percebido o sinal. Pra você ter uma ideia dessa coisa, eu trabalho, eu não nego essa possibilidade. Ah! Então porque o corpo me deu um sinal, eu analisei com as informações que eu recolhi ao longo da vida, que eu li, e aí ao analisar eu percebi esses sinais e o corpo descodificou e aí eu projetei isso. (...) Falar que eu vi, o cérebro descodificou o arquivo todo, eu joguei isso pra uma terceira pessoa, porque de repente vai ser mais fácil de você acreditar que é um espírito, do que eu que percebi os sinais, entendeu?
(E8)

Neste recorte, E8 se vale de teorias fundadas nas potencialidades do cérebro, fazendo uma analogia com o funcionamento de um computador. Sob esse prisma, E8 eliminaria a participação de entidades em manifestações mediúnicas (por exemplo, receber recados de espíritos sobre algo que vai acontecer no futuro), tomando-as como “projeções” do funcionamento neural. Ao final de sua fala, a entrevistada faz conjecturas sobre essa teoria e oferece como hipótese para o sucesso da “teoria dos espíritos” o fato de que a mesma permite a responsabilização – ou melhor seria culpabilização? – de outrem, no caso, do espírito que teria enviado a mensagem. Por esse raciocínio, é possível pensar no sofrimento de se ver como alguém que passa por esse tipo de experiência e no dever

ético que essa posição ocupa, daí ser mais fácil acreditar que foi um espírito, do que tomar para si a elaboração de uma mensagem, cujo conteúdo diz respeito e poderia mesmo interferir na vida de alguém. É interessante perceber que a entrevistada em nenhum momento liga essas experiências a um adoecimento mental, mas situa sua hipótese alternativa no domínio da responsabilidade e capacidade de responder por seus próprios atos, cujas implicações podem tornar mais palatável a explicação espiritual.

No material empírico apareceu somente uma narrativa que diz respeito à apresentação de um sintoma físico – no caso do entrevistado, uma forte dor de cabeça – que surgiu após ele começar a frequentar, por curiosidade, um terreiro de candomblé:

Quando eu voltava na casa de santo. Eu voltava a sentir. Eu achei que poderia ser algo psicológico meu, mas eu nunca tive problema psi, psicológico. (...) Eu entrar e, eu entrar na casa e achar que, que algo tava me influenciando e começar a sentir dor de cabeça. Era como se a minha cabeça fabricasse aquela dor, né? Mas eu percebi que não. Depois que eu fiz os procedimentos que ele pediu, falou que eu melhoraria, aconteceu de melhorar. Aí minha dúvida batia, o porquê daquilo, qual era o significado daquilo tudo. (E10)

No entanto, quando se analisa mais atentamente, observa-se que o entrevistado elucubrou acerca da etiologia de seu mal-estar ainda dentro das três esferas causais já enunciadas e somente atribuiu seu sintoma a algo de origem espiritual quando as outras duas possibilidades foram eliminadas e diante de sua melhora por meio da intervenção espiritual à qual se submeteu.

8. CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO E LITERACY EM SAÚDE MENTAL.

8.1. APOIO SOCIAL, REDES, RELIGIÃO E SAÚDE

A realidade religiosa, muito mais do que um mero conjunto estruturado de doutrinas encerradas em si mesmas em risco de ser corrompido por influências externas permanentemente, delinea-se de forma autônoma que permite a ela posicionar-se e mesmo alterar o que estaria, a princípio, fora de sua esfera (GOMES, 2000). A religião estaria envolvida em um denso processo educacional e cognitivo formal ou não, o que faz com que ela esteja enredada em um sem número de situações e espaços sociais e a torna detentora de grande poder e influência (*ibidem*). Enquanto parte do alicerce cultural e social de diversas sociedades, a vida religiosa mostra-se como um sítio de produção semiológica e simbólica coletiva calcada na constituição de relações e na remissão à dimensão do transcendente e/ou sagrado e seu embate com o mundo profano (PARKER, 1996). Isso permite a ela (re)construir-se permanentemente no âmbito dos acontecimentos e reações de instituições, grupos e indivíduos (SANCHIS *apud*. GOMES, 2000¹⁶).

O fenômeno religioso, assim, pode ser compreendido como algo concernente ao “campo de significações e linguagens comunicacionais de uma coletividade toda vez que esta coletividade se vê existencialmente confrontada com o problema do limite” (PARKER, p. 50), no qual se criam entendimentos e significados reguladores de condutas e relações. A abertura para uma realidade sobre-humana, definida de forma personalizada – ou seja, envolvendo entidades antropomórficas ou não –, viria a se constituir em termos de um intercâmbio entre os homens e destes com a dimensão do transcendente por meio de distintas mediações simbólicas, a saber: conhecimentos e representações, rituais, normas éticas e organizações.

Configurando-se como espaços comunicativos ricos calcados na troca e na reciprocidade, os grupos religiosos permitiriam a organização de um tecido social delineado por intercâmbios comunicacionais nos quais a cooperação faz frente à competição (LUZ, 2003). A saúde, nessa perspectiva, coloca-se sob a égide da vitalidade e da solidariedade e redes de apoio mútuo. A religião poderia, assim,

¹⁶ SANCHIS, P. O campo religioso será ainda hoje o campo das religiões? In: HOORNAERT, E. (Org.). História da Igreja na América Latina e no Caribe: 1945-1995. O debate metodológico. Petrópolis: Editora Vozes, 1995, p. 81-131.

contribuir para a construção de compreensões de mundo e da própria vida por meio não só de sua cosmologia, mas inclusive por meio das práticas que lhe são cotidianas, o que lhe dá um importante papel em termos de suporte ou apoio social (BALTAZAR, 2003).

Tais características dos espaços religiosos possibilitam pensá-los enquanto espaços de forte apoio social ou *social support*. Este é definido por Valla (1999) como toda e “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos” (p. 10). Sua emergência data do final da década de 70 e início da de 80 em meio a toda um debate que se dá nos Estados Unidos acerca de como o apoio social contribui para a prevenção e manutenção de saúde, mas também para a cura e reabilitação.

Ao ser compreendido como agente promotor para a obtenção de uma maior coerência e controle sobre a vida, o apoio social influenciaria benéficamente o estado de saúde de pessoas e comunidades (CASSELL, 1967; LACERDA; VALLA, 2003). Nesse sentido, incentiva um melhor enfrentamento das adversidades e a autoestima, de maneira que em grupos de apoio social – dentre eles é cabível destacar espaços coletivos de lazer, religiosos ou mesmo aqueles construídos em serviços de saúde – e no compartilhar de experiências que neles se dão, pode-se perceber a troca e o cuidado mútuo (LACERDA; VALLA, 2006), mesmo porque beneficia aquele que recebe, bem como aquele que oferece o apoio (CASSEL, 1976; MINKLER, 1985). A constituição das redes de apoio social teria como condição o reconhecimento do valor de seus atores em suas dimensões de afetividade, de direito e/ou de solidariedade. Tais redes, compreendidas como produtoras de saúde, têm nos espaços comunitários um enquadramento mais fértil para seu desenvolvimento do que nos serviços públicos, engendrando (com maior ou menor interação com estes) um circuito de cuidado (LACERDA, 2010).

Minkler (1985), em um estudo sobre as condições de vida e saúde de idosos, estabelece uma correlação positiva entre o apoio ou suporte social e a ideia de *empowerment*, de modo que a existência do primeiro contribuiria para que não só indivíduos, mas mesmo grupos e organizações adquiram maior controle sobre seus destinos. Segundo esse autor, a necessidade de estabelecer laços sociais é que viria permitir essa autonomia, a qual, dessa maneira, está longe de corresponder a um processo solitário e de desprendimento das relações sociais. Reconhece-se, porém, que o apoio social é passível de gerar efeitos

mistos, pois pode simultaneamente promover a sensação de autoeficácia e incrementar a autoestima e desabilitar, reforçando a dependência (KAWACKI; BERKMAN, 2001, p.461).

Mais precisamente no que diz respeito à saúde, observa-se que a defasagem dos sistemas de saúde ditos oficiais em relação às demandas que lhes são dirigidas faz com que a população busque em outros locais que não os serviços caminhos e alternativas para lidar com seu sofrimento e/ou problemas de saúde (VALLA, 1999; VALLA, 2002; VALLA, 2005; VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006). Nesse sentido, o valor do apoio social aumenta sensivelmente, ao tempo em que permite a aproximação de formas de terapêutica e cuidado integral não restritas ao sistema médico-hospitalar, o que engloba espaços como ONGs, grupos religiosos, associações de moradores, entre outros (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006).

Se Luz (1996) observa que no Brasil ninguém está efetivamente satisfeito com o acesso e a qualidade dos recursos de atenção à saúde que tem por disponíveis (sejam eles públicos ou privados), cabe inferir que a situação é ainda mais grave para aqueles que podem somente acorrer ao sistema público de saúde. É certo que a potência do apoio social independe da classe social daqueles que o recebem, no entanto, este emerge como uma “estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde das classes populares que convivem diretamente com os problemas decorrentes da pobreza e têm acesso restrito às práticas terapêuticas de saúde” (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006, p. 107).

Em uma revisão de literatura acerca do conceito de apoio social, Fingfeld-Conect (2005) pontua que ele possui não somente tipos distintos, mas atributos gerais que o permeiam, tais como o papel da informação, da influência do contexto e seu caráter interpessoal. Além disso, envolve determinadas condições que o antecedem (antecedentes), como a presença de circunstâncias favoráveis à sua ocorrência e a formulação de uma demanda e aceitação do apoio a ser oferecido por parte do receptor.

Por esse raciocínio, os espaços religiosos e as redes que neles se formam aparecem como um espaço significativo de busca por cuidado e resolução de questões de saúde-doença, dado que muitas vezes são lócus de oferta de apoio social e têm suas relações permeadas pela dimensão cuidadora (LACERDA et al., 2006). Com relação à influência das redes sociais de apoio sobre a saúde mental, observa-se a pertinência de duas hipóteses causais não-mutuamente excludentes: a do efeito direto, pela qual o apoio

social é benéfico todo o tempo e a *Buffering*, que situa o apoio social como mais benéfico em situações de stress (KAWACHI; BERKMAN, 2001). No mesmo texto, os autores frisam que os efeitos protetores dos laços sociais variam qualitativamente de acordo com o grupo social em questão.

Dessa forma, o apoio social ofertado e elaborado em contextos religiosos possui uma série de idiossincrasias quanto à sua repercussão na remissão do sofrimento em sua aceção mais ampla e na promoção de saúde mental. Em um estudo desenvolvido no México em centros espiritualistas, observou-se que esses locais possibilitavam a diminuição ou mesmo a eliminação do sofrimento (FINKLER, 1985¹⁷ *apud.* VALLA, 2002), contribuindo para uma melhor qualidade de vida de seus partícipes. Csordas (2002), por seu turno, salienta o corrente entendimento no senso comum de que o crescimento espiritual é constituído pelo processo de cura, fazendo com que aquele seja visto como promotor de saúde. Nesse sentido, seria cabível dizer que nos locais de cultos religiosos haveria uma ampliação da dimensão espiritual e todo um trabalho de elaboração simbólica em torno dela, cujo desenrolar pode conduzir justamente a uma possibilidade de experienciá-la de forma mais densa. É preciso atentar, porém, para não utilizar a ideia do apoio social como a chave-mestra para a compreensão da vida religiosa popular. Admite-se que

essa teoria [apoio social] tem muito a nos ensinar sobre as formas de lidar com o “sofrimento difuso” ou com as doenças crônicas, mas deve-se ter cautela em utilizar essa lógica como única forma de explicar a busca de igrejas e religião pelas classes populares. Tal metodologia pode resultar no ajustamento de um fenômeno muito complexo a uma teoria que ajuda muito, mas não necessariamente dá conta de todas as variáveis envolvendo as classes populares e a religiosidade popular. (VALLA, 2002, p. 70)

Parker (1996) defende a noção de “religião popular” em detrimento de uma dita “religiosidade popular”, na medida em que esta noção, fundada na sociologia, diria respeito a uma espécie de sentimento religioso de uma dada população, cuja medida é questionável e mesmo problemática. Além disso, esse conceito teria uma conotação

¹⁷ FINKLER, K. *Spiritualist healers in Mexico: successes and failures of alternative therapeutics*. New York: Praeger, 1985.

negativa ao se opor à religião enquanto um conjunto padronizado de práticas e crenças instituídas e legitimadas socialmente, sendo por vezes empregado de forma acrítica. Dessa forma, falar em uma “religião popular” permitiria melhor deslindar as profundas interconexões entre as religiões ditas popular e oficial, respectivamente. Isso porque Parker (1996) pontua a existência de uma profunda articulação entre elas, de maneira que as religiões populares configuram-se como manifestações e expressões coletivas de um dado conjunto de anseios, necessidades e esperanças que não encontram espaço nas religiões por ele denominadas como oficiais.

A partir disso, esse mesmo autor vê que a religião popular é também um espaço de defesa e sobrevivência dentro de um sistema político e econômico altamente excludente engendrado pelo capitalismo neoliberal, configurando-se muitas vezes como refúgio em situações de extrema pobreza e escassez de diversos recursos (VALLA, 2001). Parker, contudo, observa um *continuum* entre as culturas popular e dominante e a apropriação de aspectos de uma pela outra, o que se aplica também à religião enquanto parte de uma contracultura popular; dada a observância de demarcações e diferenças das expressões religiosas entre as diversas classes sociais.

O espaço religioso, nesse contexto, mostrar-se-ia como um locus privilegiado de suporte social. Uma razão para isso residiria na intensa convivência dentro da casa de santo e nos fortes laços de solidariedade que ali se estabelecem (GOMBERG, 2008). E4, por exemplo, enfatiza a importância da sua relação com seus irmãos de santo para seu restabelecimento e cura. Estar em um coletivo e sentir-se apoiado, de acordo com seu depoimento, é um fator chave no potencial terapêutico do candomblé:

A cura não é só a cura do milagre do orixá, sabe? Eu acho que a cura também tá nas pessoas, de sentir quando o outro sente que ele não tá só, não tá abandonado. O mundo tá caindo, mas ali você encontra uma pessoa ou várias pessoas que vão te apoiar, que vão te ajudar a levantar, que vão organizar as coisas com você, entendeu? Eu acho que isso é a força. (E4)

Meus irmãos de santo foram muito bons pra mim. Muito pacientes comigo, em todos os momentos da minha depressão. Foram muito, muito, muito presentes. (E4)

Então eu acho assim é, o que a gente é, pode fazer, de repente no candomblé, é tá junto, é em prestar solidariedade, é tá junto mesmo com a pessoa, é, é, dando o apoio necessário, do tipo,

sei lá, a família, às vezes, entendeu, até revezando é, numa vigília no hospital. (E11)

Outros entrevistados, no entanto, não valorizam tanto esse papel da coletividade, centrando na figura do Pai de Santo como aquele que sustenta e ajuda seus filhos. Ou seja, parecem vislumbrar uma maior individualização nas relações que ali se estabelecem.

Nem todo mundo tem a sensibilidade de ver que o outro irmão não tá legal. Nosso pai é que vê muito. (E9)

Após o candomblé na minha vida, tudo se acalmou. A primeira vez que eu tive uma crise de falta de cocaína, eu não falei para a minha Iyalorixá. Ela ficou muito chateada comigo por não ter dito. E eu fui fazer uma intervenção religiosa. (...). Quando eu tive decepções iguais àquelas que impulsionaram ao pânico, que podiam me deixar de cama, eu estava dentro do candomblé. Eu estava cercada de muito amor. (E7)

Talvez isso se deva à própria dinâmica do candomblé e à premência das relações hierárquicas, como se verá mais adiante.

Ao agregar uma população bastante distinta entre si em termos de classe social, raça e origem - em termos regionais ou até de nacionalidade, como sinalizado por Oro (1996) -, na medida em que a aproximação do terreiro via linhagem familiar mescla-se à chegada por motivos de sofrimento causados por adoecimento, problemas financeiros, amorosos, familiares, etc. – como visto, essas origens não se excluem e mesmo se interpõem nas narrativas obtidas. –, o candomblé parece se mostrar como lócus privilegiado de incremento do apoio social.

8.2. “A GENTE APRENDE A CONVERSAR COM ELES”

No encontro clínico podem ser percebidos dois níveis profundamente relacionados: um de julgamento, no qual o vivente avalia a sua condição, e um nível científico, que viria tentar dar conta da experiência do doente a partir da matriz normal-patológico. O segundo, porém, está vinculado ao primeiro, ou seja, justifica-se e advém da

necessidade terapêutica (ESTELLITA-LINS, 2007, p. 368). O encontro médico-paciente implica pensar a terapêutica como um encontro entre o conhecimento científico e a potência normativa do vivente por meio de um ato jurídico-prescritivo, o que viabiliza perceber a longa, porém por vezes confusa, distância entre o mundo do normal (submetido à racionalidade) e o mundo de criação de novas normas, embebido na experiência do vivente na sua relação com a doença e o sofrimento; sendo este último sempre obtuso em relação ao domínio do primeiro. Afinal, o “conhecimento gera prescrições, mas a normatividade vital precisa de cuidados” (ESTELLITA-LINS, 2008, p. 331).

O encontro com o profissional de saúde, em especial com a figura do médico, mostra-se atravessado por complexas interconexões entre as expectativas daquele que chega ao serviço, a construção da demanda, bem como a delimitação do potencial elenco a ser convocado a partir daí. A visualização desse amplo espaço vazio a ser preenchido por atores, cenários e roteiros, porém, por vezes mostrou-se aos entrevistados menos como um flanco de negociação e abertura para a construção de um projeto terapêutico até então não pensados do que como motivo de angústia diante de uma experiência de sentir-se desamparado e desacolhido. Duas situações mostram-se de grande riqueza para a compreensão. Analisar-se-á cada uma delas neste momento.

A primeira delas diz respeito à falta de diagnóstico, apropriado por alguns dos entrevistados como “não ter nada”.

*- Mãezinha, sua filha não tem nada. (...) Aí os médicos diziam:
- Ah! Isso é assim mesmo, nessa idade. (E2)*

Aí o médico, o médico que falou pra mim, que organicamente ela não tem nada. – Volta pra casa com ela... Isso daí tem que ser alguém de santo pra ver o que ela tem porque não é coisa de físico. Isso é coisa espiritual. - Aí ele falou: - Ela não tem nada. Não tem nada. Volta com ela pra casa. Ela voltou até desmaiada pra casa. (E3)

É, meu médico disse que eu não tinha nada. Ele falou assim pra mim: - Você não tem nada. (E9)

Em todos os lugares que eu ia, as pessoas diziam que eu não tinha problema algum. Problema fisiológico... Patológico... Sei lá como é o nome desse treco... Doença, que eu não tinha nenhuma doença! (E7)

Ele só falou: - Você é normal (risos), completamente normal.
(E8)

Fui no médico. Na época fiz, fiz tomografia, não deu nada, porque não teve motivo de causa. (E10)

Nas falas acima, observa-se que “não ter nada” delimita a finalização do encontro clínico de forma literal, funcionando como uma espécie de xeque-mate sem vencedores e que se consolida em perda para ambos os lados. Para o médico, que mesmo em posse de seu saber e de sua experiência profissional, abre mão de sua posição; mas também e, sobretudo, para aquele que vai até ele buscar cuidado ou tratamento e que sai sem respostas ou perspectivas. Faz-se notar aqui uma ênfase no diagnóstico e não no sofrimento experimentado e manifesto (ou não) pelo paciente. Ou seja, se “não ter nada” emerge como uma finalização do encontro médico-paciente, o oposto também vale. Dito de outro modo, “ter alguma coisa” é poder dispor da relação e do arsenal médico-clínico. Residiria aí uma ênfase no diagnóstico e, portanto, o já malfadado olhar centrado na doença – que seria o fim último da odisseia diagnóstica – e que invisibiliza o indivíduo, cuja consideração passa a ser fragmentada (CAMARGO JR., 1997).

É sabido que o encontro entre médico e paciente frequentemente abre pouco espaço dialógico acerca do conhecer e do intervir sobre a condição de adoecimento, na medida em que somente os elementos patognomônicos ou definidores para o estabelecimento do diagnóstico (tais como resultados de exames e relatos de sintomas da forma “mais objetiva possível”, como é frequente se ouvir) são valorizados. Toda uma gama de apreensões, afetos e eventos podem ser nesse momento negligenciados em nome de um formato de comunicação normativo, investigativo e informativo (FAVORETO, 2007).

Pode-se perceber aí uma interação empobrecida (LUZ, 1997) e que desvaloriza o saber daquele que está justamente mais interessado na sua condição, qual seja, aquele que dela padece. Evidentemente, não se trata de promover uma reprovação do saber médico, tampouco de suas potenciais contribuições para a melhoria das condições de saúde e criação de novas trajetórias no processo saúde-doença em prol de uma hipertrofia do saber popular. Parece importante, porém, que esses outros saberes sejam convocados a trazer suas contribuições, sejam elas oriundas de saberes acadêmicos, como aqueles das ciências humanas, ou daqueles por vezes denominados tradicionais ou *folk*, entre os

quais se encontram aqueles de cunho religioso, mítico e da medicina popular (AYRES, 2000).

O adoecer, nesse sentido, envolve circuitos de troca e construção do conhecimento, dado que a doença, a procura por cuidado e a elaboração de um projeto terapêutico, assim com as expectativas que decorrem desse processo, constroem-se apenas no contexto relacional. Quando se está diante de uma experiência de doença – como protagonista ou não –, está-se diante de todo um arcabouço de conceitos, definições e saberes; e a abertura desse “novo mundo” é, como o é a própria experiência de doença, algo íntimo e coletivo, situando-se no domínio do “entre”. Encontra-se em jogo aqui um conhecimento fruto de uma construção compartilhada (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001), que seria algo realizado de modo colaborativo e cuja concretude se encontraria submetida a (in)constantemente possibilidades de reformulação.

Freire (1983), ao propor a valorização do cotidiano como locus de criação e fruição do conhecimento, permite pensar sua construção como algo coletivo, para além de fronteiras temporais e espaciais e com permanente abertura. Trata-se aqui da gênese do terceiro conhecimento, conceito enunciado por Marteleto e Valla (2003), profundamente vinculado à ação e que se situa entre os meios de produção, disseminação e apropriação e os usos, os quais permitem que nele haja sempre uma brecha para novas mediações e sentidos. Sendo assim, o terceiro conhecimento ultrapassa o individual, visto que surge justamente na relação, e situa os sujeitos como protagonistas, rompendo com a unidirecionalidade do modelo verticalizante e silenciador voltado para a transmissão de conteúdos. Pode, com isso, efetivamente contribuir para mudanças nas condições de vida (MARTELETO; NÓBREGA; MORADO, 2013, p. 82). Por esse raciocínio, ao tempo em que se estabelecem trocas com tamanho potencial de infusão e difusão, o encontro paciente-profissional de saúde coloca-se como algo potencialmente transformador para ambos os lados.

“Não ter nada”, assim, encerraria o espaço de fala e intercâmbio de todos esses saberes, bem como isentaria o médico de se co-responsabilizar naquele encontro e diante do sofrimento do outro. Presume-se, a partir do silêncio da anamnese e dos exames clínicos (independentemente de sua complexidade), o silêncio dos órgãos (CANGUILHEM, 1995) travestido por uma postura querelante, como é comum de se ouvir no cotidiano dos serviços. Faz-se alusão aqui à frase de René Leriche da qual se vale Canguilhem

para demonstrar que seria a doença e os sofrimentos que ela traz que viriam a despertar a consciência do corpo (SERPA JR., 2004). No entanto, Canguilhem opõe-se a Leriche – que afirma uma preponderância do substrato anátomo-fisiológico como definidor de um estado de adoecimento, independentemente do silêncio do órgão doente – ao perceber que justamente o que define uma disposição orgânica como doença é o fato de que ela foi reconhecida outrora como origem de um sofrimento, sendo este, portanto, o definidor de um estado de adoecimento. No âmbito da clínica médica, todavia, o que comumente se observa é que "o corpo foi espacializado pela semiótica da lesão, a história da doença atual e patológica pregressa se orienta de acordo com a verdade da anatomopatologia" (ESTELLITA-LINS, p.75).

Dito de outro modo, o sofrimento inverificável pelo aparato diagnóstico médico passa a ser visto como uma queixa sem fundamento e, portanto, sem necessidade de maior atenção. Aqueles que detêm a teoria e a prática das ciências da saúde afinam-se à visão de Leriche, de forma que “o ônus da responsabilidade pela doença recai severamente sobre o paciente, a quem cabe, por esforço próprio, reestabelecer-se de uma doença que está somente ‘na sua cabeça’” (ZORZANELLI, 2010, p. 67). Camargo Jr. (2007) salienta essa encruzilhada de duas vias do sistema biomédico diante do sofrimento difuso – semelhante à síndrome da fadiga crônica, por não possuir um substrato orgânico e alinhado às doenças mentais, cujas causas são comumente endereçadas à vontade ou até a uma disposição moral do indivíduo (ZORZANELLI, 2010): negar o sofrimento e a possibilidade de oferta de cuidado ou sua medicalização ao enquadrá-lo como doença. Os achados deste trabalho permitem vislumbrar uma preponderância do primeiro modo, o que permite ir ao encontro do pesquisador citado acima, tomando a ideia de doença como um operador que venha permitir reconhecer o sofrimento e impedir a adoção de intervenções inadequadas.

Em uma terceira via, porém, como se pode ver no depoimento de E3 ao narrar as agruras de procurar tratamento para os desmaios e “ausências” constantes da irmã, o saber popular ou religioso pode se fazer convocar nessas condições. Pode-se perceber, ainda assim, que isso só se torna possível a partir do momento em que aquele sofrimento deixa de ser qualificável dentro da nosologia médica. O médico, diante da falta do diagnóstico que lhe permitiria mobilizar seu aparato físico e cognitivo, oferece uma outra possibilidade: o diagnóstico do problema/coisa/questão espiritual, que

permite ativar um outro circuito. Fica implícito, porém, que inexistente qualquer possibilidade de diálogo, o que se materializa no retorno com a irmã para casa ainda desmaiada sem a obtenção de qualquer tipo de cuidado, mesmo que de ordem paliativa.

A parca possibilidade de diálogo que aí se estabelece é algo conhecido no cotidiano daqueles que ocorrem a algum serviço médico. Faz-se notar que, muitas vezes, as recorrências de pessoas a serviços de saúde não encontram no modelo biomédico categorias que deem conta de sua definição, fundamental para a construção de uma hipótese diagnóstica e de um projeto terapêutico. Isso se deve em parte ao fato de que por vezes não são reconhecidas lesões ou disfunções orgânicas subjacentes às queixas apresentadas. Ao contrário, apresentam-se como sintomas e queixas mal definidas, como dores de cabeça, dores generalizadas, palpitações, ansiedade, depressão, cefaleias, dispneias, entre outros.

Em 1988, estimava-se que de 50 a 60% da clientela ambulatorial ou extra-hospitalar enquadrava-se nessa categoria, apresentando sintomatologia mal definida e por vezes associada a quadros psicossomáticos (ALMEIDA, 1988). Com relação a isso, Carvalho et al. (1994) partem da categoria de “sintomas, sinais e afecções mal definidas” contemplada na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e observam que aquela corresponderia a aproximadamente 14% dos diagnósticos nos serviços públicos de saúde – um Posto de Atenção Médica, um posto de Urgência e um Posto Municipal de Saúde – que investigaram. Valla & Siqueira (1996), por seu turno, estimam que essa demanda abarque cerca de 60% dos motivos de consultas registradas nos ambulatórios do SUS.

Essa disparidade dessas diversas expressões difusas e mesmo confusas de mal-estar em relação à nosologia médica, faz com que por vezes esses pacientes acabem sendo identificados como “refratários”, “concretos”, “sem capacidade de simbolizar” ou mesmo por meio de expressões mais rudes como “piti” ou “frescura” (FONSECA, 2007). Tal incompatibilidade, no entanto, não impede que essa clientela permaneça afluindo e refluindo dos diversos níveis de atenção à saúde em um processo de *revolving door* por entre as várias portas de entrada, perdendo-se nesse fluxo e frequentemente sem receber o cuidado que lhe deveria ser prestado.

Se é esse um processo reconhecível e até familiar em casos mais facilmente diagnosticáveis, de modo que a população brasileira vê-se frequentemente procurando acessar o sistema das formas como lhe parece possível e, diante de frequentes insucessos, sente-se insegura e abandonada quando necessita de atendimento médico (CECÍLIO, 1997); em situações mais nebulosas, pode-se inferir que a situação se agrave. Não se pretende aqui adentrar a complexa problemática epidemiológica que o referido conceito contempla, principalmente em estudos ligados a pacientes psiquiátricos (KASTRUP, 1987; HAYWOOD et al., 1995), mas acredita-se que ele ajuda a clarificar um quadro de intervenções ineficazes e inefetivas sob o jugo das quais se encontram esses usuários.

De todo modo, apresentar queixas difusas, entendidas como psicossomáticas ou fora do escopo da clínica médica mostra-se uma questão importante a ser melhor explorada aqui. Nesse sentido, as noções de “sofrimento difuso”, “transtornos mentais comuns” e “problemas dos nervos” podem ser bastante úteis. Reconhece-se que esses conceitos não são sinônimos, mas dentro de seu *setting* teórico específico, abordam certamente faces do sofrer muito assemelhadas entre si.

As noções do sofrimento difuso das classes populares elaborada por Valla (1999, 2000) e mal-estar difuso de Luz (2001) procuram, segundo o vértice da saúde coletiva, clarificar uma vivência concreta de desequilíbrio e sofrimento paralela à dificuldade do SUS de acolher e cuidar desses usuários, na medida em que ela diz respeito também a sofrimentos existenciais muitas vezes oriundos da vida em contextos de extrema pobreza e da falta de recursos e laços sociais e afetivos.

No contexto dos estudos de saúde pública internacional, autores como Goldberg & Huxley (1992) exploram a existência de “transtornos mentais comuns” – que abarcaria sintomas não-psicóticos, situados dentro do espectro ansiedade-depressão, como insônia, desmaios, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas – e observam que sua apresentação e prognóstico seriam influenciados por três fatores fundamentais: de vulnerabilidade (fazem com que certas pessoas sejam mais suscetíveis a desenvolver transtornos mentais do que outras), desestabilização (o início da experiência dos sintomas) e restituição (definem qual a duração do episódio de adoecimento em um indivíduo). Dessa forma, os autores

mostram a subjacência do humor depressivo e/ou ansioso em processos físicos, bem como o ambiente pode exercer efeitos sobre eles.

Sabe-se, porém, que os grupos sociais não são passivos em relação à sua condição de adoecimento e sofrimento, construindo também noções e modelos explicativos para aquilo que experimentam em suas vidas. Nesse enquadramento, surge o conceito de “nervos”, termo este em alguns casos antecedido pelas expressões “problema” ou “doença”. Presente na Europa, Américas do Sul e Norte e em todos os países de língua inglesa, a ideia de “nervos” costuma ser mal compreendida e interpretada pelos profissionais de saúde que, ao descolarem o termo da experiência em que está embebido, pouco têm a oferecer aos pacientes que formulam seu sofrimento por essa via (HELMAN, 2000, p. 281). Compreendido como um conceito camaleão (DAVIS, 1988) e que por isso não cabe em explicações reducionistas ou unicasais, o problema dos “nervos” ou “nervoso” não só corresponderia ao malogrado conjunto de sinais e sintomas indefinidos, mas chegaria mesmo a configurar uma forma específica da concepção de pessoa das classes trabalhadoras (DUARTE, 1986, 1993, 1998, 2003).

Por essa acepção, funcionaria como uma espécie de caixa semiológica de conteúdo quase tão diversificado quanto são suas manifestações. Duarte, em seu trabalho canônico intitulado “Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas” (1986), dá como exemplo a diferença entre o “estar nervoso” e o “ser nervoso”, sendo o primeiro uma espécie de exaltação momentânea de humor e o segundo como algo mais permanente e que alcançaria sua radicalidade no “ser doente dos nervos”, o qual traria a intensidade e interioridade de um sofrimento que ultrapassa o adoecimento enquanto tal, mostrando-se irreduzível a quaisquer classificações biomédicas ou psicológicas. Inclusive, os diversos cabedais etiológicos encontram-se mesclados na noção de “nervos”. Como se pôde observar, contudo, apesar da diversidade de explicações, por vezes os trabalhadores de saúde esquivam-se dessa modalidade de sofrimento, deixando à própria sorte ou à proteção do domínio do sobrenatural – como se uma forma de cuidado no contexto religioso imediatamente excluísse aquela oferecida nos serviços de saúde – aqueles que buscam no sistema biomédico cura ou tratamento para essas dores com muitos nomes, mas ainda pouco reconhecidas como de sua alçada nesse espaço.

A segunda exclusão da possibilidade de intervenção médica concerne à experiência de “ser ou estar desenganado”. Designa-se com essa expressão todos aqueles quadros diante dos quais foi feito o atestado de morte iminente e de impossibilidade de melhora mesmo com a realização de qualquer procedimento médico. O material empírico evidenciou ser essa uma experiência frequente, apesar de sua singularidade, e que abre portas para a busca praticamente desesperada por qualquer outro recurso terapêutico que possa vir a salvar a vida em fenecimento.

Teve um dia que eu desmaiei, cheguei em casa de ambulância e eu já não controlava mais meu intestino... É, eu defecava pela rua, qualquer lugar, não tinha esse controle. Meu coração também começou a apresentar uns problemas e eu fui ao médico e o médico tinha me dado seis meses de vida. Comentou com a minha mãe que eu ia morrer. (...) Ele disse que tinha feito uns exames e que eu tinha um problema de nascimento. Que meu coração não ia resistir, que eu ia ter taquicardia e que seria uma coisa meio fulminante. (E1)

Cada vez eu mais enfermo, e a minha mãe por ter um terreiro de candomblé... (...) Os médicos me desenganaram pra ela. E já que pela parte de ciência nada foi feito, ela assinou um termo de responsabilidade, me levou para o barracão e me recolheu, onde foi feito o meu santo. (...) Eu acho que deu certo, porque hoje eu tenho trinta e cinco anos de idade. Nem pareço ter sido uma criança prematura. Tenho um metro e oitenta de altura, noventa quilos... Entre eu e meus irmãos, eu sou o maior, eu sou o que tem melhor saúde. (E9)

E aí quando a J. fez uns quatro meses, começou a ficar entupida de uma tal forma, de catarro, de tudo. E evoluiu pra uma diarreia e vômito que eu corria tudo quanto que era pediatra. E pensaram que coqueluche, alergia... A J. foi definhando. (...) Fui pra São Paulo. Levei naquele Hospital de Clínicas, hospital disso, hospital daquilo. Ninguém descobria o que J. tinha. Quando eu voltei pro Rio, disseram assim: - Tem uma pediatra muito boa no PAM de Del Castilho. - Eu peguei todos os exames de J. e levei pro PAM de Del Castilho. A mulher olhou, pediu outros exames que nem no PAM fazia. Fiz por fora. Aí ela falou: - Olha só, eu não sei te dizer o que sua filha tem, mas posso te dizer que você deve se despedir dela. - Falei: - Como assim? - É, da forma como sua filha tá evoluindo, ela não vai fazer um ano de idade. Ela não responde a nenhum tratamento. (...) - Como é que você ouve isso de um médico, né? Falei: - Meu pai, o senhor não é o dono da doença? O senhor tem a cura. Tem que ter uma cura, se não tem uma cura nesse mundo, o senhor tem que trazer a cura do seu mundo pra ela, entendeu? (E8)

O médico já tinha desenganado devido a um problema, como se fosse uma infecção pulmonar. O médico virou pra ela [tia] e falou assim: - Mãe, se você tem alguma maneira de orar, alguma crença religiosa, se apegue a ela, porque a gente não tá conseguindo mais fazer nada.- A minha tia tirou a minha prima do hospital, com o hospital querendo processar e tal. E levou minha prima pra fazer santo. E minha prima já tá com vinte e quatro anos e não teve crise nenhuma. Depois da iniciação ela fez uns exames. Óbvio que ela teve que tomar remédio, mas sumiu de um jeito que nunca mais voltou. (E2)

Todos os trechos acima possuem uma estrutura semelhante: narram constatações médicas acerca da saúde (ou melhor, da falta de) de outrem a um parente próximo, que é informado antecipadamente da morte de seu ente querido. Todos os casos, com exceção de E1, deram-se nos primeiros dois anos de vida do doente, o que por certo inviabiliza um diálogo propriamente dito dele com o médico. O diálogo com o familiar, porém, em muito se aproxima daquele estabelecido com aqueles que “não tinham nada”. Os chamados pacientes terminais, fora de possibilidades terapêuticas ou desenganados seriam aqueles cujas doenças não apresentariam qualquer possibilidade de cura (KOVÁCS, 1991). Eles teriam sua condição circunscrita a partir conhecimento médico-científico do qual se vale o profissional para traçar o prognóstico, porém, sem prescindir dos diversos fatores de ordem social e psicológica (do próprio médico, da família e, *last but not least*, do paciente) que devem ser levados em conta na definição dos caminhos de cuidado a serem seguidos, sejam eles mais paliativos ou experimentais (MANISSADJIAN; OKAY, 1986). Segundo Cerqueira-Santos et. al. (2004), o desengano por parte do médico, ao trazer em si uma ideia de irreversibilidade ou esgotamento de recursos, estimula a busca por socorro milagroso ou mesmo resignação no espaço religioso.

Nesses casos, o desengano não parece ter a ver com uma incompreensão das explicações médicas acerca de encaminhamentos, limites do uso de medicações ou de consequências do abandono do tratamento que faria o adoentado procurar por respostas em outro lugar (NEVES, 1984 apud. CERQUEIRA-SANTOS et al., 2004¹⁸). Nos depoimentos citados, a sentença parece ter sido dada de modo bastante explícito ou mesmo condenatório.

¹⁸ NEVES, D. P. As Curas Milagrosas e a Idealização da Ordem Social. Niterói: UFF, 1984.

Isso não significa, todavia, que tal parecer necessariamente engendre uma desassistência ou abandono do paciente, como se pode ver nos trechos de E2 e E9. Em ambos os casos, porém, a decisão acerca da permanência ou retirada da criança no hospital tem forte caráter jurídico, na medida em que foi mediada por ameaça de processos por negligência (por parte da mãe) e assinatura de termos de responsabilidade, respectivamente. Nos dois casos, as crianças foram retiradas do hospital e levadas ao candomblé para serem iniciadas, dispensando a oferta de cuidado científico, mesmo tendo que arcar com possíveis consequências legais, como no episódio narrado por E2, no qual sua tia teria sofrido represálias e ameaças de processo por parte do hospital onde sua filha estava internada. Segundo seus relatos, haveria uma implícita relação entre a sobrevivência e boa saúde na vida adulta e a feitura das crianças em questão, como se vê na fala de E9 quando diz que sua iniciação “deu certo”, por ser entre seus irmãos aquele que tem “melhor saúde”. O mesmo aparece no relato de E8 ao interpretar o ebó realizado por ela mesma em casa por dias a fio como algo que contribuiu para a remissão do quadro e restabelecimento da criança.

Tanto o médico quanto o enfermeiro têm em sua formação a delimitação da evitação e do enfrentamento da morte como o seu grande desafio profissional. Nesse sentido, esses profissionais, sobretudo o da medicina, passam a se reconhecer e a serem reconhecidos como aqueles que podem e devem vencer a morte por meio de sua expertise e de seu aparato técnico (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004). Decorreria daí também o problema da medicalização da morte (GEPPERT, 1997), na qual essa experiência existencial e humana torna-se do domínio da medicina, o que é reafirmado pelo respaldo jurídico, por exemplo, com a determinação de que o atestado de óbito deva ser necessariamente assinado por um médico.

Diante do enfrentamento dessa árdua e impossível missão, muitas vezes pode o médico incorrer em duas posturas contrárias, mas igualmente incorretas: agir de forma reticente e defensiva com enfermos nessa condição ou lançar-se em uma irrefreada busca pela manutenção da vida a qualquer custo, principalmente aquele próprio ao sofrimento desnecessário do paciente (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004).

Nesse sentido, o “não ter nada” e o desengano saem da negação do diagnóstico e chegam à sua máxima afirmação; afirmação esta imperativa e categórica de tal forma, a partir do momento em que enunciada pela voz médica, que se não negam o saber do paciente e de sua família, reduzem-no à esfera do que escapa ao conhecimento biomédico e que, portanto, não lhe compete. Devido a isso, encerram-se enquanto um fim em si mesmo e deixam ao usuário a negação de uma possibilidade, excluindo do jogo a lógica da resolutividade, de maneira que o usuário precisa se haver com a lógica da resolução.

A resolução tem a ver com a busca por resolver ou dar conta de suas necessidades, enquanto a resolutividade diria respeito à ótica do profissional de sua capacidade para lidar de forma resolutiva com tais necessidades, ainda que recortadas como problemas de saúde. Dessa forma, uma intervenção resolutiva para o profissional de saúde pode não se mostrar como uma resolução para o usuário e vice-versa. Bellato et. al. (2009) pontuam que a resolutividade teria um caráter parcial, uma vez que quase sempre se encerra na finalização da intervenção prescrita e não se propõe a contemplar seus desdobramentos na vida do usuário.

As noções de ‘resolução e resolutividade’ são, desta forma, (re)criadas à medida que as necessidades de saúde de pessoas e famílias são, ou não, e de certo modo apreendidas pelo subsistema profissional do cuidado. E, à medida que as respostas do serviço de saúde são parciais e/ou que as pessoas não obtenham a resolução necessária para seus problemas, esta não-resolução se torna o motor ‘propulsor’ para empreendimentos de outras trajetórias de busca por cuidados, trazendo a lógica que as direcionaram. Assim, as trajetórias são empreendidas segundo escolhas possíveis diante dos enfrentamentos cotidianos que pessoas e famílias vivenciam e, neste movimento, desvelam esforços e empenhos para obtenção de uma resolução para seu problema. Essas trajetórias são, muitas vezes, marcadas por sofrimentos pela busca empreendida, que pode, na condição crônica, ser intensificada; e ainda, pela baixa capacidade de resolutividade dos serviços e seus profissionais. Nas trajetórias, sentimentos de positividade também podem ser expressos e parecem estar vinculados à capacidade de tessitura de relações sociais marcantes e benéficas na experiência de adoecimento. (BELLATO et al., 2009, p. 190)

“Não ter nada” e “ser desenganado” (ou seja, também não ter nada, na medida em que “nada” mais pode ser feito) emergem como situações nas quais o apelo ao sobrenatural

mostra-se adequado e quase urgente, já que seria o último recurso disponível. No caso de ser reconhecido como alguém que virá a óbito em breve, contudo, abre um flanco para que o usuário entenda que “não há mais nada a fazer” sem que isso implique uma alta ou abertura para procurar outros locais. Nos casos de E2 e E9, é possível salientar o estatuto da morte como alvo de intervenção médica, de modo que, ainda que o dragão não seja derrotável, isso não o eximiria da luta. Curiosamente, em todos os relatos sobre ser desenganado no espaço do hospital ou do consultório médico, não houve referências a possíveis formas de diminuição do sofrimento ou incremento de cuidados paliativos. Reconhece-se que a narrativa não se situa no âmbito da oposição verdadeiro x falso, mas a ausência de qualquer fala a esse respeito neste caso dá corpo a toda uma negociação com o profissional da medicina não realizada ou não reconhecida pelo usuário como tal. Diante da ausência de caminhos, recorre-se às terapêuticas do candomblé, seja no âmbito da feitura em si, como nos casos de E2 e E9, seja com outras intervenções, como é o caso do ebó feito em casa por E8.

No que diz respeito à experiência de sentir-se desenganado, porém, percebeu-se que ela pode acontecer em outros locais. Uma das pessoas entrevistadas relata ter vivido isso no ambiente da casa de candomblé. A primeira delas ocorreu com ela mesma, quando recebeu de sua mãe de santo a notícia verificada no jogo de búzios de que faleceria caso não se iniciasse:

- Eu sinto muito, mas Exu disse que você tem que fazer o santo antes de fazer vinte e sete anos. Porque se não fizer, ele vai te levar. - Poxa, como assim vai me levar? - Ela falou assim: - Você vai morrer. - E eu já tava muito mal, né? Eu era um esqueleto em pessoa. Não comia nada, não fazia nada, não bebia água. (...) Ela [Mãe de Santo] me levou a vários lugares porque ela não conhecia tão bem o orixá que ela ia fazer. Ela não tinha casa aberta ainda, né? Então, ela ficou meio preocupada. E aí o santo disse pra ela, que queria ser feito, sim, mas teria que ser com ela, né? E aí ela teve que correr atrás. Na verdade, ela teve muito também que correr atrás de mim, porque eu não queria fazer, né? Depois disso, falei pra ela: - Olha, eu faço vinte e sete anos no dia primeiro de novembro. Nós estamos em junho, não tem tempo. - Aí ela falava, as pessoas falavam: - Tem que ter tempo. - Eu não tinha a menor noção do que era aquilo. Isso também me assustava muito. E ela também não tinha muito esse dom de explicar como era, né? E aí não deu jeito. Eu tive que entrar. Foi assim: eu entrei e eu saí no dia vinte e quatro de outubro. (E4)

A segunda, também ocorrida no ambiente do Ilê, envolveu sua filha, que foi diagnosticada no jogo de búzios como alguém em risco de vida e que precisaria ser rapidamente iniciada em consequência da gravidade de seu quadro:

Minha irmã ligou pra mim e falou assim: - Eu tenho uma notícia pra te dar. - Aí eu falei: - O que foi? - Lá em Florianópolis, meu irmão de santo jogou e falou: - Olha, tá na hora de você dar um tempo de você e passar a olhar sua filha. Ela também está doente e você vai precisar cuidar muito dela. Então, mude sua cabeça. - (...) Quando eu cheguei o meu telefone tocou. Ela falou assim: - Olha, ontem nós estávamos na roça e Iyemanjá de Mãe [de Santo] virou e disse que A. tem que recolher hoje porque ela está muito doente e vai morrer. Ai eu falei: - Mas ela tá na casa do pai dela. - Ai ela falou assim: - Se vira. Iyemanjá quer ela na roça hoje. - E aí foi uma correria, que aí eu lembrei o jogo do meu irmão de santo, e comecei a ligar pro pai dela. E ele nada. E foi enrolando e a hora passando. E aí eu fui, chamei a minha comadre, que é ekedji, e falei com ela: - Tá acontecendo isso, isso e isso. Eu preciso ir em Sepetiba buscar, porque o pai dela não vai trazer. - Aí nós fomos. Nós chegamos na roça era meia noite e dez, com ela. Aí o pai de santo dela falou pra mim: - Olha, daqui ela não sai mais, só depois de feita. (E4)

No presente momento, o trecho acima foi citado apenas como mais um exemplo da experiência de ser desenganado no espaço do candomblé. Ele, todavia, possui uma particularidade: ao contrário da mãe, que deveria apenas ser iniciada a fim de aplacar seu vertiginoso adoecimento, A. tem como justificativa para uma iniciação imediata o fato de ter sido diagnosticada no terreiro como sendo Abiku, categoria que será melhor explorada posteriormente.

De todo modo, percebe-se uma aproximação entre a experiência vivida pela mãe na juventude e a de sua filha. Dá-se, porém, uma inversão de papéis. Aquela, que outrora desconfiava e mesmo reprovava a ideia da iniciação, agora reconhece o depoimento do pai de santo como algo que atesta uma emergência. Em um pequeno detalhe, porém, evidencia-se que a rápida obediência à ordem de Iyemanjá, orixá de sua Mãe de Santo, além de envolver o risco de morte da filha, teve também a verificação de um jogo de búzios previamente realizado com um irmão de santo. A rememoração do jogo, aliada ao recado da irmã, permite a E4 ter uma confirmação vinda da maior autoridade do terreiro que frequenta (o orixá da Iyalorixá), o que imprimiu credibilidade à previsão anteriormente feita por seu irmão de santo.

O episódio narrado por E4 traz consigo uma outra experiência de desengano ou de reconhecimento da proximidade do falecimento. Como se percebe na fala de E4, a notícia recebida sem dúvida gera um impacto e deixa-a receosa, porém, claramente não convencida. Com isso, a sentença proferida pela mãe de santo não conduz a um desejo de fazer o santo como modo de tentar se salvar. Fica claro nessa fala que a mãe de santo mostra-se muito mais engajada na resolução do que a entrevistada, que tinha medo e foi iniciada sem que isso envolvesse de sua parte um interesse ou desejo de passar por essa experiência. Isso fica implícito na frase “E aí não teve jeito. Eu tive que entrar”. A mobilização das pessoas mais próximas e da mãe de santo, muito mais preocupadas e crentes com relação à ameaça da morte, não parece ter contribuído para um envolvimento ativo por parte de E4.

A entrevistada afirmou a falta de tempo hábil para preparar a estrutura necessária à iniciação, de forma bastante resignada, o que pode ter a ver com um certo descrédito em relação à competência de sua mãe de santo. Esta, como relatado, não sabia “fazer” o orixá em questão e foi com ela a vários locais no intuito de adquirir esse conhecimento o mais rapidamente possível. Por essa via, parece haver uma aproximação entre a busca por resolutividade na figura da mãe de santo – explicitada na busca por parte da mãe de santo da expertise necessária para iniciar E4 e, segundo suas expectativas, salvar sua vida – e a busca por resolução, que se bifurca entre aquela de E4 e a de seus familiares. Estes veem na mãe de santo e na iniciação a possibilidade de restabelecimento e sobrevivência, enquanto E4 mostra-se desinteressada e descrente em relação à intervenção, ainda que não tenha em nenhum momento se insurgido contra aqueles que a rodeavam. Sua postura mais passiva pode ser relacionada à sua própria falta de condições físicas para se colocar de outra forma, que veio repercutir na sua própria possibilidade de exercer sua autonomia.

A ideia de autonomia, oriunda do grego *auto* (próprio) e *nomos* (norma, regra, lei) aproximar-se-ia da capacidade de livre decisão sobre suas ações em seu percurso vital. Por um lado, aproxima-se de uma acepção de cunho neoliberal e de uma exaltação da liberdade individual, por outro, conecta-se à livre expressão e manifestação ativa de si. Nesse caso, estaria mais próxima da visão marxista e de Paulo Freire (2002), que associa a autonomia à dignidade e à ética, inserindo-na social e politicamente, enquanto condição de possibilidade de participação social. Por essa via, a autonomia estaria

relacionada à possibilidade de se posicionar enquanto sujeito sócio-histórico-cultural do ato de conhecer. O mesmo texto afirma que a autonomia não precede a decisão, mas constrói-se em conjunto com as várias decisões que são tomadas ao longo da vida. A autonomia, portanto, constituir-se-ia em um vir a ser que só é possível dentro de experiências de construção de conhecimento estimuladoras da decisão e da responsabilidade (FREIRE, 2002), o que a localiza dentro de um processo empático e dialógico. Se, como diz a canção popular, “é impossível ser feliz sozinho”, tampouco é possível ser autônomo.

Fleury-Teixeira et al. (2008) vem, a partir de ponto de vista semelhante, considerar a autonomia como um determinante positivo fundamental à ampliação, proteção e promoção da saúde. O oposto também seria verdadeiro, ou seja, a restrição de autonomia seria fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de agravos e patologias (o que tem sido evidenciado pela epidemiologia dos determinantes sociais), de tal forma que os projetos terapêuticos devem tomar como norte e como valor a autonomia; autonomia esta pautada no compartilhar de processos decisórios entre médico e paciente e compromisso para com o outro (SOARES; CAMARGO JR., 2007). Assim, a autonomia além de central à promoção da saúde, deve perpassar todas as práticas de saúde que devem, portanto, se colocar como autonomizadoras, ou seja, visar à ampliação da capacidade de interferir sobre suas condições de saúde de forma compartilhada e não egoísta ou individualizada.

Nesse sentido, é importante pensar na dificuldade de considerar e exercer sua autonomia em situações de sofrimento e na busca por cuidado, tanto nos ambientes médicos por excelência, quanto nos espaços religiosos. Por meio da experiência do desengano, fica possível olhar com mais atenção para a própria dificuldade de negociar com mínima preservação de sua autonomia com os espaços de cuidado disponíveis. Em alguns casos, fica até mesmo impossível reconhecê-los, o que fica claro em diversos depoimentos, na medida em que a busca por uma segunda opinião médica, por exemplo, ocorreu em somente um dos casos (E8). No entanto, essa dificuldade em muito ultrapassou esses casos de risco de vida iminente, como se poderá ver a seguir.

A definição de “*literacy* em saúde” adotada pela OMS (KWAN; FRANKLIN; ROOTMAN, 2006 *apud.* WHO, 2012¹⁹) diz respeito ao “grau a partir do qual pessoas são capazes de acessar, entender, avaliar e comunicar informação no engajamento com demandas em diferentes contextos de saúde a fim de promover e manter boa saúde durante seu curso de vida” (WHO, 2012, p. 15). Ou seja, ter mais ou menos *literacy* em saúde concerne a um conhecimento teórico e prático relacionado aos recursos e serviços de saúde disponíveis (não necessariamente em contexto médico-hospitalar), bem como engloba a manipulação e negociação com eles no sentido do incremento e melhoria de suas condições de vida em saúde. Mais uma vez, cabe a adequação da ideia de autonomia, forte e valorosa aliada ao estabelecimento da *literacy* em saúde.

O termo “*literacy* em saúde” foi usado pela primeira vez no contexto da educação em saúde há cerca de 30 anos atrás (RATZAN, 2001) e foi glossariado pela OMS no final dos anos 90 (WHO, 1998, p. 10), que destaca na *literacy* o valor dos componentes cognitivos e sociais, que estariam diretamente ligados ao acesso, compreensão e apropriação de informações importantes para a promoção e manutenção da saúde. Anteriormente a isso, a *literacy* em saúde foi compreendida de modo mais limitado, por exemplo, referindo-se somente à leitura de prescrições, bulas de medicamentos e encaminhamentos (PARKER et al., 1999²⁰ *apud.* PARKER, 2000). Nutbeam (2000) associa a educação em saúde à *literacy*, sendo esta uma meta daquela. No entanto, “*literacy* em saúde significa mais do que ser capaz de ler panfletos ou fazer apontamentos” (WHO, 2012, p. 16), mas se desenvolve dentro e apenas na direção da emancipação. Isso amplia a esfera de ação e os conteúdos dos quais devem se ocupar a educação e a comunicação em saúde e situa a *literacy* como um elemento fundamental à promoção da saúde. Rootman (2011) também defende esse modelo ampliado de compreensão e abrangência da *literacy* em saúde, bem como seu papel central na melhoria das condições de vida e na efetividade dos serviços de saúde.

¹⁹ KWAN, B.; FRANKLIN, J.; ROOTMAN, I. The development and validation of measures of “health literacy” in different populations. Vancouver: University of British Columbia Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research, 2006.

²⁰ PARKER et al. Patients with limited health literacy. In: BATEMAN, W. B.; KRAMER, E. J.; GLASSMAN, K. S. (Orgs.). Patient and family education managed care and beyond. Springer: New York, 1999, p. 63-71.

Segundo a OMS, a *literacy* em saúde implicaria a posse de certos conhecimentos e habilidades pessoais, de modo que seja possível ao seu detentor atuar sobre suas próprias condições de vida. Possuí-la depende também da posse de outros tipos de *literacy*, ao mesmo tempo que possuir uma baixa *literacy* em saúde limita o aprimoramento desses outros níveis, configurando-se aí um perverso ciclo. Nesse sentido, ações para o desenvolvimento e ampliação da *literacy* em saúde seriam fatores centrais não só para o empoderamento e autonomia, mas para a melhoria das condições de vida e saúde da população como um todo.

Em consonância com essa discussão, foi cunhado na Austrália o conceito de “*literacy* em saúde mental” (*mental health literacy*), o qual parte do pressuposto de que o conhecimento e as crenças sobre os transtornos mentais de uma determinada comunidade poderiam auxiliar em seu reconhecimento, gestão e prevenção (JORM et al., 1997; JORM, 2000; 2006). Já na primeira pesquisa relacionada ao tema, são delineadas algumas dimensões que lhe seriam fundamentais: a capacidade de reconhecer diferentes tipos de desordens psicológicas; o conhecimento e entendimento sobre fatores de risco e intervenções para autoajuda; as atitudes que facilitam o reconhecimento de fatores de risco, sinais e sintomas; e o conhecimento de onde e como buscar informação em saúde mental (JORM et al., 1997). Neste mesmo trabalho, os autores indicam a família e os amigos como sendo as principais fontes de informação sobre saúde mental.

Nesse contexto, outros atores podem desempenhar um papel crucial na identificação do problema e no encaminhamento para tratamento especializado. Recorrentemente há menções a líderes religiosos e conselheiros espirituais que não só estiveram atentos para a situação enfrentada como foram capazes de indicar um serviço de saúde que, ao menos inicialmente, pudesse prestar um atendimento, como, por exemplo, os espíritas kardecistas que se preocupam com o risco de suicídio em função de sua cosmologia e visão de mundo reencarnacionista (BTESHE et al., 2010).

Tanto na *literacy* em saúde quanto na *literacy* em saúde mental evidencia-se a dimensão do reconhecimento territorial, dos recursos que possui, bem como daqueles que não possui, mas aos quais pode ter acesso. Sendo assim, a posse de certo grau de *literacy* permite, diante da dor e do adoecimento, dar um primeiro passo, criar redes. Nesta

pesquisa, porém, foi possível perceber que esse primeiro momento é bastante tortuoso, estando menos relacionado a uma escolha por opções ou possibilidades do que a um sentimento de escassez de recursos e suporte social.

Eu já não sabia mais o que fazer, na verdade eu não tinha mais norte, não sabia o que procurar. (E2)

Fui deixando a vida melhorar... A morte, talvez, se aproximar. (E1)

Eu praticamente me senti assim... É... Abandonada, sem lugar pra ficar, sem lugar pra cuidar das minhas coisas, então eu fiquei em busca de um lugar! (E5)

Eu fiquei muito na dúvida, não sabia o que fazer! (E6)

Eu falei, eu já falei, ele não me ajuda, ninguém me ajuda, já não sei o que eu faço, não sei o quê! (E8)

Falei, caramba, tinha que ser alguém que eu pudesse falar, C., entendeu? Alguém que pudesse chegar pra mim e falasse “você é maluca mesmo entendeu?” ou dizer “procura esse caminho, que é essa linha mesmo”. (E8)

Nas falas acima, contempla-se a inércia que caracterizou momentos específicos de seus itinerários terapêuticos. Um dos motivos subjacentes a isso é o fenômeno da porta giratória ou *revolving door*, conceito criado na psiquiatria, que consiste na quantidade de recaídas ou reinternações ocorridas em um serviço ao longo de um determinado período de tempo. Não há um consenso na literatura acerca da padronização quantitativa do tempo e do número de internações que caracterizariam o fenômeno (SANTOS, 2007; PARENTE et al., 2007), ainda assim, este seria ainda o melhor indicador para avaliar a assistência à saúde, pois mesmo atendo-se ao sistema hospitalar, oferece dados relevantes para pensar o funcionamento dos demais serviços (MORGADO; LIMA, 1994). Esse processo de idas e vindas constantes ao mesmo ou a outros serviços de saúde com fins ao apaziguamento de um sintoma aparece, por exemplo, nas falas de E2:

Acordar bem cedo pra pegar número, pra marcar um exame que você ia fazer um mês depois, isso e aquilo. Então, foi bem cansativo. E quando tinha, quando tinha os desmaios, era UPA,

UPA, UPA. O pessoal do UPA de Marechal já até estranhava quando eu ficava muito tempo sem aparecer. A última vez que eu fui na UPA de Marechal, já tem um ano. Já tem um ano. E não foi nem pra um atendimento pra mim. Eu fui levar um amigo. E chega ser estranho porque o pessoal olha. Ainda tem gente que trabalha lá, um amigo meu trabalha lá na limpeza, vira e fala: - Caraca! Tá sumida, hein? - E eu, graças a Deus que eu tô sumida. Porque já tava sendo, já tava ficando bem desgastante, bem estressante. (E2)

No relato acima, fica patente que o *revolving door* mostra-se como um indício de ineficácia terapêutica que contribui para que o usuário, principalmente aqueles com pouco ou nenhum acesso e conhecimento das possibilidades de cuidado em saúde fique engessado em um itinerário limitado e ineficiente que não só não contribui para a melhora do quadro, mas pode mesmo ter efeitos antiterapêuticos, ao tempo que gera estresse e desgaste físico e mental. Em um estudo canônico que investigava a relação entre variáveis como gênero, estado civil, emprego e diagnóstico, entre pacientes com e sem admissões anteriores em um hospital psiquiátrico em um período de dez semanas e que foram readmitidos nos seis meses subsequentes, percebeu-se que as mesmas não eram capazes de explicar o fenômeno da *revolving door*. Reconhecendo a relativa previsibilidade dessa constatação, os autores destacam a importância de olhar com mais atenção as redes de suporte social e os espaços de cuidado comunitário disponíveis (JOYCE; KHAN; JONES, 1981). Morin & Seidman (1986) frisam que pacientes que passam por esse processo possuem redes sociais instáveis e/ou inflexíveis, o que pode ser relacionado a um baixo grau de acesso e *literacy*.

Segundo o relatório sobre readmissões hospitalares no EUA elaborado pela Robert Wood Johnson Foundation (2013), alguns problemas concernentes à qualidade do cuidado figuram entre as causas de retornos e permanências desnecessárias em hospitais, dentre eles: a saída do hospital com um plano de tratamento que desconsidere outros problemas de saúde igualmente relevantes; pouca compreensão por parte do paciente acerca da doença diagnosticada e de seu tratamento; parada da medicação por conta própria; desconsideração da participação dos familiares; bem como a ausência de comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos e a conseqüente estagnação da informação que dela decorre, o que impossibilitaria a construção de um projeto terapêutico coordenado. Também são elencados outros fatores, como a impossibilidade

de seguir o tratamento recomendado, a inexistência de consultas com profissionais da atenção básica, e, principalmente, a pouca responsabilização derivada da dispersão da mesma entre a equipe hospitalar, familiares, cuidadores comunitários e profissionais de saúde, que acabam por fazer com que não haja uma condução efetiva do caso.

No caso de E2, o fenômeno da porta giratória combina-se com a ida a outros médicos de diversas especialidades que dizem não poder ajudá-la pelo fato de ela não possuir um diagnóstico propriamente dito, o que, como diz a própria entrevistada, delineou-se como um momento desgastante e cansativo. Talvez seja possível conectar a porta giratória à infertilidade dos recursos no próprio itinerário terapêutico, que, neste caso, mostrou-se pobre em negociações e mediações entre os diferentes sistemas e dentro do próprio sistema.

Eu fui primeiro no cardiologista. Depois eu fui pro ginecologista, por conta de contagem hormonal e tal, isso e aquilo. Ainda mais na adolescência. Sendo que eu menstruei com nove anos. Então ele falou pra eu procurar um ginecologista por conta dos hormônios. O ginecologista disse que eu não tinha nada. Por conta das dores de cabeça, ele pediu pra eu procurar um neurologista. E aí o neurologista disse que eu não tinha nada. Pediu pra eu procurar um psicólogo ou um psiquiatra. O psicólogo analisou. Falou que eu não tinha nada (risos). Foi um processo assim, bem longo. E bem chato. (E2)

Chama a atenção na fala de E2 o fato de que em nenhum momento nenhum dos profissionais de saúde por ela procurados (um cardiologista, um ginecologista, um neurologista e um psicólogo) estabeleceram qualquer diálogo entre si, mesmo que a maioria dos profissionais que lhe atenderam seja conhecida de sua mãe, que também trabalha na área da saúde. E2 posteriormente fala que recebeu apenas encaminhamentos (sem um direcionamento específico, apenas para uma determinada especialidade) de cada um dos médicos, processo que foi concomitante às frequentes “visitas” à UPA mais próxima de sua residência, onde também não obteve qualquer tipo de auxílio devido à inexistência de um diagnóstico. A problemática responsabilização faz-se notar

também, na medida em que E2 segue uma rota entre vários especialistas que situam seu caso como algo a ser visto e tratado por outra expertise que não a sua, com paradas na UPA para cuidados paliativos e pouco resolutivos a longo prazo, pois na UPA E2 também não obteve qualquer encaminhamento ou início de construção de um projeto terapêutico. Esse serviço, porém, tornou-se para E2 um espaço familiar e talvez o único onde via que poderia obter alguma forma de alento e remissão, mesmo que breve, dos sintomas que lhe afligiam.

Nesse sentido, cabe aqui citar o depoimento de outra pessoa entrevistada:

Eu trabalhei muito tempo com médicos, né? Eu trabalhei numa ONG, que só ali tinha umas três pessoas que, que eram formadas em medicina. E também fiz análise. Fiz análise, uns dois, três anos. E fui a psiquiatra, tudo isso. Então, assim, a gente aprendeu a conversar com eles, né? (E4)

O encontro com o profissional de saúde emerge aqui como algo que exigiria um certo trato específico, ou seja, o uso de determinadas expressões ou sinalizações que deem à sua fala possibilidade de reconhecimento, sem o qual torna-se complicada a gênese e investitura em um projeto terapêutico por ambas as partes. Na visão de E4, médicos e psicólogos são pessoas com quem se precisa aprender a falar para ser tomado por eles como alguém que tem algo a dizer. Por esse raciocínio, para se “ter alguma coisa”, ou seja, ser visto e nomeado como alguém que demanda cuidados, seria preciso dominar um determinado vocabulário que possa ser identificado pelo arcabouço teórico do profissional; seria necessário saber explicitar verbalmente aquilo de que se padece para poder, então, alçar o status de paciente.

Csordas & Kleinman (1990), ao definirem o processo terapêutico, enunciam que este envolve dois elementos fundamentais: o procedimento e o resultado terapêutico. O primeiro consistiria na adoção e uso de certas técnicas com vista a um objetivo específico, o que pode envolver medicações alopáticas, homeopáticas, rezas, benzeduras, incitação a estados alterados de consciência, entre outras infinitas possibilidades. O segundo, por sua vez, diz respeito à satisfação dos atores envolvidos no processo, levando-se em consideração as alterações sintomáticas ou funcionais obtidas no processo. É, portanto, altamente complexo, pois além de poder ser

considerado positivo ou negativo, não necessariamente é unânime entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, trilhando-se um complicado entrelaçamento entre expectativas e constatações de resolução e resolutividade.

O itinerário terapêutico, nesse sentido, poderia funcionar como uma espécie de cartografia do processo terapêutico em toda a sua inteireza de diversidade de atores, negociações e sistemas que se interpenetram entre si. Percebeu-se na pesquisa, contudo, que essa miríade de circuitos possui algumas rotas mais ou menos conhecidas e orientadoras dessa busca por cuidado pelo povo de santo.

No início dessa caminhada, parece central delimitar o primeiro lugar aonde ir. Existe entre os entrevistados uma clara distinção entre quando procurar orientação médica ou religiosa, o que vai ao encontro de trabalho de Loyola (1984). A autoridade do discurso médico, principalmente por seu caráter científico, aparenta ter grande reconhecimento por parte dos entrevistados. Aqueles que frisam a necessidade de procurar primeiro o médico sugerem em suas falas que buscar o médico significaria a possibilidade de obter uma resposta e/ou causa objetiva para o mal-estar em questão e, na ausência dessa resposta, tornar-se-ia cabível procurar ajuda no contexto religioso.

Já que médico nenhum explica, a gente procura ver se é um problema espiritual. (E2)

... já pela parte de ciência nada foi feito, não conseguia chegar exatamente uma melhoria, ela assinou um termo de responsabilidade, me levou para o barracão e me recolheu. (E9)

E aí eu, mesmo sendo do santo, eu não levei, e a mãe dele também, não levei ele imediatamente ele pro santo, não. Foi procurar primeiro essa ajuda médica. (E11)

Mandei ela pro psiquiatra, né? Falei: - Vai pro psiquiatra (risos)! Vai pro psiquiatra, vai pro psicólogo, porque a gente tem que ter esse respaldo. Então, a gente tem que saber com quem a gente tá lidando, tem que ter clareza disso, pra você poder definir sua religião, pra você poder saber o que que é sua religião, né, lá foi aquela coisa toda. (E8)

Ela tem que procurar ajuda espiritual. Se ela já foi ao médico, já resolveu tudo, e não é nada disso, né? (E3)

Na ausência do físico, entra o apoio espiritual. (E1)

Nesse sentido, caberia à figura do médico dar um primeiro diagnóstico, além daquele advindo de sua especialidade e formação, acerca do caráter espiritual ou físico do problema em questão. A partir dessa primeira consulta, ficaria claro para o consulente se ele deveria ingressar em um tratamento médico ou procurar ajuda religiosa, mesmo que isso não seja formulado explicitamente pela autoridade médica. A não resolução por si só já seria capaz de dar essa insígnia ao quadro apresentado, permitindo a abertura de uma nova via no itinerário em curso. Pelo que se pôde observar nos dados, importa menos a distinção entre o problema médico e o espiritual, e mais a consideração dessas dimensões distintas (mas intercomunicantes) na construção da terapêutica.

Isso se torna controverso, porém, no caso da psiquiatria. Ela, especificamente, gera uma ambiguidade: ora aparece como o primeiro e mais importante recurso (como na fala de E8), ora como o último, ao qual só se deveria recorrer em último caso. Cabe admitir, contudo, que a maior parte dos entrevistados que falam a respeito adota a segunda opção:

Psicólogo conversou. Conversou. Conversou. Conversou. Conversou. Eu acho que foi o único que não falou pra eu procurar um psiquiatra. Uma ajuda mais à frente. (E2)

Se não der jeito, eu procuro um psiquiatra. (E2)

Eu cheguei a cogitar de procurar um psiquiatra, porque a sensação que eu tinha no momento era que eu estava enlouquecendo. (E6)

“Vai em um psiquiatra, não é nada demais...” Eu falei: - Tá, eu vou. – Ele fez encaminhamento... Mas eu não procurei, não. (...) Não acho que meu caso seja psiquiátrico. (...) Só nos momentos em que eu tô bem agitada, bem pra baixo, nesses momentos que eu penso. Quando eu tô assim na solidão, na tristeza... Aquela angústia... (E5)

Porque não é tratar a causa, e sim a consequência, é dar um remédio e só. Fico cinco horas esperando para ser atendida pra ele perguntar se eu estou bem! Não tem a pegada de uma terapia, de um psicanalista. Porque um pneumologista vai fazer um raio x e vai ver o problema, o psiquiatra, não. É completamente subjetivo, se é subjetivo tem que ser um psicanalista. (E7)

Eles não querem saber, eles não se importam. Só se importam com os grandes títulos, nós não importamos, e isso é muito triste. E aí meu desprezo vem com a mesma carga, e a minha dificuldade em me tratar com eles vem na mesma carga. Nestes anos todos, eu só tive um psiquiatra decente. (E7)

Têm-se aqui depoimentos que se assemelham em sua premissa central, mas com fundamentação e justificativas bastante díspares. E2 vê a busca por ajuda psiquiátrica como a aceitação de que estava fingindo seus sintomas para chamar atenção. Isso fica claro na sequência do trecho supracitado, no qual justifica o porquê da intervenção do psicólogo qualitativamente superior à dos demais profissionais ao não indicar uma consulta ao psiquiatra com a seguinte frase:

Eles meio que alegavam que era uma coisa que não existia e poderia ser tipo alucinação que eu tinha. (E2)

E2 via-se possivelmente desautorizada a falar de seu próprio sofrimento, o qual, a partir do momento em que não existe, só poderia ser algo de fundo mental. Emerge aí a dúbia imagem do psiquiatra: aquele que cuida de quem não tem nada e/ou que cuida de tudo aquilo que escapa à etiologia fisiobiológica. Que enraizaria sua prática onde a biomedicina não se reconhece. Esta, porém, não parece ser uma questão para E2, pois ela, para além do estatuto epistemológico da psiquiatria, vê nela apenas a figura do profissional para atestar sua capacidade de falar sobre si ou sobre a factualidade de sua dor.

E5 e E6, por seu turno, parecem ligar o tratamento psiquiátrico a uma experiência limite de sofrimento. No caso de E6, recorrer à psiquiatria teria a ver com sentir-se à beira da loucura ou já inserida nela, o que permite ver o caráter singular dessa experiência para ela. Já E5 procura o psiquiatra a partir de uma experiência de sofrimento flutuante, dotada de uma temporalidade ampliada. Ir a um psiquiatra ou não é uma questão que, mesmo tendo sempre a mesma resposta, retorna a seu pensamento de tempos em tempos.

Por fim, o discurso de E7 traz uma bagagem distinta, ao remeter à sua passagem por vários psiquiatras. E7 coloca-se como alguém que, por experiência, conhece o *modus operandi* desses especialistas; identifica-os por seu desinteresse em relação ao sofrimento do paciente e sente-se desprezada por eles. Estar interessado apenas em seus “títulos” de certa forma permite inferir que a entrevistada percebe-os como centrados

em seu conhecimento e, conseqüentemente, fechados para todos os demais. A impossibilidade de troca e construção conjunta tornar-se-ia um obstáculo à formação de um vínculo terapêutico, cuja inexistência também inviabiliza outros intercâmbios, formando-se um círculo viciosamente ineficaz.

Atravessa, assim, de alguma forma um descontentamento com a autoridade psiquiátrica. O enquadramento em um ser louco, loucura esta que se localizaria entre duas concepções distintas: a primeira seria aquela do domínio da desrazão, semelhante àquela descrita por Foucault (1972) como característica no século XVII. Segundo esta, a loucura seria “colocada fora do domínio no qual o sujeito detém seus direitos à verdade: domínio este que, para o pensamento clássico, é a própria razão. Doravante, a loucura está exilada” (FOUCAULT, 1972, p. 54) e inserida em um domínio distante dos ditames da norma social (*ibidem*, p. 117) que alça sua concretude nas grandes casas de internamento. A segunda estaria mais atrelada àquela que se funda concomitantemente ao saber psiquiátrico no século XIX e que situa a loucura como doença mental e, portanto passível de cuidados médicos. As duas visões mesclam-se nos trechos acima, sendo que a primeira vê no atendimento psiquiátrico uma circunscrição de um lugar de desrazão, logo, de descrédito.

Nesse sentido, o “estar doente” e o “poder dizer algo sobre sua doença” misturam-se ao se afastarem, sendo minimamente possível que parte dessa ambigüidade em relação à cadeira (da psiquiatria e do psiquiatra) seja devida a isso. Ir ao psiquiatra é, ao mesmo tempo, portar uma doença mental e um discurso incoerente e irracional, o que diz respeito a um duplo estigma: do paciente psiquiátrico e também de sua forma de tratamento, já que ela silenciaria e inviabilizaria uma construção compartilhada de conhecimento sobre a experiência de adoecimento. Não se pode esquecer, todavia, que o diagnóstico psiquiátrico consiste em apenas mais uma interpretação cultural a partir de um arcabouço taxionômico do qual o seu executor se vale em sua experiência profissional, de forma a ordenar a experiência e interpretá-la como algo natural. É, em última instância, um ato semiótico no qual os sintomas são apropriados e reinterpretados como signos de certos estados de adoecimento (KLEINMAN, p. 8, 1988b).

Esse tom quase prescritivo da importância de recorrer primeiro às instâncias médicas do que às práticas ditas alternativas, cabe dizer, vai na direção de outras pesquisas do campo, que observam uma inversão de papéis entre a medicina tradicional e alternativa

em grupos culturais específicos. Ao contrário do que se poderia supor a partir de uma inferência mais desatenta, a perspectiva médica jamais é ignorada e ocupa uma posição de destaque na fala de cuidadores religiosos e por vezes aparece na fala de pacientes que recorrem a eles de forma preponderante (CSORDAS, 2013). De acordo com esse autor e seu mestre, Arthur Kleinman, existe uma concomitância na escolha e utilização dos diferentes sistemas terapêuticos disponíveis, que se mostram não-excludentes entre si na construção do itinerário terapêutico, como dito anteriormente. Esse intermitente ciclo de aproximação e distinção entre os recursos dos diferentes sistemas aparece com força nos achados desta pesquisa, como se pode ver abaixo:

Pode se chegar num ponto, ou você vai fazer uma limpeza de corpo, né, um psiquiátrico também. (E3)

Eu não vou ficar achando que só o santo vai me resolver o meu problema de saúde. Primeiro eu fui pro analista. Pra ela ver se eu conseguia sair dessa depressão sem remédios, né? Aí não deu. Aí ela me indicou um que era tipo homeopata, florais. O cara, assim, era muito bom. Ele tinha esse lado espiritual também. Aí ele conversou muito comigo e me deu um remédio também pra equilibrar, e ao mesmo tempo me, me obrigar a pensar, a resolver minhas coisas, né? Depois eu acabei indo pra, pra alopatia mesmo, né? (E4)

Na época que eu fiz o santo, se eu fosse procurar um psicólogo, um psiquiatra, eu de repente eu não teria feito santo. Hoje eu já faria as duas coisas juntas. (E4)

Fui procurando várias coisas dentro do que eu podia, que não precisasse sair de casa e gastar dinheiro e eu comecei a fazer. Meditar, rezar, parar de beber, que eu já tinha parado. Comecei a me preocupar com a minha alimentação, eu sempre fui muito preocupada, me cuidar mesmo... (E6)

E as doenças, é claro, se elas acontecerem, se elas apontarem e você correr para o candomblé e correr para o médico, eu tenho a impressão de que você vai estar pelos dois lados necessários, você estar apoiado, né? Então, eu não acredito que você, é, possa buscar lá no candomblé a cura pra algo que não tem cura. (E11)

Ele voltou a andar é, mas assim, pra que ele não tenha uma recaída e pare de andar de novo, ele continua no tratamento médico e continua no tratamento espiritual dele lá. Ele dá lá os boris dele, faz lá as oferendas dele... (E11)

O meu sobrinho faz terapia desde os quatorze anos. Porque ele teve a necessidade. Ele foi feito no santo. Porque eu busquei todas as formas pra tirar ele de um caminho irregular e perigoso. Eu procurei todas as formas, inclusive a terapia pra ele. Eu procurei um médico. Ele fez exames de laboratório, de tomo, de imagem, né? Ele tomou remédio porque ele tinha, diz o médico que diagnosticou que ele tinha um transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. (E11)

Nele eu fiz um ebó. E aí eu fiz mapa astral dele. Eu ia a tudo, fiz tudo. Já quis levar ele pra igreja. Quis levar, não, quis que ele fosse, né? Porque eu tô bem com a minha religião. (E11)

A primeira coisa que eu pergunto, qual é a sua religião? “Ah, sou católica”. Então, faz o seguinte, pega o terço e reza, depois você procura conversar com um psicólogo, um grupo de apoio, dependendo de qual for a sua situação. Se isso não resolver, aí a gente vê na macumba. Isso é assim, de cara. Primeiro se apega na sua religião, porque é a tua identidade, é o que te dá equilíbrio, que sempre te deu isso. Depois procura um grupo de apoio, de preferência, com um psicólogo. Se não resolver, aí vamos ver um jogo. (E8)

É possível perceber no conteúdo das entrevistas toda uma negociação envolvida no optar por determinadas terapêuticas ou não. Na verdade, parece haver um uso concomitante de vários tipos dentro dos recursos disponíveis. Assim, os sistemas de cuidado e suas práticas mostram-se menos opostos e mais complementares, no sentido de que pelas mãos da pessoa e da comunidade que o circunda vão sendo negociados e mais ou menos apropriados nesse complexo jogo do cuidado. Isso vai na contramão, porém, do pouco (ou em alguns casos nenhum) diálogo entre essas instâncias fornecedoras de cuidado. Atendo-se à relação entre os terreiros e os serviços de saúde do circuito dito oficial, percebe-se que por vezes a autoridade médica dá um diagnóstico espiritual e recomenda a recorrência a um espaço religioso, porém, isso se faz de modo desinteressado ou como forma de encerrar a consulta com o *feedback* que pareceu possível.

Aí o médico, o médico que falou pra mim: - É melhor você procurar porque organicamente ela não tem nada. Isso daí tem que ser alguém de santo pra ver o que ela tem, porque não é coisa de físico. Isso é coisa espiritual. - O médico que falou isso. (E3)

E até que ele falou pra mim em determinado momento, porque os surtos continuaram e aí ele falou: - Acho melhor você procurar ajuda, né? Aceitar ajuda espiritual. (E8)

- Minha filha, isso é macumba [risos]. - Eu falei: - Que isso, doutor?! - Ele disse: - Isso é normal. Por que você tá brigando com isso? Você não era de Umbanda? [risos] - Mas doutor A., isso é um problema? - Ele falou: - Que problema o quê! Pára com isso! Isso é coisa de santo. Vai fazer que isso acaba. (E8)

Voltei novamente a pedir calmante. Ai eu falei com A.: - A., eu preciso de alguma coisa! - E A. rindo: - Não, não sei o quê... Não, toma uma cerveja que isso passa. Eu falei: - A., isso não tá passando, isso tá me atrapalhando! - Ele: - Não, vai procurar uma cartomante. (E8)

O encontro terapêutico, principalmente no campo de saúde mental, não pode se ater a uma relação verticalizante e prescritiva. A consideração de aspectos culturais e aqueles singulares concernentes à singularidade da experiência de adoecimento, se importantes na relação médico-paciente de modo geral, ganham uma densidade ainda maior quando se trata de sofrimento psíquico. Dessa maneira, é preciso olhar com atenção para como é desenvolvida essa abertura para a dimensão religiosa, pois

poderíamos questionar-nos se um paciente que seguisse uma doutrina espírita e estivesse reticente quanto à ingestão de um determinado medicamento, por acreditar ser o seu problema decorrente de um carma, estaria ou não sendo racional. E se o doente perguntasse ao seu psiquiatra se valeria ou não a pena encaminhá-lo a um terapeuta de vidas passadas? Embora tampouco possamos acusar o nosso psiquiatra de irracionalidade, qual seria o efeito terapêutico em responder: “Veja, o que você tem é uma alteração do metabolismo de serotonina e precisa dessa medicação para se recuperar, caso contrário eu não vejo como ajudá-lo”? (NASCIMENTO, 2012, p. 279)

Na mesma linha de pensamento, pode-se questionar qual seria a relevância de dizer a um paciente que sua questão tem a ver com “macumba” ou é “espiritual” sem abrir qualquer flanco de apoio ou acolhimento? Essa circunscrição da dimensão do sofrimento explicitado pelo paciente parece contribuir pouco para sua remissão ou diminuição.

Sendo assim, parece importante abrir condições de possibilidade para que essa dimensão da religiosidade e da espiritualidade seja abordadas não como um diagnóstico, mas como um fator importante intrínseco à experiência de sofrimento e que, por isso, deve ser alvo de implicação e reconhecimento por parte do profissional de saúde. Isso

não significa, evidentemente, a implementação de encaminhamentos para igrejas ou outros espaços religiosos, mas a discussão aberta com usuários acerca de sua vivências nesses locais, bem como a abertura para a troca com os atores que deles fazem parte, com vista ao incremento do projeto terapêutico delineado.

8.3. “SACRIFÍCIO É MELHOR DO QUE REMÉDIO?”

Um tema recorrente nas entrevistas relaciona-se com o uso de medicamentos alopáticos, sobretudo psicofármacos, contrastante com a resistência e a visão da psiquiatria como o último recurso terapêutico que se deve utilizar diante do sofrimento. Uma parcela significativa dos entrevistados fez uso desse tipo de medicamento e referem dificuldades concernentes à automedicação, efeitos colaterais e manutenção do uso regular.

A automedicação aparece como um problema importante em diversas falas. Interromper ou aumentar dosagens sem acompanhamento médico aparece nas entrevistas como um comportamento comum, cujos objetivos consistem basicamente em tentar suprimir rapidamente o sintoma ou abandonar o tratamento medicamentoso após a percepção da melhora ou dificuldade de manter o uso regular, como se pode ver a seguir:

Eu tinha dia, que eu tomava muito mais Diampax do que eu era recomendada, pra você ter uma ideia. Tomava um montão. E falava: - Gente! Agora eu não vou ver mais nada! - E eu não sei como eu não tive uma overdose daquela porcaria. (E8)

Porque é chato, né? Todo dia tomar... Ficar naquele controle da noite, ter que tomar estes remédios pra você não... Se você não toma o remédio, a ansiedade dobra. (E5)

Assim, eu começo a tomar o remédio, aí eu esqueço. (E4)

Eu acho que nem tive algum problema, acho que comecei a ter depois de tantos medicamentos. Eu nem sei quais foram, porque jogamos para o cérebro a química, em função do medo, e acaba virando um problema real. É igual a um balé, acabamos modificando o pé depois de muito uso da sapatilha, você fica com uma deformidade. (E7)

E5 recebe receitas no serviço público de saúde (um posto de saúde no interior do estado) em que trabalha como auxiliar de serviços gerais, as quais são emitidas por uma

clínica geral do serviço. Essa médica, a princípio, faz alterações em sua prescrição. Há 10 anos, um médico particular receitou-lhe Bromazepan, medicação da qual faz uso até este momento. Mais recentemente, uma médica passou a ela prescrições de fluoxetina, tendo depois substituído-a por Alprazolam. E5, no entanto, a despeito do encaminhamento e incentivo dessa profissional e de outro médico da unidade, não teve qualquer tipo de tratamento psiquiátrico até o momento. Ela conta que não obteve um diagnóstico propriamente dito e que recebe as receitas quando as solicita à profissional. E7 também vem de um longo trajeto de uso de psicofármacos que desde 1996, quando iniciou tratamento para síndrome do pânico em uma instituição pública de pesquisa e clínica psiquiátrica. Após o abandono do tratamento, todavia, E7 permaneceu obtendo receitas com diversos psiquiatras:

Eu saí do X. e fiquei pulando de galho em galho, em vários psiquiatras. Todos me davam Rivotril e me mandavam pra casa. Eu falei: - Alguma coisa tá errada... - Porque isso não combina comigo, eu consigo fazer as coisas! Um panicoso - a gente chama de panicoso - conversa comigo que tem medo de morrer. Eu não tenho medo de morrer, nunca tive em toda a minha vida!
(E7)

E8 também, aos 15 anos de idade, foi sem o conhecimento dos pais a um psiquiatra, buscando algum remédio que a fizesse parar de ver e ouvir espíritos, fenômeno que a acometia com regularidade e que lhe causava bastante sofrimento. Percebeu, porém, que o remédio prescrito não só não contribuía para uma efetiva remissão dos sintomas, mas repercutia em sua atenção e motricidade.

Aí o psiquiatra me passou Diampax. Era um calmante na época pra me deixar bem, né, adormecedinha. Tomei o tal do Diampax. Fiquei tomando aquilo, andava igual um zumbizinho, pelo meio da rua. Aquilo não resolveu. (E8)

Le Breton (2008) atenta para a busca ilusória de resolução de problemas existenciais, psicológicos e sociais – inerentes à relação com o mundo circundante – no tratamento com psicofármacos. Ele situa esses medicamentos dentro de um circuito mais amplo de técnicas de controle e vigilância ao colocar que a intenção desse uso reside em geral na tentativa de criar uma espécie de simulação farmacológica da existência, na qual seria “melhor traçar um caminho bioquímico em si do que enfrentar sem defesa a provação do mundo” (p. 57). Isso viria a transformar as já bastante nebulosas fronteiras entre o

normal e o patológico, na medida em que se perceberia a expectativa de um alargamento das capacidades de reação ou resistência, cujo alcance torna-se cada vez mais difícil de se atingir sem a contribuição dessa ditas “técnicas de gestão do humor” (p. 56).

E3 também fez uso de benzodiazepínicos durante muitos anos em sua adolescência e relata que sente até hoje o efeito da tolerância, já que faz usos episódicos do medicamento e, também, sem acompanhamento médico. Na sua juventude, inclusive, chegou a realizar uma tentativa de suicídio por meio da ingestão de uma quantidade grande de comprimidos, o que permite perceber os riscos oriundos do repasse generalizado e sem controle desse tipo de medicamento a quaisquer pessoas que venham a solicitá-lo. De acordo com a fala de todos os entrevistados, é relativamente fácil obter receitas e existiria mesmo certo automatismo nessas prescrições, como se esse tipo de medicamento perdesse sua especificidade de uso e se tornasse um tipo de bálsamo diante dos imbróglios do mundo da vida.

E isso começou a me desmotivar, e comecei a pegar o remédio... Porque eles não perguntavam, davam o remédio, um papel e eu ia embora para casa. Então, eu comecei a tomar o Rivotril e a enfrentar a minha vida. E viver! (E7)

A I. fala que eu me preocupo muito, que não é assim, que as coisas não são assim. Aí, esta semana ela mudou o meu remédio, porque me achou muito agitada por causa do trabalho. (E5)

Vidal et al. (1993), ao investigarem o uso de benzodiazepínicos em um ambulatório psiquiátrico, verificaram que 61,7% dos pacientes usavam essas medicações, sendo que mais da metade deles o faziam por mais de um ano. A partir dessa constatação, questionam a pertinência dessas prescrições, dados os efeitos colaterais e a dependência que podem gerar. Contribui para isso a já citada facilidade para obter receitas e o esvaziamento da relação médico-paciente, que se centra na prescrição e perde seu caráter de escuta. Esse problema aparece em alguns depoimentos coletados, os quais mostram que os efeitos da tolerância ao medicamento e a dependência química que podem advir do uso sem acompanhamento e/ou irregular, tornando ainda mais delicada a relação com esse tipo de recurso terapêutico:

Ele falou pra tomar uns meses só, uns três meses e parar, e eu não consegui mais parar. (E5)

Foi, fiquei anos no X. Acabei ficando viciada em Rivotril, porque naquela época não tinha tratamento. (...) E aí eles acharam o Rivotril que era um medicamento, acho que pra epilepsia. Eles começaram a dar de graça até! (...)E isso foi determinante porque estamos em 2013 e eu ainda sou viciada em Rivotril. Eu não tenho pânico! Eu tenho um problema de ficar sem o remédio. Se eu ficar sem o remédio, eu tenho várias questões... (E7)

Eu estou viciada em medicamento e ele quer passar outro, porque ele chegou à conclusão que o uso contínuo do Rivotril faz com que eu não sinta grandes emoções, ele fez um gráfico para mim, só assim eu consegui entender. (E7)

É igual a ficar sem cocaína! Quando eu tenho clique, surto de quando eu estou sem cocaína, eu sinto igual, a mesmíssima coisa! Que é tremor na mão, taquicardia, sudorese, essas sensações todas que estão em várias doenças, mas que quando a gente é adicto, também dá! Mas eu estou com acompanhamento psiquiátrico, sim. E a gente está fazendo um trabalho de, aos poucos, tentar retirar o Rivotril, mas muito aos poucos. (E7)

Quinze anos de idade eu tomava Valium de dez, porque eu não dormia, entendeu? Eu não dormia. Não tinha como. Então eu tomava Valium, tomava esses comprimidos todos fortes. O médico receitava pra ver se eu amenizava e dormia. Hoje, mesmo se eu tomar um Valium, invés dele fazer eu dormir, como as pessoas dormem, etc e tal, ele me acelera mais, de tanto remédio que eu já tomei. (E3)

Em um estudo cujo objetivo era avaliar a adesão ao tratamento farmacológico prescrito e ao encaminhamento em pacientes atendidos em um Serviço de Emergências Psiquiátricas (SEP), percebeu-se que, mesmo sendo uma prática rotineira, a prescrição de fármacos não aumentou a adesão ao tratamento ou a frequência aos serviços (CALFAT et al., 2012). Uma investigação retrospectiva em prontuários sobre o uso de Haloperidol, por seu turno, verificou que o uso irregular da medicação esteve presente em 60% dos casos, o que evidencia uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, cujas consequências podem ser recaídas e reinternações (CARDOSO; GALERA, 2009). Nesse sentido, os autores ressaltam a dificuldade de manutenção do uso regular por um longo período de tempo e a importância do incremento da relação

entre usuário e profissional da saúde, a consideração de variáveis sociodemográficas e o próprio projeto terapêutico para o aumento da adesão do tratamento medicamentoso.

Conti et al. (2012) observam a existência de altas taxas de descontinuidade no tratamento medicamentoso entre populações com transtornos mentais severos como esquizofrenia, transtorno bipolar de humor e depressão maior unipolar, o que iria ao encontro da visão de que a descontinuidade no tratamento psiquiátrico estaria menos relacionada ao diagnóstico ou à medicação em si do que à capacidade do sistema de saúde mental de assegurar e manter a continuidade e intensividade no cuidado a esses pacientes.

Vale lembrar que a escolha por uma dada medicação não exclui a consideração dos aspectos culturais, sociais e políticos envolvidos na constituição da experiência de adoecimento. Para não incorrer no risco de uma ortopsiquiatria (RODRIGUES, 2003), ou seja, de adotar a terapia medicamentosa como um instrumento de retorno a um presumido estado de sanidade ou normalidade, é necessário que o uso e a adesão sejam cotidianamente acompanhados e discutidos. Nos depoimentos acima, pôde-se observar que há pouco espaço para falar sobre os efeitos do medicamento (esperados e colaterais), na medida em que a interrupção do uso foi feita de modo autônomo e sem acompanhamento clínico, com exceção de E7. Ao tomar isso como questão, cabe fazer alusão ao modelo de prática da “gestão autônoma da medicação em saúde mental”, cujo princípio reside em

proporcionar um “espaço de conversação” em torno da medicação, a partir do qual os pacientes psiquiátricos em questão possam dar novos sentidos às suas experiências como usuários de psicotrópicos, podendo, assim, participar de forma mais ativa, consciente e consequente do processo terapêutico psicofarmacológico; em vez monitoramento sintomatológico, impessoal, unidimensional, unidirecional e, muitas vezes, inquestionavelmente impositivo, empreendido nos tratamentos medicamentosos tradicionais – haja vista que a experiência de sofrimento psíquico não se reduz à sintomatologia. (NASCIMENTO, 2012, p. 275)

Ao propor uma sintonização de sistemas de crença entre médico e paciente baseada em Habermas, Nascimento (2012) enuncia como imprescindível a disposição por parte do médico a um entendimento mútuo, já que caberia a ele a função de intérprete, logo, de tradução e transdução entre as diferentes linguagens e saberes que perpassaram o diálogo com o paciente. Isso, evidentemente, implicaria alguns comprometimentos por

parte do psiquiatra, a saber: o compartilhar de forma inteligível e generosa, o conhecimento especializado concernente àquela consulta ou caso em especial, sair de uma postura impositiva calcada na autoridade médica e abertura para ouvir o *sentido* que os pacientes atribuem às suas experiências, por meio da valorização da narrativa.

Além disso, o autor ressalta que o sistema de crença do paciente possui coesão e coerências peculiares e relativas às conexões que se estabelecem entre tais crenças para aquele indivíduo em particular, de maneira que é preciso valorizar essas relações e abrir espaço para que elas sejam consideradas na pactuação do tratamento psicofarmacológico. Assim, a

sintonização de sistemas de crenças não se restringe à dimensão ética, mas seria também muito *útil* no sentido terapêutico: maior adesão ao tratamento, menor índice de abandono, melhor qualidade de vida para o doente, mais confiabilidade no médico e seguimento adequado das prescrições. (NASCIMENTO, 2012, p. 279)

Outro ponto importante relativo à terapêutica medicamentosa com psicofármacos, cuja observância se faz no material empírico, reside na distinção entre problemas espirituais e psiquiátricos. Alguns depoentes ressaltam que, dada a obrigação no candomblé, é possível parar de fazer uso das medicações e que essas poderiam mesmo ser danosas quando se trata de questões de origem espiritual.

Eu continuei a ter as crises, um absurdo, e continuei a ver. Só que quando eu via, eu via embaçado, sabe? Você vê e vê embaçado. Não sei por que eu via embaçado, tá? Hoje eu tô falando que eu via embaçado, que eu lembro do embaçado, que eu lembro de ter visto um caboclo do lado de uma menina, e aí embaçado, embaçado, embaçado... E aquilo foi me dando uma agonia tão grande porque eu não conseguia ver. Eu só sabia que tinha alguma coisa meio assim estranha. Parecia uma coisa assim diferente, mas eu não conseguia ver as feições, tava muito embaçado. (...) Porque eu acho que a psiquiatria, nesse momento, ela acaba sendo danosa. Porque quando você entra com a medicação, você altera sua percepção, entendeu? Aí você pode ver mais coisas que não são realmente reais ou pode, é, embaçar aquilo que é real, entendeu? Ela pode causar uma reação, um surto, uma reação cerebral ou ela pode embaçar aquilo você tá vendo. Então, no caso, quando eu tava tomando Diampax, as coisas eram muito embaçadas pra mim, tá? Eu lembro claramente disso que era muito embaçado pra mim. Eu vi, eu continuei vendo as coisas, mas elas eram embaçadas, sabe? Não eram uniformes, eram embaçadas, era como se

tivesse um véu na frente, eram dessa forma e aí aquilo não me ajudava. Me deixava mais agoniada, porque eu queria saber o que que era, né, e eu não conseguia definir claramente o que era e também não deixava de ser, entendeu? Então, era um momento assim, muito agonizante. (E8)

As coisas que aconteciam comigo e acontecem com outras pessoas eram muito fortes pra que eu pudesse entender como doença, pra que eu ficasse tratando com medicamento. (E8)

Eu sonho em não ter que tomar mais remédio. Eu acho que o candomblé vai me ajudar muito, eu diria que 90%, o resto seria equipe de apoio. (E7)

O neurologista, também ele falou, ele, eu não tenho necessidade de te passar nada, se você não tem nada. Eu não vou ficar dando remédio pra você começar a se medicar, e começar, pode vir a ter um problema por conta do remédio e não ter um problema, e não resolver o problema que você tá tendo agora. (E2)

Se eu não cuidasse, se eu resolvesse cuidar de outro jeito, eu acho que seria mais difícil. Iria fazer o quê? Ia tomar um monte de remédios... (E6)

Depois que ela fez obrigação, ela parou de tomar. (E3)

Percebe-se nas falas acima que existe uma cisão entre o domínio do biológico, do qual a medicação pode dar conta, e o domínio do sobrenatural (MONTERO, 1985). Em outras falas, percebe-se que é possível na opinião dos entrevistados, a combinação desses recursos, nas falas acima, porém, constata-se que o uso da terapêutica de um desses domínios em detrimento de outra que pode ser mais necessária, dependendo do caso, pode ser ineficaz ou mesmo prejudicial. E8 narra como o uso de um calmante piorava sua experiência das manifestações mediúnicas de que padecia ao torná-la menos clara e discernível, enquanto E2 e E6 mostram que, para elas, o uso da medicação aparece como uma alternativa mais difícil e danosa para seu caso. E2, inclusive, vale-se de um parecer médico para corroborar sua hipótese. Com relação a E7 e E3, observa-se que a primeira vê que o candomblé será o maior responsável para que ela consiga parar de tomar a medicação da qual é adicta, situando os demais (incluindo-se aí médicos, psicoterapeutas e rede social mais próxima) no que chama de “equipe de apoio”; já E3 lembra que sua irmã, assim que se submeteu à feitura, não apresentou mais a sintomatologia e abandonou a medicação. Nesse sentido, o remédio seria inferior ao

sacrifício, ou seja, este – que atinge sua concretude no Bori – é reconhecido por sua dimensão terapêutica, como se pode ver no seguinte mito:

Òsónyìn pretendia ter a precedência sobre seu irmão Òrúnmílá. Foi reclamá-la, então, junto a Àjàlááyé, que deu conhecimento do fato à outra parte. Como Òrúnmílá recusasse a pretensão de Òsónyìn, ficou acertado com Àjàlááyé que se submeteriam a um teste. O filho primogênito de Òrúnmílá, chamado Sacrifício, e o filho primogênito de Òsónyìn, chamado Remédio, foram convocados para a prova. Seriam enterrados durante sete dias. Quem após esse período permanecesse vivo, sendo capaz de atender quando chamado pelo nome, daria a vitória a seu pai. Iniciada a prova, Òrúnmílá resolveu contar Ifá sobre o destino de Sacrifício. O oráculo indicou-lhe a necessidade de fazer oferendas. Após tê-las preparado, depositou-as nos lugares prescritos – uma no caminho, uma na encruzilhada, uma para Èsù e uma no mercado. Graças a ela, Sacrifício recebeu comida debaixo da terra. Desesperado de fome, Remédio fez um pacto com ele. Se concordasse em repartir os alimentos, livrando-o da inanição, não responderia quando chamassem o seu nome. Sacrifício concordou e Remédio cumpriu o trato. Ficou, então, confirmada a precedência de Òrúnmílá. Por esse motivo é costume saudá-lo como “Ifá é mais eficaz que remédio” (VOGEL; MELLO; BARROS, 2007, p. 64)

Percebe-se, assim, uma preponderância do uso do oráculo e da oferta sacrificial em detrimento do uso isolado da farmacopeia disponível, que é simbolizada por Ossaiyn, orixá das folhas e dos remédios. Ao mesmo tempo, a piedade precederia o conhecimento (*ibidem*, p. 65), de forma que os laços de solidariedade é que permitem tornar pública e notória o status de superioridade acima citado.

Faz-se evidente, entretanto, que essa dimensão se empobrece na pouca negociação entre essas instâncias ou sistemas de cuidado. Esse jogo de inclusão e exclusão de recursos terapêuticos aparece como uma busca quase às cegas e que, se por um lado, envolve muitos atores, por outro, os isola. Pode-se visualizar isso também quando os entrevistados reconhecem a existência de males de fundo biológico e que devem receber tratamento adequado para tal, de maneira que, nesses casos, a terapêutica do candomblé poderia ser inóqua ou iatrogênica.

9. PANDORA ADENTRA O TERREIRO.

9.1. TENSÕES, TABUS, RUPTURAS E O NEBULOSO LUGAR DA DOR NO CANDOMBLÉ.

Boa parte da literatura disponível sobre religiões afro-brasileiras pouco aborda – e quando o faz, mantém uma análise mais superficial ou pontual – a dimensão do conflito e das disputas que se estabelecem na parte de dentro de seus muros. Ao analisar um terreiro de umbanda na Zona Norte no Rio de Janeiro, Maggie (2001) observou que ali os conflitos não só ocorriam, como obedeciam a determinados padrões relacionais que vieram a conduzir ao fechamento do terreiro. Para melhor compreendê-los, a antropóloga utiliza do conceito de drama social proposto por Victor Turner. Este conceito parte justamente do princípio de que subjaz aos conflitos em um dado grupo social uma lógica processual, podendo assim ilustrar como vive um determinado grupo caracterizado por uma estrutura social e costumes específicos.

No presente trabalho, fez-se notar que mal-estares, assim como relações de animosidade e disputa com pais e irmãos de santo estão longe de serem raros no espaço do candomblé. Supõe-se que para a emergência de questões tão delicadas podem ter contribuído alguns aspectos relacionados à metodologia adotada. Este trabalho partiu de narrativas individuais com adeptos do candomblé de diversos terreiros do Rio de Janeiro. A utilização do *snowball sampling* fez com que os onze entrevistados pertencessem a seis terreiros diferentes no Estado do Rio de Janeiro.

Sendo assim, o caráter individual e a garantia de que a pesquisadora não teria acesso ao seu Ilê ou ao seu Pai/Mãe de santo talvez tenham colaborado para que os sujeitos se sentissem mais à vontade para tocar na problemática do conflito e das dificuldades de relacionamento entre pares no terreiro, que são ao mesmo tempo perenes e pouco explicitadas no cotidiano da vida-de-santo, como se pôde observar no campo. As possíveis razões que se encontram por detrás desses fenômenos é o que se tentará abordar a seguir.

De acordo com o conteúdo de boa parte das entrevistas, optar pelo candomblé como religião é uma escolha difícil. O preconceito, a intolerância e o estigma parecem bombardear os neófitos e incomodam mesmo aqueles há muito iniciados, ainda que estes já se mostrem menos suscetíveis e frágeis do que os mais jovens. Espantosa,

contudo, foi a percepção de que existem a discriminação e o sentimento de isolamento aparecem dentro da relação dos filhos de santo. Os motivos para tal aparentam ser os mais diversos.

Um dos primeiros motivos figurados diz respeito à força das relações hierárquicas. Ser um egbomin (ter mais de sete anos de iniciado, um iyawô (pessoa iniciada com até sete anos de feita), um abian (não-iniciado, mas participante da casa), ou ainda uma ekedji ou ijowe ou um ogan são elementos determinantes dos moldes de comportamento e na abertura do conhecimento (os ditos fundamentos) possível. Quanto mais velho de santo, mais se torna possível auxiliar a Mãe ou Pai de Santo e mais respeito e reconhecimento devem ser demonstrados pelos mais novos à sua pessoa.

Quando se fala aqui em novo ou velho, admite-se que isso pode ou não corresponder à idade biológica, pois o importante é a chamada “idade de santo” e o número de obrigações de santo ofertadas ao orixá em que se foi iniciado. As obrigações seguem um ciclo temporal específico de um, três, cinco (em alguns terreiros), sete, quatorze e vinte e um anos contados a partir da iniciação. Em cada um desses “aniversários”, devem ser ofertados animais em sacrifício e toda uma série de oferendas ao orixá da pessoa e também ao seu carrego. Para a sua realização, espera-se a contribuição de uma soma em dinheiro a ser pactuada com o Baba/Iyalorixá denominada “chão” ou “salva”, sobre a qual se falará melhor posteriormente, o que por vezes faz com que os iniciados posterguem suas obrigações. Dessa forma, cada obrigação implica um reconhecimento coletivo do desenvolvimento daquele orixá e de seu filho perante o grupo, o que ressalta a preponderância da hierarquia relacionada, sobretudo, à idade de santo.

Apesar do grande número de obrigações a serem cumpridas, a feitura do santo e a obrigação de sete anos (odun ijé) são, de fato, aquelas que possuem maior reconhecimento e visibilidade entre os membros da comunidade, pois configuram ritos de passagem em toda a sua inteireza de abian para iyawô e de iyawô para egbomin, respectivamente. Essas transições, assim, mais do que a aquisição de um novo status, demarcam novos trânsitos e possibilidades de ser e estar no mundo-de-santo (palavra cunhada pela pesquisadora para se referir ao terreiro de que se é filho e também à comunidade do candomblé de modo mais amplo). Passar de um grau hierárquico a outro sem dúvidas abre portas, porém também fecha outras a que se tinha acesso até então, ao mesmo tempo cerceando e ampliando determinados laços sociais:

Eu acho assim, que são muito bobas, essa questão da hierarquia... Algumas coisas, elas me incomodam muito, né? Do abian não poder fazer isso, sabe, não pode chegar perto. Acho horrível, né? Um episódio como: a gente tá conversando aqui e aí a menina, tadinha, que tinha um ano, não podia ficar na mesma mesa, conversando, porque o abian não pode participar de conversa de quem é feito. Acho complicado isso, de segregação. Eu não gosto disso. (E8)

E8, com praticamente dezoito anos corridos desde sua iniciação no período da realização da entrevista, sente-se desconfortável com a exclusão de iniciados mais novos e abians dos ambientes onde se encontram os egbomins; atitude que se mostra frequente em sua casa de santo e que apareceu também em outros depoimentos. E7, por exemplo, fala das dificuldades de relacionamento engendradas devido à sua posição de abian. Sua casa de santo, porém, foi recentemente aberta e não possui nenhum filho iniciado pela Iyalorixá. A única pessoa iniciada da casa veio de outra casa de santo para aquela. Por isso, E7 queixa-se dos irmãos que chegaram anteriormente a ela.

Tem uns irmãos que vieram antes e, como em qualquer lugar, existe vaidade. Essas pessoas vieram com muitos problemas de outros lugares. E colocaram a Iyalorixá em um pedestal, como se fosse uma santa. Eu não acredito em santo, eu acredito no ser humano. Eu não consigo olhar pra ela desta forma, nem para os mais velhos. Todo mundo tem defeitos, erros e acertos. Talvez essa minha relação mais simples de não colocá-la em um pedestal os deixou bastante irritados. E eles estão querendo de todas as formas me tirar, mas a pessoa não sai se não quiser, só se fizer algo absurdo. Fizeram coisas bem complicadas comigo para que eu fizesse besteira, como agredir alguém, para eu ser expulsa. E pra mim, este foi o melhor teste que eu tive na minha vida, porque eu consegui me controlar, apesar de ter um homem com dedo na minha cara. Eu consegui me controlar, não bati em ninguém. Isso é uma vitória maravilhosa! (E7)

Pela fala de E7, parece ficar claro que, na ausência de um grande número de iniciados, faz-se uso do critério cronológico para delimitar a hierarquia. O mais velho, então, é entendido como aquele que chegou primeiro ao terreiro, merecendo por isso o respeito daqueles que vieram posteriormente. A concretude da iniciação, dessa maneira, perde muito de sua importância, ainda que os moldes das relações que ela determinaria em outros terreiros apareça nesse Ilê com a mesma intensidade e com formato muito semelhante ao que se observa em outros locais. Durante o processo etnográfico, chegou-se mesmo a ver situações em que uma filha de santo de muitos anos da casa, ao ligar em busca da mãe de santo, recusa-se a falar com um iyawô apenas por ser ele um noviço.

Mas existe também o outro lado da moeda. A segregação também pode seguir o fluxo oposto, ou seja, dos mais novos para os mais velhos ou em relação àqueles com cargos hierarquicamente superiores. Uma entrevista realizada com uma pessoa que tem a função de *ekedji*, um cargo superior direcionado a mulheres que não entram em transe e que, por isso, são responsáveis pelo cuidado dos *orixás* quando se manifestam, entre outras tarefas de cunho mais administrativo, evidencia que a premência de assumir um cargo superior aos demais exigiria uma atitude diferente em relação ao grupo que lhe possibilite impor respeito e ter sua autoridade reconhecida. Assumir essa posição, de acordo com essa fala, pode ser motivo de preocupação e mal-estar:

Procuro me policiar pra não falar muito... É... Ser mais forte, mais guerreira, ter uma postura mais forte, porque as pessoas sempre falam pra mim: - Não erre tanto, não fale tanto! Você será capaz se fizer isso! - Eu sou uma ekedji, eu tenho uma grande preocupação com isso, porque eu acho que uma ekedji tem que ter uma postura. (...) Ela precisa ser forte, ser uma pessoa controlada, uma pessoa calma, saber lidar com seus irmãos. Eu não estou reclamando por ser ekedji, não estou! É difícil, eu sou uma pessoa que mal, às vezes, consigo me segurar, entende? Eu tenho medo de me deparar com uma coisa e errar! De ter que fazer uma coisa mais séria. Porque ser ekedji é sério, não é uma brincadeira. Então, eu me acho carente demais, eu me acho fraca demais. (E5)

*Hoje você vê uma chuva de, digamos assim, de incoerência, uma chuva de, de vaidade, e que não condiz muito bem com o *candomblé*. Porque o *candomblé* não é isso, não na minha concepção. (...) Elas praticamente, elas me excluem um pouco, né? Porque acham que eu sou muito metida, né? (E11)*

E11, com trinta anos de iniciada, queixa-se do fato de que suas irmãs de santo mais novas isolam-na. E11 supõe que isso se deva ao fato de a considerarem arrogante pelo tempo de santo que possui. A entrevistada, de todo modo, não reivindica ou valoriza essa aproximação como algo importante para ela, mas situa sua exclusão no âmbito da vaidade e da ignorância, que pode ser de alguma forma associado à máxima cristã: “Perdoai-vos, Senhor, eles não sabem o que fazem!”. A placidez de sua posição, mais próxima ao ponto de vista de E8 (provavelmente pela casta que ocupam), contrasta com os queixumes de E7 e E4. Ao contrário de E7, E4 também é iniciada há muitos anos, mas em um dado momento da entrevista rememora as dificuldades de convívio dentro do terreiro.

Eu tinha uma amiga que é da época que eu era da outra casa [de santo], que eu tinha muito essa coisa assim: no candomblé, quando tinha muita gente, eu vomitava muito. Ai ela dizia pra mim que eu engolia muito sapo. Ela falava assim; - Nossa! Como você engole sapo, engoliu muito sapo, engole muito sapo! Você tem que botar esse sapo pra fora, né, tá querendo botar as coisas pra fora. - Na verdade, eu acho que o que ela tava querendo dizer pra mim era que eu tava aguentando muita coisa que eu não tinha necessidade de aguentar, ou aturando pessoas que não tinha necessidade de aturar. E aí, pra não falar, não brigar, não reclamar, eu guardava aquilo pra mim. De alguma forma, aquilo tinha que sair. Aí saía nessa coisa dessa ânsia que eu tinha o tempo inteiro, né? É, então, pra mim, isso era uma coisa negativa, né? Eu, eu senti isso. Então, pra mim isso é negativo.

Neste recorte, E4 não fala da questão da hierarquia, mas explicita uma questão que aparece com frequência no campo e nas entrevistas: o imperativo do silêncio. No candomblé, como foi dito por E1, “quanto menos se pergunta, melhor”. Esse axioma é válido para as mais diversas circunstâncias: desde a realização de funções (isto é, de atividades litúrgicas) até conversas de foro mais íntimo entre irmãos de santo. O espaço da intimidade e da amizade existe, mas deve ser conquistado de modo lento, o que pode contribuir tanto para o esvaziamento de algumas relações quanto para a solidificação de outras, na medida em que, quando se estabelecem, isso implica um maior vínculo. Ou seja, em alguma medida, ser mais novo ou mais velho de santo delineia algumas possibilidades de convívio e conflito.

Outra questão interessante, todavia, emerge na fala de E4, qual seja, o caráter negativo ou de adoecimento que tais relações para os quais podem concorrer. Sentir-se isolado, pressionado ou com pouco espaço de expressão no grupo parece se colocar como um motivo de sofrimento e angústia, podendo ir na contramão das intervenções terapêuticas realizadas no terreiro, como também se pode ver na fala de E7:

E os meus irmãos que chegaram antes começaram a me colocar de lado. E eu vinha de muitas perdas, eu nunca tive família e ali eu estava encontrando uma família! A Iyalorixá me disse que eles eram meus irmãos! E de repente eles começaram a não me tratar como tal e a me deixar de lado em tudo e destacar uma coisa X, uma coisa Y, que eu fazia mal, o tempo inteiro! Isso foi me perturbando muito, me deixando muito triste! (E7)

Sob outro viés, a hierarquia pode ser considerada ainda como algo ordenador e, por consequência, democratizador das relações no espaço do candomblé, tal como coloca Teixeira (1996), ao afirmar que os laços assumidos durante o processo iniciático (pres)supõem direitos e deveres que vêm amenizar as diferenças sociais e culturais entre os participantes de cada comunidade. Observe-se a fala de E11:

A gente percebe que as pessoas fazem do candomblé um pouco ou muito da sua casa, né? Então, por exemplo, no, no candomblé você sabe, você, o candomblé é uma religião tão fantástica, tão fantástica, que ele subverte todas as ordens, por exemplo, não tem essa de você ter mestrado, doutorado, sabe? Se você é, quando você chega na casa você, a gente costuma dizer que a gente dá obá [cumprimento] pra gato, cachorro, né? Dar obá é fazer reverência a gato, cachorro, o que tiver na sua frente, se for mais velho que você, você tem que baixar a cabeça e se comportar humildemente de acordo, né? É porque existe uma hierarquia muito forte, né. Porque dependendo de como ela se relaciona, de como ela se inclui nos afazeres, nas coisas, ela tem uma importância que ela não tem na sociedade ou no entorno. (E11)

Além disso, existe uma questão importante que se relaciona à inserção no candomblé e às dificuldades que também fazem parte da construção dessa vida em comunidade, qual seja, o cumprimento de preceitos e interditos, principalmente aqueles relacionados à vida cotidiana e à convivência dentro do Axé. No que diz respeito aos interditos de determinados hábitos na vida comum, os entrevistados reportam problemas para mantê-los e um correspondente medo das consequências desse não-cumprimento. Os dois entrevistados que falam sobre isso, curiosamente, ainda não são iniciados, o que pode fazer com que o temor diante de eventuais erros e o questionamento de sua própria capacidade de arcar com as responsabilidades que venham a assumir na religião façam-se presentes em suas falas.

Já desobedeci um pouquinho! Desobedeci um pouquinho porque eu voltei a beber: - Ai, acho que você não pode mesmo! Então dá um tempo aí de novo! - Aí eu fiquei meio assim... Aí eu bebi e no dia que eu bebi aconteceu um monte de merda! (E6)

Eu procuro seguir porque eu tô procurando me cuidar, como se fosse um tratamento também! Por um lado é como se eu tivesse fazendo um tratamento. Então, beleza, eu vou querer fazer isso à revelia? Talvez eu tenha que pagar o preço, né? E isso eu não quero! (E6)

Ah, eu fico com medo da responsabilidade. Porque depois que você entra pro candomblé, você abdica sua vida também com dedicação àquela entidade. Você tem umas restrições de roupas pra vestir, de cores de roupas, de alimentação, o dia a dia passa diferente. E você perde muito tempo, é, indo a isso.
(E10)

E6 fala sobre a percepção de que o descumprimento de uma prescrição de sua Iyalorixá – no caso, deixar de consumir bebidas alcólicas – fez com que infortúnios e problemas acontecessem em sua vida. É estabelecida pela entrevistada uma relação direta entre os dois eventos, relação que depois ela mesma equipara com prescrições de tratamento. Nesse sentido, uma não-adesão ou não seguir determinadas recomendações implicaria “pagar um preço”, ou seja, consequências nefastas e/ou contrárias ao bom desenrolar do seu processo terapêutico. Nesse sentido, a responsabilidade a qual se remete E10 parece ser menos coletiva do que individual. Não se trata tanto de uma responsabilidade com a comunidade, mas sim com a sua própria melhora ou restabelecimento. E10, no entanto, desloca-se do eixo Pai ou Mãe de Santo-Filho de Santo a outro de cunho direto entre Filho de Santo-Orixá (que E10 chama de entidade).

Outro problema estaria conectado ao estabelecimento de relações amorosas dentro do terreiro. De acordo com o que se percebeu no campo, é relativamente frequente a existência de casais, muitas vezes com filhos, no espaço do candomblé. É bastante delicada, no entanto, a formação de novos casais nesses locais e a ocorrência disso também é considerada como um problema que pode gerar consequências danosas à vida e/ou à saúde do Filho ou do Pai de Santo. De acordo com os depoimentos, o maior problema residiria no risco de que uma pessoa com quem se mantém relações sexuais tenha participação direta nos rituais aos quais venha a se submeter ou que possa tocar ou manipular seus igbás (assentamentos). Dessa forma, namorar um irmão ou, o que é considerado ainda mais grave, o próprio Babalorixá, é, mais do que um desrespeito às normas da comunidade ou exposição à ignomínia, estar exposto a efeitos negativos que em muito ultrapassam os muros do candomblé.

Antes de ele botar a mão na minha cabeça a gente se envolveu...(.) Ele já começou errando tendo relações comigo e depois fez bori! Eu não sabia da seriedade! (E5)

No trecho acima, E5 se refere ao envolvimento amoroso que teve com seu primeiro Pai de Santo, que, segundo ela, contribuiu significativamente para a depressão que lhe

acomete há anos. A realização de rituais equivocados e sua relação com o líder espiritual da casa teriam, de acordo com sua visão, feito com que ela ficasse aprisionada à sua figura e sem forças para sair dali. E5 narra posteriormente que sua Mãe de Santo atual vem desfazendo os erros do antigo Pai de Santo, o que vem contribuindo significativamente para a sua melhora.

Outro entrevistado conta a respeito de como o fato de ter se envolvido com uma irmã de santo durante o período em que se manteve recolhido em uma outra casa que frequentou foi negativo para sua vida em diversos sentidos (profissional, saúde, familiar).

Nós ficamos juntos trinta dias. Num local isolado de tudo. Porque você tá recolhido. São trinta dias ali, dentro do barracão. Então, quem eu tinha pra conversar era ela, e ela comigo. Claro, tinham outras pessoas que iam pra lá. Mas durante a semana as pessoas trabalham e não ficava quase ninguém no barracão. Então ficava só eu e ela, né? (...) E a gente conversava muito ali. Contava as minhas frustrações pra ela. Ela contava as dela pra mim. E quando a gente menos viu, a gente tava se beijando, já tava se relacionando. E eu ainda estava dentro desse barracão. Mas ali é um local que você tem que ter respeito, né? E eu, na verdade, tanto eu como ela, a gente aloprou. Não era o correto. (E9)

É interessante notar que, em ambos os casos, as pessoas que estabeleceram relações sexuais ou amorosas no terreiro acabaram por migrar para outros candomblés, ainda que essa não tenha sido a justificativa dada por eles. Ambos frisam que foram feitos “erros” em suas obrigações, erros estes que teriam reverberado na sua qualidade de vida e que, por isso, deveriam ser corrigidos prontamente. Tal correção, contudo, dificilmente é autorizada pelo mesmo Pai ou Mãe de Santo, o que teria levado à migração dessas pessoas a outros terreiros. Em outros casos, mesmo sem a infringência de erros, a ocorrência de uma separação também apareceu como problema de tal magnitude, que levou uma das entrevistadas a se dirigir a outro Ilê:

Porque eu era casada com o irmão dela e eu quis me separar dele e aí como era família, ficou uma coisa meio complicada. Então preferi sair da roça do que me manter casada. Eu falei: - Ah! Então o santo é meu e eu vou pra onde eu quiser. (E4)

Percebeu-se também, a partir dos resultados também que uma parcela significativa das entrevistas traz conteúdos concernentes ao processo de desvelamento e superação de

preconceitos que parece marcar a inserção no candomblé. O fato de chegar em uma situação de fragilidade, solidão e sofrimento por vezes bastante extremados de modo algum faz com que a chegada à religião seja marcada por total submissão e entrega àquele conjunto de crenças e rituais que ali se sistematiza. Observem-se alguns trechos:

Ele virou pra mim e falou que eu precisava de um terreiro de candomblé. Eu achei aquilo um absurdo, porque não fazia parte da minha tradição, né? (E1)

Ai foi quando ela disse pra mim, que eu tinha que cuidar do, do orixá, né? Disse que eu era de um orixá, que eu fiquei mais apavorada ainda! (...) Se eu tropicasse, ou se eu caísse, ou se eu fizesse alguma coisa, se alguma coisa não acontecesse do jeito que eu queria, eu diria, eu sempre dizia pra mãe: - Tá vendo?! A senhora foi me colocar nesse negócio, agora tudo de ruim tá acontecendo comigo. (E4)

Eu lembro que ela virou e falou que eu tinha que dar um bori. Aí me deu uma lista imensa, porque eu tinha que fazer santo, só que eu fiquei horrorizada com aquilo e saí correndo. Eu tinha uma rejeição, eu não queria fazer parte desse mundo, entendeu? (E8)

O Candomblé ele sempre veio com uma visão de demoníaca, muito mais forte do que a Umbanda, né? As pessoas tinham e têm até hoje um desconhecimento muito grande do Candomblé. Então, o Candomblé era aquilo que fazia mal, a Umbanda era aquilo que fazia o bem. (E8)

Pra começar, eu era de Obaluaê. Foi um outro tipo de dificuldade pra mim aceitar o santo. Tudo pra mim foi muito difícil de aceitar. Pra você ver como que eu era, cheia de preconceitos. (...)Eu amo Obaluaê de paixão. É o meu kekê [querido], é a minha vida, junto com Oxalá. Mas pra mim era assim, eu via Obaluaê com dono da doença. Eu pensava: gente! Eu não quero ser a pessoa que tá associada à doença, à praga, à peste, né? E aquilo era horrível. (E8)

Autores clássicos da Sociologia como Durkheim e Weber, como dito anteriormente, demonstram como a religião reflete a sociedade e reproduz a sua estrutura, mas também exerceria grande influência sobre a sociedade. No caso brasileiro, o contato via cordialidade (HOLLANDA, 1963) ente populações de origens étnicas e sociais distintas no eixo casa-grande-e-senzala (FREYRE, 2003), mudanças culturais são previsíveis e atingem também a esfera religiosa. Nesse contexto em particular, costumam ocorrer sincretismos e aproximações de pessoas de outras origens sociais, o que implica ajustes,

incorporações de novos elementos e mudanças. Constrói-se, assim, um campo, tal como formulado por Bourdieu (2003), o qual possui algumas características, dentre elas: sua delimitação enquanto um espaço estruturado de posições, cuja análise prescinde da característica de seus ocupantes; essa estrutura envolve relações de força entre agentes e/ou instituições.

De todo modo, embora as relações entre as religiões de matriz africana e o Estado sejam consideradas boas, suas manifestações e adeptos são vistos com reprovação ou desconfiança por grande parte da população. Frequentemente, são vistas como inferiores e, portanto, menos valorizadas e respeitadas que outras religiões. Ferretti (2007) elenca alguns motivos para tal, entre os quais: a sua introdução ou organização por escravos, o preconceito – mais ou menos velado pelo racismo cordial – em relação ao negro e à cultura africana e a associação da figura de seus sacerdotes a práticas criminosas ou socialmente reprováveis.

Evidentemente, isso não se faz fora da esfera do conflito, dado que todo um repertório simbólico repleto de elementos concorrentes e afins entre si é evocado (ou deixa de sê-lo) permanentemente. O trabalho de Maggie (2001) mostra isso com perfeição ao demonstrar como os códigos do santo (mais intuitivo, engendra uma ruptura entre a vida de fora e a do terreiro) e o código burocrático (mais racional, aproxima as vidas interna e externa ao terreiro) se impõem e criam entre si flancos de aproximação e distanciamento.

Nos dados obtidos, obtiveram-se diversas falas em que os entrevistados questionam/reiteram a veracidade de suas experiências espirituais ou de transe, apropriando-se da experiência vivida como forma de justificar racionalmente sua inserção religiosa, como se pode ver abaixo:

Porque, acima de tudo, eu sou uma pessoa extremamente cética. Não acredito em nada exatamente, né? E eu jamais poderia acreditar que aquilo acontecesse comigo porque eu sou uma pessoa extremamente racional. (...) Eu era descrente mesmo. Até porque nunca aconteceu comigo. Aí quando aconteceu comigo, eu fiquei um pouco chocada. Demorei um pouco a aceitar muita coisa, né, mas aceitei. (E11)

Eu sou cético. Eu posso dizer assim, eu sou agnóstico, agnóstico não, eu acho que sou até meio ateu, digamos assim. Hoje eu levo o candomblé muito a sério por ser rodante, por eu

receber um orixá. Não é possível eu ser um cara tão cético, que não acredita em nada, e de repente eu ver vídeos, fotos do meu corpo lá fazendo coisas, que eu tenho certeza absoluta que eu não faria. Então, isso é o que me dá fé. (E9)

Senti uma, uma desorientação muito grande, como se eu tivesse perdendo a noção dos sentidos, né? Foi algo muito estranho. Uma dor de cabeça muito forte. Ai foi quando eu fui ter de verdade a certeza de que algo de sobrenatural existia, porque eu sou muito descrente. (...) Eu nunca achei que eu poderia sentir alguma vibração daquele orixá ou daquela entidade. Foi algo pra mim muito surpreendente. Ai foi quando eu passei a frequentar mesmo. (E10)

Tem hora que eu acredito, tem hora que não. Como eu disse, eu preciso apanhar pra acreditar, né? Mas eu vou levando. (E10)

Os três recortes mostram que o sensível dá recursos ao estabelecimento da crença e, mais do que isso, permite dar à religião um estatuto de verdade e, como se verá a seguir, confiabilidade nas (recomend)ações do Pai de Santo:

Há um mês atrás eu capotei com o carro. O carro foi destruído e eu não tive um arranhão. E esse, ele tinha dito pra mim, que eu ia sofrer uma perda muito grande, com risco muito grande de vida, mas que eu não morreria, pra eu acreditar no que tava sendo dito pra mim. Deixa eu te mostrar a foto aqui. Eu não entendi a mensagem que ele tinha dito na hora, mas na hora que eu capotei, eu tive a certeza do que ele tava falando, o tal, o tal vê pra crer. (E10)

Como se pode ver, essas pessoas reivindicam um reconhecimento de sua racionalidade, o que demonstra uma espécie de temor de ser reconhecido como “bárbaro” ou sugestionável. De certa forma, essas falas reproduzem a crença na barbárie do candomblé, justamente ao tentar evidenciar sua inverossimilhança.

Ferretti (2007), no entanto, ao considerar esses aspectos, percebe que aí residiria a força da religião no sentido da resistência e da mobilização social. Isso porque, segundo ele, ela “pode reforçar o sentimento e dignidade, reabastecer a esperança, estimular a luta e a resistência de populações dominadas, mostrando-lhes o seu valor e garantindo-lhes a ajuda de seres espirituais” (FERRETTI, 2007, p. 2). Apreende-se não só o questionamento de seus próprios preconceitos, mas também a construção de uma nova

visão do que é ou pode ser a vida de santo e do seu lugar em meio à pluralidade de credos e culturas religiosas existentes no Brasil.

Diferente do imaginário popular, eu não cheguei lá [no terreiro] e tinha nenhuma cabeça de bode na entrada do lugar nem tinha um monte de gente incorporada, foi normal! (E6)

Eu sempre tive repúdio, eu nunca gostei. Eu não acreditava naquilo. Eu achava tudo meio que fantasia da cabeça das pessoas. Você vê pessoa incorporar, uma pessoa que já morreu ou uma divindade. Apesar de ter a mente aberta, por eu ter presenciado aquilo na minha família, eu não acreditava. (...) Aí começa a relação do diabo com a história. Você começa pelo catolicismo, que te leva a pensar que pode estar fazendo sacrifício pro diabo, essas coisas. Mas você vai vendo que não tem nada a ver com isso. (E10)

Um último ponto importante que vem à tona por meio do material etnográfico diz respeito à questão financeira, marcante na relação que clientes, irmãos de santo e lideranças do terreiro estabelecem entre si e com o *setting* religioso. “Os deuses vendem quando dão” e isso imprime características importantes no cuidado e na assistência prestada no candomblé.

A iniciação no candomblé dá-se de forma processual e não se encerra na denominada “feitura” do santo. A partir dela, é requisitado que se realizem as obrigações, cujo cumprimento marca a ascensão hierárquica do iniciado, tanto em termos de seu reconhecimento público (p. ex. nas festas e eventos abertos), quanto na sua atuação em âmbito privado nos afazeres rituais – principalmente nas obrigações de seus irmãos de santo e outros sacrifícios (PRANDI, 2004). Nesse sentido, pode-se aludir ao conceito de “trânsito religioso” cunhado por Birman (1996), que remete ao processo de aumento e consolidação de laços de responsabilidade envolvidos na adesão a um terreiro.

A concretização da iniciação e das demais obrigações, no entanto, nem sempre é um processo facilmente realizável. Se, por um lado, traz em seu bojo uma forte contribuição para a manutenção da comunidade por meio da renovação de seus membros, por outro, sabe-se que a submissão aos rituais envolve uma série de dificuldades: psicológicas, sociais, emocionais e financeiras (AMARAL; SILVA, 1992). No que concerne a estas últimas, percebe-se no depoimento de alguns

entrevistados que a adesão a uma casa de candomblé envolve o questionamento e a preocupação com o fator pecuniário implícito nas relações que ali se estabelecem. Como salienta Baptista (2005), a relação de cobrança pelos serviços religiosos ao tempo em que se mostra como algo estabelecido e mesmo esperado pelos partícipes, também gera constrangimentos e questionamentos por parte dos mesmos.

O orixá, é, não queria acordar, queria ser feito, mas é claro, o candomblé é uma, é uma religião que ele exige que você tenha algum tipo de posse pra estar lá dentro. Você tem que ter a comida do dia-a-dia. Você tem que ter as roupas do dia a dia, as roupas da saída, as coisas também da festa, porque não, né? E eu não tinha nada disso. (E11)

Ele [Pai de Santo]: - Pô, cara, gasta uma grana, hein? - Porque a gente compra coisas, né, que tem que oferecer pros orixás. Não é uma religião, que eu digo pra você, não é uma religião que é barata. É como eu sempre falo, não é diferente das pessoas que vão lá pra ganhar cesta básica, não. Primeiro você vai gastar, sim, que você tem assentamentos, você tem, você vai fazer rituais, que você vai gastar grana, tem a roupa do orixá, enfim, é muita coisa. (E9)

Eu falava: - Não tem nem tempo, nem dinheiro. Porque se eu já não tô mais trabalhando, se eu não tenho dinheiro, minha mãe é pobre... Pra mim, a ideia de fazer o santo era que custava uma fortuna, né? Fazer o santo pra mim era uma coisa muito cara. (E4)

Falei pra ela que, que eu só iria se eu ficasse rica. Eu falei assim: - Então tá, se um dia que eu tiver muito dinheiro eu faço, né? - E ela falava: Ah! Mas não é assim, você tem que fazer. Eu falava: - Não, só se eu tiver muito dinheiro.” (E4)

Trata-se de uma peculiar economia sobre a qual é necessário tecer alguns breves comentários. Reconhece-se, como colocado nas falas cima, que a iniciação envolve a participação de muitas pessoas e a aquisição de uma série de elementos, desde aqueles envolvidos nos atos rituais e confecção das roupas do iyawô até a própria manutenção da casa de santo e da alimentação do relativamente grande contingente de pessoas envolvidas nesse processo que leva alguns dias. Além disso, existe também o dinheiro do “chão” ou “salva” que concerne em uma cobrança à parte, entregue diretamente ao

Babalorixá ou Iyalorixá para sua feitura ou realização de uma obrigação, que “pode ser entendido como uma espécie de ‘pró-labore’” (BAPTISTA, 2005, p.88). Seu valor é variável e muito raramente discutido entre os membros da casa de santo, o que talvez justifique o seu não-aparecimento na fala dos entrevistados. Existem, inclusive, casos em que esse valor nem mesmo é cobrado, principalmente quando o neófito não possui os recursos necessários. Em casos assim, espera-se que ele se mostre grato e disponível para o serviço junto à comunidade, mantendo-se participante dos circuitos de troca que ali se delineiam.

É possível, assim, vislumbrar a existência de uma exigência financeira a ser cumprida por todos, mesmo pelos mais necessitados, como enfatiza E9 ao dizer que “não é diferente para quem vai lá pegar cesta básica”. Isso não impede, porém, que se delineiem distinções dos irmãos de santo a partir dos recursos financeiros, bem como de outros tipos de capital, além do econômico – como o social e o cultural, de acordo com a tipologia de Pierre Bourdieu²¹.

As pessoas, é, incultas, infelizmente a maioria das pessoas são de uma classe, é, é, como é que eu digo, classe, poder aquisitivo meio que baixo, né? Então a devoção deles é maior. Mas a pessoa que tem o poder aquisitivo elevado, se ela tiver o interesse e disponibilidade de tempo pra conhecer, ela vai ver também que, que não é firula. Negócio é sério. (E10)

E10 quando fala sobre a fidedignidade e facticidade dos rituais e da liturgia religiosa do candomblé separa aqueles mais pobres e, segundo ele, conseqüentemente mais crédulos, daqueles de maior poder aquisitivo, que podem, caso seja de seu interesse, “conhecer” a religião. Pode-se perceber que, de certa forma, o entrevistado alia a legitimidade da religião à legitimidade e posse de diversos capitais por parte de seus adeptos, com destaque para o capital econômico que daria acesso aos demais.

A circulação monetária dá-se nos terreiros de candomblé de diversas formas e momentos: de forma mais implícita, encontra-se envolvida em relações de compra e venda de serviços religiosos, na concretização dos rituais iniciáticos e de maneira mais

²¹ O tema perpassa diversas obras do referido autor, tais como:

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 15 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Orgs.). *Escritos de Educação*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

publicizada em festas e eventos abertos ao público (BAPTISTA, 2006). Neste trabalho, o referido autor situa o dinheiro no território da circulação do axé, enquanto princípio dinâmico da existência. A partir desse entendimento, evidencia-se uma negociação em termos financeiros entre fiel e divindade, de modo que a posse dos recursos necessários para a iniciação ou obrigação também estaria imbricada na circulação da dádiva, como se pode observar no trecho a seguir:

Eu falei, ainda falei assim brincando: - Se meu orixá quiser realmente que eu faça, ele vai tomar um caminho, ele vai fazer aparecer trabalho, alguma coisa que eu vou... Que até então não posso nem arrumar um emprego, porque eu tô em benefício, não tem como, eu tenho que operar joelho, então, enfim e tal.
(E9)

(...)Pegou lá na bolsinha dela, tirou mil e seiscentos reais e me deu. Eu falei: - Que isso? Ela: - Pelo seu trabalho. Eu falei: - Mas é isso tudo? Aí ela: - É. E já tem outro trabalho, você quer pegar? - Quero. Peguei outro. E mais outro. E mais outro e enfim. Em um mês eu tinha o dinheiro pra dar a minha obrigação, pra fazer toda a minha festa e ainda quitei um monte de dívidas que eu tinha anteriormente, de uma coisa que eu não busquei, eu não quis e eu não tava indo atrás. Veio até mim.
(E9)

Aqui, E9 situa o alcance do montante em dinheiro necessário à realização de sua obrigação, como um presente, uma dádiva por parte de Exu, seu orixá. Está implícito, contudo, que o aparecimento de oportunidades de trabalho subsequente à demanda pela realização de sua obrigação configura um dever e mesmo uma pactuação entre ele e seu “santo de cabeça”. Seu comentário jocoso e a inesperada conquista da quantia necessária, não só para os custos relativos (e também os derivados) do ritual, mas para a quitação de dívidas espelham para o entrevistado a resposta direta da divindade à sua dúvida; essa participação, porém, estaria longe de ser desinteressada. Mostra-se aqui cabível aludir à subjacente premência da circulação e retribuição subjacente aos circuitos de troca destacada por Mauss (2003).

E9, em alguma medida, afirma que, se o orixá deseja ser feito, ele deve oferecer meios para tal, e a obtenção desses meios será recompensada com o ritual. O dinheiro seria uma presença constante nas relações entre adeptos do candomblé e destes com os orixás

(VOGEL; MELLO; BARROS, 1987). Os referidos autores situam o dinheiro como um elemento chave na relação com as divindades e que é um dos elementos de destaque na iniciação no candomblé.

Trata-se de um acordo mútuo que admite que o dinheiro é parte da prática religiosa, *que ele é portador de axé*, que ele não compra o axé mas que pode fazê-lo circular pela comunidade, entre os presentes a uma festa, ele compra as folhas de Ossanha, ele faz Exu dinamizar o princípio do movimento. Em outras palavras, o dinheiro é um elemento essencial do sistema religioso, ele aciona aspectos cruciais das relações interpessoais e das relações entre homens e orixás. (BAPTISTA, 2006, p. 12)

Remontando ao *Ensaio sobre a Dádiva* de Mauss, Baptista (2007) frisa que há nos terreiros de candomblé uma indistinção entre a circulação de dons e mercadorias, que só vem a ser desfeita em situações de tensão e crise. Nessas situações, essa separação possibilitaria aos atores sociais envolvidos empreender ações de reparação ou mesmo de ruptura. Tais tensões podem possuir diversas origens, a saber: a percepção por parte dos filhos de santo de uma não correspondência entre a contribuição pecuniária e a consolidação de uma relação de maior intimidade com o Pai ou Mãe de Santo (BAPTISTA, 2007), a ostentação de uma melhor situação financeira em ajudas consideradas exageradas, muitas vezes até pelo próprio sacerdote (*ibidem*) e ainda o desconforto relacionado ao lugar do dinheiro no candomblé em contraposição ao seu lugar em um paradigma judaico-cristão (BAPTISTA, 2005, 2006).

Com relação a esse último aspecto, o candomblé contrapor-se-ia às exigências do princípio de piedade, observado nas religiões judaico-cristãs, mas também na umbanda. Um dos entrevistados, ao descrever o processo de inserção na umbanda, da qual já foi adepto, define como seu fim último a certeza de que:

Só se aproximem de você realmente aqueles guias que são seus, que vão fazer a caridade. Na Umbanda tem a história de caridade. (E8)

Por esse entendimento, a umbanda se fundaria na caridade, ao tempo em que sua prestação deve ser a função para a qual são preparados os novos adeptos. Como destaca Baptista (2005), contudo, a sublimação dos ritos sacrificiais que deram lugar ao dízimo e à esmola, compatíveis com a ética caritativa em questão, não conseguiu situar o

dinheiro em uma zona neutra ou de aprovação. Ao contrário, seu uso e circulação em espaços religiosos são frequentemente motivo de desaprovação e questionamento da honestidade e confiabilidade dos mesmos. A desconfiança em relação ao uso do dinheiro no candomblé foi pauta em uma das entrevistas:

As pessoas mais próximas perguntam quanto eu estou pagando para a minha Iyalorixá, a primeira pergunta é sobre dinheiro. Eu nunca dei um real para a ela, em um ano e meio. (E7)

Essa fala é particularmente curiosa, na medida em que a pessoa entrevistada – ainda não iniciada, cabe ressaltar – parece inscrever sua Iyalorixá, bem como o Ilê ao qual está vinculada, em outra ética ao deixar claro que em nenhum momento dispendeu qualquer recurso financeiro. Diante das perguntas de pessoas de seu convívio que não participam de sua casa de santo, E7 procura deixar clara a idoneidade e honestidade de sua Mãe de Santo, que não a estaria explorando. Subentende-se uma espécie de escusa diante da valoração negativa do uso do dinheiro em espaços religiosos e uma possível tentativa de aproximar a ajuda prestada por sua mãe de santo àquelas realizadas em outras culturas religiosas, como o catolicismo e o kardecismo.

Procurou-se neste item demonstrar que, tal como qualquer outro núcleo ou grupo social, os terreiros de candomblé também encerram relações de conflito e disputa por diversos estratos e tipos de poder, que mobilizam afetos e geram mal-estar e questionamentos por parte de seus membros sobre sua organização e sobre seu papel nela. Por certo, não se pretende extinguir ou apaziguar essas zonas desconfortáveis, mas sem dúvida, é preciso tê-las em mente quando se pensam os processos de cuidado que se desenrolam no candomblé, de modo que se tenha com alguma clareza os percalços e contribuições que tais zonas podem provocar. Em casos de pessoas com graves formas de sofrimento mental, isso precisa ser visto com ainda mais atenção, como se pretende ilustrar a partir do relato etnográfico que virá posteriormente sobre uma experiência vivida pela pesquisadora em seu próprio terreiro de candomblé, um dos lócus de seu campo de pesquisa.

9.2. A TRISTEZA NO LIMITE: DEPRESSÃO, SUICÍDIO E ACOLHIMENTO NOS ILÊS.

Quando se trata da vida e do seu valor, percebe-se que este não está dado ou se coloca de forma peremptória. O porquê de estar vivo, bem como os motivos para permanecer

nesta condição são alvos frequente de questionamento e reflexão por parte da grande maioria das pessoas e não reside nisso (necessariamente) qualquer indício patológico (ESTELLITA-LINS et al., 2012). O suicídio, entendido como um desfecho e não como uma patologia em si, pode e deve ser entendido como algo de cunho multicausal e complexo (OMS, 2002, 2012). Assim, contempla inúmeras variáveis que envolvem desde fatores sociais, psicológicos, orgânicos, até aqueles afetivos, cognitivos, filosóficos, existenciais, etc.

Diante desse grande abismo, percebe-se que o suicídio consumado é apenas um pequeno pedaço de uma experiência multiforme e desfigurada. Com vista a tentar abarcar essa pluralidade inerente ao suicídio, autores do campo da suicidologia passaram a se referir ao termo “comportamento suicida”, que envolveria não só o ato consumado, mas também as tentativas e ideações, os quais estão potencialmente ligadas ao desfecho letal de acordo com inúmeros estudos epidemiológicos.

Em um artigo derivado do SUPRE-MISS – estudo multicêntrico de base populacional voltado para avaliar o comportamento suicida e as estratégias de tratamento adotadas por quem realiza tentativas – verificou-se que, em cada 100 habitantes, dezessete pessoas pensaram em tentar suicídio, cinco formularam um plano, três, relatam ter feito tentativas de suicídio ao longo da vida, mas somente um chegou a ser atendido em um pronto-socorro (BOTEGA et al., 2009) (Figura 2). É possível, assim, perceber o suicídio como um continuum e não como um fato ou episódio isolado.

Botega et al. (2006) apresentam a estimativa de que o número de tentativas de suicídio tende a superar o de suicídios consumados em pelo menos 10 vezes. Além disso, entre 15 e 25% das pessoas que tentam o suicídio voltarão a fazê-lo no ano seguinte e 10% das pessoas daqueles que empreendem tentativas chegam a óbito por suicídio nos dez anos subsequentes (BOTEGA; MAURO; CAIS, 2004). Para Gunnell e Frankel (1994), a tentativa seria o principal fator de risco para o suicídio.

Figura 2 – Gráfico da proporção das dimensões do comportamento suicida a cada 100 habitantes

Imagem cedida pelo Prof.Dr.Neury Botega, UNICAMP, adaptada pelo grupo de pesquisa, Estellita-Lins e cols



Fonte: Botega et al. (2006).

Dados tão significativos fazem pensar até onde, afinal, vai o caráter racional da opção por dar cabo de sua existência. Evidentemente, existe o suicídio racional: Estellita-Lins et al. (2012) conjecturam, por exemplo, se não teria sido este o caso de Gilles Deleuze que, sem conseguir respirar sozinho e sentindo-se impotente para colocar-se normativamente diante do viver, teria dado fim à sua vida. É forçoso, entretanto, reconhecer que, na grande maioria dos casos, o suicídio coloca-se menos como uma decisão racional do que como uma tentativa desesperada de escapar a um sofrimento intolerável. Em um estudo canônico, Clark & Fawcett (1992) afirmam que em 93-95% dos casos de suicídio pode ser feito um diagnóstico psicopatológico, liderados pelos transtornos de humor, principalmente a depressão grave (40 a 50% dos casos), seguindo-se a eles a dependência de álcool (aproximadamente 20%) e a esquizofrenia (cerca de 10%). Outros autores afirmam que o risco é 3,5 vezes maior entre pessoas em sofrimento mental (WUNDERLICH; BRONISCH; WITTCHEN, 1998).

Silva et al. (2006) chegam a ser mais enfáticos ao estabelecerem uma associação diretamente proporcional entre o pensamento de cometer suicídio e sintomas de transtornos afetivos, como humor depressivo, solidão, sentimento de desesperança, anedonia e outros sintomas ligados ao espectro depressivo. Segundo eles, 60% dos

suicídios são realizados por indivíduos com sintomas depressivos significantes, de forma que o caráter voluntário e racional do suicídio seria posto em xeque.

Os transtornos ligados ao humor depressivo aumentaram consideravelmente nos últimos tempos. Segundo dados de Bromet et al. (2011), em um período de 12 meses, países de alta renda como Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos tiveram a prevalência de depressão maior subindo de 5,5% para 14,6%. Já em países de baixa e média renda como Brasil (com dados exclusivamente de São Paulo), Colômbia, Índia, China, Líbano, México, África do Sul e Ucrânia, houve um aumento menor, mas igualmente significativo, no mesmo período (de 5,9% para 10,4%). Nesse grupo, o Brasil figura como o país com a maior taxa de prevalência de depressão (10%). Gadelha et al. (2002) publicaram um estudo dedicado a mostrar os quadros que mais incapacitam a população brasileira a partir da adaptação da medida de Carga Global de Doença ao contexto brasileiro. A depressão aparece entre as primeiras posições com uma carga de 3,8%, ficando atrás apenas da diabetes (5,1%), doença cardiovascular (5,0%) e doença cerebrovascular (4,6%).

Faz-se notar, todavia, que a luta antimanicomial e a desinstitucionalização concernem diretamente às psicoses, esquizofrenia e pacientes crônicos, de maneira que a depressão encontra-se subrepresentada dentro das medidas adotadas na Reforma Psiquiátrica (ESTELLITA-LINS et al., 2010), logo, no cuidado à saúde mental oferecido pelo SUS.

De modo algum se tenta aqui estabelecer uma linearidade imediata entre o suicídio e a existência de transtornos mentais, mas é inegável a relação entre essas duas classes de fenômenos (BERTOLOTE et al., 2004; FLEISCHMANN et al., 2008) – o que não significa que essa relação seja unívoca e que possa prescindir de outras variáveis. Sua consideração abre um espaço reflexivo importante para pensar, como enuncia Bteshe (2013), intervenções preventivas e de cuidado. Não se trata de formular sentenças, mas de abrir possibilidades de ação para proteger pessoas em risco.

Alie-se isso a outros dados que demonstram que o suicídio é um problema de saúde pública em escala mundial. Nos últimos 45 anos o número de suicídios aumentou em 60% em todo o mundo (OMS, 2006). Em 1998, o suicídio correspondia a 1,8% dos óbitos e estima-se que esse valor chegará a 2,4% em 2020 (BERTOLOTE;

FLEISCHMANN, 2009). O suicídio é a terceira causa de morte entre pessoas de 15 a 44 anos em alguns países e a segunda causa na faixa etária de 10-24 anos (OMS, 2002) e 15-19 (PATTON et al., 2009).

Estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo. Dez a vinte milhões de pessoas terão tentado suicidar-se. Mas presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas, elas aumentaram aproximadamente 60% nos últimos 50 anos. (OMS, 2006, p. 3)

No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio de 2005 é considerada relativamente baixa (5,6 mortes por 100.000 habitantes) se comparada a de outros países, ocupando a 67ª posição em uma classificação mundial. No entanto, em números absolutos, o Brasil está entre os 10 países com mais suicídios. Durante o ano de 2004 o SIM captou 8.017 óbitos cuja causa básica foi suicídio, o que representa 0,8% do total de óbitos no país (BRASIL, 2006). O dado de 4,9 em 2009 diz respeito à quantidade de óbitos por suicídio para cada 100.000 habitantes no mesmo período.

Em um país continental, como era de se esperar, a distribuição dos óbitos por suicídio dá-se de forma irregular. Os estados brasileiros com maiores taxas de suicídio são o Rio Grande do Sul (8 a 10/100.000 habitantes), Santa Catarina (7 a 8,5/100.000 habitantes), Paraná (7,1 suicídios por 100.000 habitantes), seguidos de São Paulo e Goiás (SOUZA et al., 2011).

O maior risco para os homens se observa nas capitais dos estados da região Sul e nas capitais dos estados do Acre, do Amapá e de Goiás. Para as mulheres, os riscos variam de 0 a 3,8 por 100 mil em 2003. Podemos destacar Boa Vista como a capital com as maiores taxas para as mulheres tanto em 2002 quanto em 2003. Em números absolutos, a morte por suicídio entre homens é maior, representando 78,7% dos óbitos por suicídio em 2004. No Brasil, a cada 100.000 habitantes, 7.3 e 1.9 são as quantidades de óbitos por homens e mulheres, respectivamente (LOVISI et al., 2009).

Outro fator importante relacionado ao suicídio relaciona-se à marginalização de determinados grupos culturais. Com respeito a isso, cabe destacar o problema do suicídio entre indígenas, que apresentam dados alarmantes, para dizer o mínimo. O aumento das taxas de suicídio observado na região Centro-Oeste em períodos mais

recentes poderia ser parcialmente explicado pela alta mortalidade de indígenas (Guaraní-Kaiowá) vivendo na cidade de Dourados-MS. O suicídio entre os Guaraní-Kaiowá foi 10 vezes maior que a taxa registrada para o Estado do Mato Grosso do Sul, e 19 vezes maior que a taxa nacional (LOVISI et al., 2009). Os Kaiowás possuem uma taxa 20 vezes maior que a brasileira e os Sorowahá tiveram sua média aumentada de 123,6 pessoas (entre 1980 e 1995) para 1.922 a cada 100.000 habitantes (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2002). Entre os Ticuna, os óbitos por suicídio aproximam-se a 28% do total naquela população (ERTHAL, 1998).

Estudos internacionais também mostraram altas taxas de suicídio entre os povos indígenas do Canadá, Nova Zelândia e Brasil. Estes estudos apontaram para a desintegração cultural, marginalização e abuso de álcool como provável explicação para tais altas taxas de suicídio (LEENAARS, 2006; HUNTER; HARVEY, 2002). Nesse sentido, é possível pensar que a exclusão e o silenciamento étnico e cultural podem se estabelecer como uma fonte de angústia e sofrimento que pode contribuir para o aumento de tentativas e consumações do suicídio.

No que diz respeito à associação entre suicídio e religião, o envolvimento religioso de um modo geral relaciona-se a menores taxas de suicídios, o que se poderia justificar pela disponibilidade de um conjunto de valores e crenças capazes de dar significado à vida e ao sofrimento, à prescrição de hábitos (p. ex. proibição de uso de drogas) saudáveis e, principalmente, o apoio social dos grupos religiosos (BOTEGA et al., 2006). É certo, no entanto, que há diversas religiões que se desenvolvem em contextos que lhes são peculiares, de modo que podem também se mostrar como fator vulnerabilizante.

Na tentativa de iluminar os dados obtidos, seguir-se-á aqui a perspectiva de Bteshe (2013), qual seja, a de que a rede de apoio social é um fator central na consideração da experiência do suicídio, estabelecendo uma relação de mútua influência. Nesse sentido, percebeu-se que a referida experiência encontra-se bastante presente nos conteúdos trazidos pelos participantes da pesquisa. A ideação suicida e os pensamentos sobre a possibilidade de morrer apresentam diferentes facetas, quase sempre marcadas pelo uso da negativa. Os entrevistados remetem-se a momentos – todos anteriores à chegada ao candomblé – nos quais desejaram morrer, mas dizem que não chegaram a fazer ou mesmo que jamais fariam algo ativamente para obter seu intento:

Às vezes a vontade que me dava era assim, morrer. (...) Eu já tava assim, eu não queria mais viver, digamos assim. Se eu morresse era lucro, assim, forma de pensar. De repente, se eu tivesse um infarto, alguma coisa ali, morresse, é uma coisa que eu iria ter que aceitar, aconteceu. Tanto é que eu não comia, eu não fazia muita coisa, mas eu chegar ao ponto, como as pessoas fazem, de se cortar ou tomar alguma coisa, algum medicamento, se enforçar, se jogar de algum lugar. Eu nunca teria coragem de fazer isso. Nunca. (E9)

Uma vez ele me rejeitou, eu estava no ponto, na rodoviária, olhei pra o viaduto, minha vontade era de subir e me jogar. Só que a gente não chega a tanto. Eu não tenho essa coragem. Tive essa ideia, mas voltei atrás, nem cheguei a subir no viaduto. (E5)

Estou com dificuldade? Tô sim. Estou entrando em depressão de novo? Tô. Só que eu não vou tentar me matar, não vou me desesperar tanto mais... (E5)

Eu pensei em tomar remédio, tomar alguma coisa, beber alguma coisa, mas não cheguei a fazer o ato, não. (E4)

A vontade de morrer é sempre situada em um momento considerado de grande tristeza e abandono. Pode-se notar, entretanto, que os sujeitos da pesquisa estabelecem uma espécie de hierarquia de gravidade quando afirmam não chegar a fazer ou que não teria coragem. Às duas formulações subjaz a ideia de que a tentativa estaria em um outro patamar. Outro aspecto da ideação diz respeito ao questionamento sobre o suicídio:

Um questionamento sobre o próprio pensar sobre suicídio... Lembro que eu pensava, que eu questionava a ideia das pessoas sobre suicídio. Isso vinha muito à minha cabeça! Pensava assim: “Por que não?”, “Quem é que pode dizer que uma pessoa que comete suicídio que ela se entrega, que não teve coragem pra enfrentar as dificuldades?”. Era isso que vinha na minha cabeça, esse questionamento. (E6)

Outras pessoas entrevistadas negam veementemente qualquer possibilidade de pensar em morrer ao dizer que tal ideia jamais lhe passou pela cabeça. Em ambas as perspectivas, o argumento funda-se na coragem. No que diz respeito a isso, vale remontar à ambivalência percebida em relação à coragem verificada nos resultados da pesquisa “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na AP1&3 através de um serviço de emergência psiquiátrica” (ESTELLITA-LINS et al., 2009). Ora ela é valorizada por aqueles que negam ter cogitado a possibilidade da morte para alívio da dor e teriam, portanto, coragem para viver; ora surge na fala daqueles que dizem ter

pensado em morrer (mas não necessariamente em suicídio), mas não teriam coragem para realizar uma ação nesse sentido. Estaria em jogo aqui a coragem para morrer ou viver.

Agora eu tirar a minha própria vida. Isso nunca passou pela minha cabeça. Nunca. Nem vai passar. Nunca. Eu acho que a vida é um bem muito precioso que eu tenho. Eu nunca pensei em morrer, o que eu acho legal, porque eu vejo tanta gente querendo se suicidar. Eu nunca pensei nisso, sempre achei que tinha que viver isso e tinha que ter coragem. (E7)

Nesse ponto, eu sou meio vaidosa, eu acho covarde. Eu nunca pensei em morrer. (E8)

Os entrevistados pontuam que algo que justificaria ou poderia contribuir para causar o suicídio diz respeito à falta de perspectivas e à decorrente impossibilidade de encontrar explicações ou soluções diante de uma situação de sofrimento limite. Dessa forma, o suicídio viria a se mostrar justamente como a fronteira final dessa dor, colocando-se como o único portal de saída dela.

Me veio na cabeça que era eu que tava num mundo muito pequeno pra mim. Era como se, se eu não tivesse outro caminho. (...) Eu tinha duas coisas que eu, que eu queria fazer. Uma era matar e outra era morrer. (E4)

Senti que eu não aguentava mais e, muitas vezes eu imaginei isso, que já estava no limite. (E6)

Eu acredito que algumas pessoas tentem o suicídio, na boa, por causa disso, porque não conseguem encontrar uma resposta, né? (E8)

Foram relatados também três episódios que configuraram tentativas propriamente ditas: duas por intoxicação e uma, interrompida a tempo, por defenestração.

Teve uma vez que eu tomei uma porção de comprimido. Disse assim: - Eu quero dormir e não acordar mais [riso]. - Ela [irmã] que viu que eu tava dormindo demais. O médico tinha me dado um antidepressivo pra tomar, aí ela foi procurar e viu o cartucho todo vazio. Ela correu comigo pro hospital. Por isso que eu não morri. (E3)

E a última coisa que eu me lembro foi de olhar pra janela e de pensar: “Nossa, mas eu não tenho coragem!” . E nesse momento vinha uma coisa como se fosse martelando na minha cabeça: “Se você beber um pouco mais vai ter coragem. É só você beber um pouco mais que você vai ter coragem!”. E eu não

bebi mais! Eu lembro que eu fiquei meio assustada com esse pensamento, bastante assustada com esse pensamento e larguei o copo! Daí eu não me lembro mais, a última coisa que eu me lembro foi que essa minha amiga estava dormindo. Ela acordou e eu lembro só dela me puxar! Ela me puxou e me jogou pra trás. Ela falou: - Caramba! - Ela falou que acordou com a minha voz dando tchau pra ela. E quando ela levantou eu estava na janela, sentadinha com as perninhas pra fora! (E6)

Aí ele foi, botou um copo de refrigerante na frente da mãe, botou duas coisas de chumbinho e bebeu. (...)Depois que a coisa ficou muito preta, ele teve vômito e diarreia na hora. O que salvou foi que ele tomou muito. Se ele tivesse tomado menos, tinha morrido. Ele tomou tanto que o organismo dele de alguma forma reagiu e botou pra fora. Aquilo foi me dando uma raiva tão grande, que quando eu entrei em casa... O SAMU ainda não tinha chegado, eu já fui tirando a sandália no quintal, os brincos, fui tirando tudo. Agora eu vou cobrir ele de porrada. Se não morreu, vai morrer agora. Vou dar. Aí fui tirando tudo, catando, fui catando no meu quarto, não tinha nada. Agarrei um cabide de plástico e fui lá pro quarto dele. Cheguei e tava ele lá, desacordado na cama. Eu dei de cabide, dei, dei, dei, e ele nenhuma reação esboçou. Tá muito bem. Aí eu sentei lá. No que eu sentei lá chegou a ambulância. Quando a ambulância saiu com ele na maca, aí que a ficha caiu. Aí me deu aquela tremedeira, aquela tremedeira nervosa que eu fiquei. [Porque] aí eu acreditei, né? Se não tivesse correndo nenhum perigo, certamente os médicos não teriam levado. (E11)

A tentativa de E3 teria se dado na sua adolescência quando se percebeu deprimida devido à grande responsabilidade que tinha, de cuidar de sua mãe afetiva, com apenas quinze anos de idade. A narrativa de E11 também fala de um suicídio na adolescência, no caso, de seu sobrinho. Nesse trecho especificamente chama a atenção o fato de que a percepção do risco de vida proveniente da tentativa dá-se apenas a partir da chegada da ambulância do SAMU, que conduziu seu sobrinho ao hospital. A presença do veículo médico-hospitalar dá legitimidade àquilo que, até então, foi compreendido como uma espécie de pirraça ou tentativa de chamar atenção.

A influência da religiosidade ou de questões místicas ligadas ao suicídio não aparece em todas as falas emergentes sobre o tema. Essa conexão é estabelecida em dois momentos: na fala de E6 sobre sua tentativa, cuja ocorrência estaria atrelada à influência ou incorporação de algum espírito ruim, e na fala de E4 sobre o risco de suicídio de sua filha adolescente.

Nesse caso especificamente, a entrevistada diz que a ideação suicida da filha – atestada por um bilhete deixado pela menina – seria o fato de sua filha fazer parte de uma falange espiritual denominada Abiku. O fato de ser considerada ou “diagnosticada” como Abiku pelo Pai ou Mãe de Santo torna-se um imperativo de iniciação, com o objetivo de evitar o óbito da adolescente. Essa categoria, pouco abordada na literatura antropológica, contudo, bastante presente no cotidiano dos Ilês é evocada por uma das entrevistadas como uma situação limite na qual é informada de que sua filha é abiku e que, caso não seja iniciada, virá a falecer rapidamente:

A. tem que recolher hoje. Hoje. Hoje porque ela está muito doente e ela vai morrer. Ai eu falei assim: - Mas ela tá na casa do pai dela. Ai ela falou assim: - Se vira. (E4)

A., ela é Abiku. Ela tá com muitos problemas de cabeça. E A. vai morrer. (E4)

Segundo Ellis (2013 [1894], p. 1), o termo *abiku* pode ser traduzido como “aquele que possui a morte”, na medida em que “abi” refere-se à posse e a partícula “iku” diz respeito à morte em si. Sendo assim, essa palavra seria usada para designar o espírito de crianças que morrem antes de alcançar a puberdade, como também uma classe de espíritos ruins que causariam a morte da criança. Dito de outro modo, tanto a criança que morre antes dos doze anos quanto o(s) espírito(s) que teria(m) causado sua morte podem ser igualmente nomeados pelo termo em questão.

Na compreensão desse autor, o espírito Abiku possuiria o corpo da criança a fim de utilizá-lo para seus objetivos, tomando para si a maior parte de sua alimentação, o que faz com que ele venha a definhar até sua morte. Haveria ainda a necessidade do Abiku que se encontra encarnado na criança de suprir as demandas de outros Abiku famintos que não se abrigaram em algum humano, o que poria fim à vida da criança pela impossibilidade de alimentá-los. Uma criança irritadiça, nesse sentido, estaria sendo alvo de maus tratos por parte dos Abiku a exigir comida daquele que estaria no corpo da criança. Na medida em que o Abiku sentiria tudo o que é feito com a criança, esta é também identificada com o Abiku em si.

Para apaziguar a ação do Abiku, deveriam ser realizados diversos procedimentos e oferendas, a fim de afastar os Abiku da criança e mantê-la com vida e saúde. Existem, contudo, outras interpretações. Como relata Verger (1983):

Se uma mulher, em país iorubá, dá a luz uma série de crianças natimortas ou mortas em baixa idade, a tradição reza que não se trata da vinda ao mundo de várias crianças diferentes, mas de diversas aparições do mesmo ser maléfico chamado abíkú (nascer-morrer) que se julga vir ao mundo por um breve momento para voltar ao país dos mortos, òrun (o céu), várias vezes. Ele passa assim seu tempo a ir e voltar do céu para o mundo sem jamais permanecer aqui por muito tempo, para grande desespero de seus pais, desejosos de ter numerosos filhos vivos, para assegurar a continuidade da família sobre a terra. Esta crença se encontra entre os akan, onde a mãe é chamada awomawu (ela bota os filhos no mundo para a morte). Os ibo chamam os abíkú deogbanje, os haucás de danwabi e os fanti, kossamah.

(...) Os abíkú ou *eméré* formam sociedades no céu (egbé òrun), presididas por Iyajansa (a mãe-se-bate-e-corre) para os meninos e olókó (chefe da reunião) para as meninas, mas é Aláwaiyé (Rei de Awayé) que as levou ao mundo pela primeira vez na sua cidade de Awayé. Lá se encontra a floresta sagrada dos abikú (V11/44), aonde os pais de abíkú vão fazer oferendas para que eles fiquem no mundo.

Quando eles vêm do céu para a terra, os abikú passam os limites do céu diante do guardião da porta, o aduaneiro do céu *onjodé òrun*, seus companheiros vão com ele até o local onde eles se dizem até logo. Os que partem declaram o tempo que tencionam ficar no mundo e o que farão. Se prometem a seus companheiros que não ficarão ausentes, essas crianças, apesar de todos os esforços de seus pais, retornarão, para encontrar seus amigos no céu. (VERGER, 1983, p. 138)

Por essa via de compreensão, os Abiku não teriam exatamente uma conotação negativa, como aquela salientada por Ellis, mas configurariam uma miríade particular de espíritos comprometidos com o retorno ao Orun (céu) o mais cedo possível, de acordo com aquilo que foi pactuado previamente, o que é explicado em uma lenda na qual cada um dos Abiku, ao vir ao mundo pela primeira vez na companhia de Aláwaiyé, acorda com ele o momento de seu retorno: um se dispõe a voltar ao ver sua mãe, outro compromete-se a esperar até que os pais decidam que ele deve contrair matrimônio, outro quando a mãe tivesse outro filho e outro permaneceria no Aiyê (terra) apenas até começar a andar. Outros ainda prometem à chefe de sua sociedade que voltarão com sete dias de nascidos, ao conseguirem se arrastar pelo chão, ter dentes ou ficar de pé (VERGER, p. 139).

Percebe-se, assim, que a idade do óbito dos Abiku pode variar bastante e, mais do que isso, seu retorno seria passível de adiamento (por completo ou temporário) de acordo com a oferta das oferendas corretas que façam com que os Abiku se esqueçam do pacto

que fizeram antes de nascer. Além disso, a prescrição por parte dos Babalaôs²² de oferendas que demonstrem o conhecimento dos objetos e vestes que os Abikus combinaram de usar entre si seria capaz de desfazer o acordo previamente estabelecido e, assim, permitir a permanência do espírito na vida terrena, como se observa na seguinte narrativa:

os *abikú* combinam entre si, no momento de sua chegada a Awayé, preparar, cada um, quatro vestimentas (de cor vermelha), assim como um lenço de cabeça e um boné no valor de 1.400 cauris (búzios) para cada um. Os *abikú* declaram que se alguém descobrir suas quizilas, quando eles chegarem ao mundo, e o nome das vestes que eles combinaram fazer, eles ficarão no mundo. (*ibidem*, p. 140)

As oferendas em questão, oferecidas sem qualquer tipo de manifestação verbal, mostrar-se-iam, justamente por isso, como a comprovação tácita do conhecimento dos segredos dos Abikus, introduzindo aqueles que as ofertam no pacto dos Abikus, permitindo-lhes interferir na permanência do espírito. Reconhece-se, contudo, que muitas vezes tais oferendas são ineficazes, na medida em que o chefe dos Abikus poderia, em alguns casos, anular o efeito da oferenda.

Mostra-se aqui cabível situar que a noção de Abiku relaciona-se aos segredos da existência (VERGER, 1983, p. 140), cujo conhecimento pode permitir nela intervir, o que ressalta seu caráter predestinatório, mas também contornável ou modificável. No entanto, quando algo é predestinado pode ser ou não percebido por outrem a tempo de ser evitado ou contornado. Assim, as boas energias²³ encontram-se constantemente sob a ameaça daquelas tidas como destrutivas (classificadas como morte, enfermidade, falência e confusão), o que exige que as mesmas sejam neutralizadas. Quando se identifica alguém como Abiku, ou como um “possuidor dessa síndrome” (TOMSIE, 2011, p. 1), isso significa que essas energias negativas estariam permanentemente perseguindo seu portador, o qual se encontra sob a grave e pesada influência de pelo menos um dos quatro elementos supracitados. De todo modo, persistiria a tarefa central que consiste na descoberta de seus ewô e quebra das quizilas dos Abiku, permitindo-lhes permanecer no mundo a partir do seguinte esquema: a importância do oráculo na revelação daquilo que pertence ao divino que dá subsídios à prescrição de oferendas

²² Sacerdotes do oráculo de Ifá, seriam aqueles responsáveis pela adivinhação (BASTIDE, 1971).

²³ Utilizo aqui esta expressão como tradução literal do trabalho da autora.

para a resolução de problemas da vida terrena e à já citada modificação da existência a partir do conhecimento de seus segredos (BENISTE, p. 165, 2008).

Do ponto de vista espiritual, considera-se que pessoas com essa energia estariam envolvidas com um mundo paralelo que as atrai constantemente até tornar sua existência insustentável, fazendo com que elas queiram deixar este mundo o quanto antes. No entanto, a pessoa Abiku não é vista como problemática, mas entende-se que é importante tratá-la por meio de repactuações e estabelecimento de novas conexões espirituais a partir da consulta oracular, a fim de que ela consiga ter uma boa e próspera vida repleta de energias positivas e afastada das negativas.

McCabe (2002), ao trabalhar a significativa presença e as diversas expressões dos Abiku em boa parte da literatura nigeriana, ressalta um outro aspecto desses espíritos, que estaria relacionado a uma certa visão criminalizadora deles. Isso porque eles viriam a utilizar a criança para fins de roubo e expropriação, cuja sustentação se daria no seguinte ciclo: o Abiku ao nascer mostra-se como uma criança bela e saudável, mostrando-se como sinal de bom agouro ou sorte, ou doente e perturbada, o que a tornaria uma potencial beneficiária de sacrifícios. Nas duas formas, o Abiku lograria rapidamente riqueza, comida e abrigo em um curto intervalo de tempo previamente acordado com os membros de sua sociedade, depois do qual ele retornaria ao Orun com a porção espiritual relativa às riquezas acumuladas em terra (p. 46). Esse entendimento aproxima-se daquele exposto por Ellis, distanciando-se do de Verger, que apresenta os Abiku menos como criaturas perversas e exploradoras do que como seres travessos e ciosos de seus compromissos com seus pares.

Pode-se observar que haveria na noção de Abiku algo profundamente ligado a uma permanência na infância, como se pode perceber nos itans relatados por Verger, nos quais o retorno de tais espíritos acontece justamente em momentos bastante específicos e facilmente perceptíveis do desenvolvimento infantil e também no trânsito para a idade adulta, como é o caso de sua conexão à decisão por parte dos pais de que se aproxima o momento de se casar, que pode ser entendido aqui como um rito de passagem. Esse caráter infantil e alegre desses espíritos, independentemente de sua profunda ligação

com a morte, fica bastante claro também no trecho a seguir, extraído do livro “Um defeito de cor”²⁴ (GONÇALVES, 2006):

Foi então que vi o Kokumo se levantar e começar a cantar e a correr em volta da minha mãe, fazendo festa como se não visse o guerreiro entrando e saindo de dentro dela, com força e cada vez mais rápido. O guerreiro gemia e o Kokumo cantava, e seu canto atraiu outras crianças, outros abikus, que apareceram de repente e logo também estavam cantando e formando uma roda junto com ele. Uns surgiram correndo do lado do rio, outros pulando das árvores, outros brotando do chão, e estavam alegres ao abraçar o Kokumo, que, junto com eles, começou a rir, a cantar e a brincar de roda, convidando a minha mãe para se divertir também. Enquanto isso, o riozinho tinha parado mesmo de correr e estava ficando com uma cor cada vez mais escura. A minha mãe começou a sorrir e a girar o pescoço de um lado para o outro, acompanhando a brincadeira das crianças. Eu nunca soube se a minha avó pôde vê-las, mas decerto que os guerreiros não viram, porque o que estava em cima da minha mãe não gostou da inquietação e mandou que parasse. Quanto mais ele falava e dava tapas no rosto dela, mais ela sorria e girava o pescoço, seguindo os abikus. Até que ele se acabou dentro dela, jogou o corpo um pouco para o lado, apanhou a lança e a enfiou sorriso adentro da minha mãe. Ela não parou de sorrir um minuto sequer, e tão logo surgiu um riozinho de sangue escorrendo na direção do riozinho de Kokumo,

²⁴ O livro “Um defeito de cor” de Ana Maria Gonçalves consiste em um romance histórico que mescla trechos de autoria da autora com um imenso relato encontrado pela autora de forma acidental em uma visita à casa de uma família na Ilha de Itaparica, em Salvador, Bahia. A obra traz as memórias de uma senhora de 89 anos oriunda de Uidá – cidade também conhecida como Whydah ou Juda, é uma situada na costa Atlântica ou costa ocidental africana, na atual República de Benim – e escravizada no Brasil. No decorrer da leitura, fica claro que o texto vem representar a história de Luiza Mahim, mãe do poeta Luiz Gama e figura chave na Revolta dos Malês. No que diz respeito a questões concernentes à veracidade do conteúdo da obra, a autora afirma na introdução do livro:

(...) esta pode não ser uma simples história, pode não ser a história de uma anônima, mas sim de uma escrava muito especial, alguém de cuja existência não se tem conformação, pelo menos até o momento em que escrevo esta introdução. Especulase que ela pode ser apenas uma lenda, inventada pela necessidade que os escravos tinham de acreditar em heróis, ou, no caso, em heroínas, que apareciam para salvá-los da condição desumana em que viviam. (...) O que você vai ler agora talvez seja a história da mãe desta homem respeitado e admirado pelas maiores inteligências da sua época, como Rui Barbosa, Raul Pompéia e Silvio Romero. Mas também pode não ser. E é bom que a dúvida prevaleça até que, pelo estudo do manuscrito, todas as possibilidades sejam descartadas ou confirmadas, levando-se em conta o grande número de coincidências, como nomes, datas e situações. (GONÇALVES, 2006, p. 16-17)

Independentemente da relevância documental do referido livro, tomo-o aqui como uma preciosa fonte etnográfica, ao tempo em que descreve com riqueza e minúcia alguns pontos relativos à liturgia do candomblé em suas vertentes de Ketu e Jeje. Respaldo-me em uma concepção do campo etnográfico de Geertz (1993), o qual é concebido a partir de uma superposição de interpretações em que o pesquisador lança-se às interpretações do “nativo” para construir a sua. Nesse sentido, a construção e o trabalho etnográfico emergem como um processo aberto a diversas fontes e experiências que contribuem para a análise do campo de pesquisa a ser permanentemente elaborado.

a minha mãe correu para perto dele e o abraçou. O guerreiro, que estava saindo de dentro dela, nem percebeu. Eu lembro que, naquela hora, a minha mãe, sempre tão alta, tinha o mesmo tamanho de Kokumo e das outras crianças, que brincavam felizes como se há muito tempo esperassem por aquele momento. Até que viram a minha avó e correram para conversar com ela. Por sorte o guerreiro já não mantinha mais a cabeça dela levantada pela lança. A minha avó olhava para o chão e rezava, ignorando a quizomba, como também fez com todos os convites para brincar. Finalmente, as crianças se cansaram e foram embora, sumindo tão de repente como tinham aparecido, levando o Kokumo e a minha mãe sem que eles ao menos tivessem se despedido de mim, da Taiwo e da minha avó. (GONÇALVES, 2006, p. 24-25)

A perspectiva de Verger alia-se ao texto de Gonçalves – no qual os Abiku aparecem como alegres crianças a brincar e conduzir com entusiasmo seu companheiro ao Orun –, e também ao depoimento da entrevistada, que também compreende os Abiku como figuras infantis que vêm ao mundo em busca de brincadeiras e diversão e que voltam quando isso lhes é solicitado.

Abiku são seres que vêm à terra, mas não vêm pra passar muito tempo. Eles são uma espécie de crianças. Eles são uma sociedade diferente. Eles são, são, são à parte dos orixás. Então, eles quando viram (pausa) eles, quando, eles, quando eles, a pessoa, quando a pessoa, a criança nasce, se é, assim, lá, eles decidem o momento que eles vêm à terra. Eles fogem pra vir à terra. Então, quando eles fogem, eles vêm com uma promessa de que vão voltar. E cada um tem uma palavra, uma atitude, um ato que faz com que eles voltem, né? Então, às vezes, têm crianças que nascem e morrem. Têm outras que nascem e morrem com três anos, quatro anos, com dez, doze, quinze, né? E às vezes morre porque tava na hora mesmo. Mas têm outros que é porque eles são abikus. Então, eles têm que voltar. Eles combinaram lá. Eles não gostam do mundo, né? Eles vêm só pra brincar e depois eles querem ir embora, né? É, isso é o que eu entendo, mas assim a explicação é maior, né, tem a explicação é maior, é bem mais é, difícil de se entender. Eu, eu, como eu não consigo, eu não sei explicar direito. Então, fica meio assim... (E4)

A familiaridade e o tom quase carinhoso das comunidades de terreiro com a percepção de Abikus entre seus membros, porém, não impede que essa ideia não seja um assunto a

ser evitado. No trecho a seguir, a pessoa entrevistada ressalta que falar nesses espíritos pode atraí-los e, com isso, atrair também a morte e o infortúnio:

Quando você fala nele, para a pessoa que tem essa, essa, essa coisa do abiku, você chama, você traz ele pra perto. Então, a gente tá sempre, a gente sempre evita tocar no assunto. (E4)

Ao contrário do trecho anterior, neste E4 faz uma separação entre a “coisa do abiku” e seu portador, no caso, sua filha. No trecho anteriormente exposto, todavia, ela diz que A. é Abiku, de modo que se faz notar uma ambiguidade entre a aceitação de uma existência, um ser Abiku ou de seu entendimento como um fator externo que prejudica aquele que o possui. Essa ambiguidade, de certa forma, parece ir ao encontro da situação tabu que a noção de Abiku representa, o que não aparece na parca literatura obtida sobre o assunto. Outro ponto importante diz respeito à vinculação entre a realização de abortos e dar a luz a um Abiku na gravidez seguinte (de caráter punitivo ou culpabilizador), como se pode observar a seguir:

Eu comecei a perceber depois, porque é como eu tinha feito um aborto de gêmeos, né, eu imaginei... (...) E toda criança que vem após um aborto, ele é um abiku, na minha nação. Não, não tô dizendo que todas as nações pensam assim, todas as casas de candomblé pensem assim, né? Na minha nação, que é vodun, é assim. Então, eu comecei a achar que ela seria abiku. (E4)

A evitação sobre o falar pode, ao mesmo tempo, mostrar-se como uma medida profilática, e também ser herança dessa estigmatização somada àquela originária da violência simbólica a que foram submetidos os africanos trazidos para o Brasil. Naquele momento, falar sobre sua cultura, dar-lhe nome e, assim, localizá-la no mundo e no coletivo, era uma atitude a ser combatida e mesmo punida. Com fins de ilustração, se recorrerá novamente à obra de Gonçalves (2006), na qual a protagonista se vê em conflito com a impossibilidade de falar sobre a ideia de Abiku, na medida em que esta remontava à sua vida e herança cultural africanas:

A sinhá parou de aparecer na varanda e a Esméria disse que ela estava pejada, de resguardo. Contou que ela já tinha ficado assim várias vezes, mas não segurava a criança. Quase todas morreram antes mesmo de se notar a barriga, mas duas chegaram a nascer antes do tempo e morreram logo em seguida. Em uma dessas vezes a sinhá quase morreu também, sendo salva

por milagre. Foi um rebuliço na fazenda toda, com o sinhô descontando em maldade nos pretos o medo que ele tinha de perder a segunda mulher, como tinha acontecido com a primeira. Comentei que deviam dizer a ela que essas crianças podiam ser abikus, mas fui repreendida pela Esméria e avisada de que nunca deveria tocar nesse assunto. Ela disse também que, mesmo não sendo de verdade, todos nós tínhamos que adotar a religião e as crenças dos brancos, e que era falha dela ainda não ter me ensinado a rezar. Naquele dia mesmo, fez com que eu repetisse até decorar duas rezas importantes, a Ave-Maria e o Pai-Nosso, pois a qualquer momento a sinhá Ana Felipa poderia mandar me chamar para ver se eu já sabia rezar como gente de bem. Eu não conseguia entender que mal havia em falar de abiku, de Ibêjis, de voduns, mas a Esméria retrucou com tanta braveza que não me atrevi a contra sobre as promessas que tinha feito à minha avó, como providenciar o pingente da Taiwo, que eu tinha que trazer sempre comigo e que ainda estava representado pela concha amarrada no pescoço. (GONÇALVES, 2006, p. 80)

No trecho que segue da entrevista supracitada, a depoente identifica a ratificação da condição de Abiku de sua filha em um bilhete de despedida, encontrado entre as coisas da adolescente, enquanto a mesma encontrava-se recolhida para a iniciação:

E aí, o que que aconteceu? Ela foi, fez o santo, né? É, quando nós retornamos, a, a minha sobrinha, que é feita no santo também, ela virou pra mim e falou assim: - Tia, é, Yemanjá não, não errou, não. Eu falei: - Mas como assim não errou, não? - Olha o que eu encontrei da A. Porque enquanto ela tava recolhida minha sobrinha ficou lá em casa, né, ficou lá porque ela tava de férias, não sei o quê. E ela mexendo, arrumando as coisas da A., que eu tinha pedido pra ela arrumar porque ela ia voltar do, né, do preceito e encontrar tudo arrumado direitinho. Ela encontrou um bilhete de despedida, né, dizendo que ia embora porque ninguém gostava dela, que ela não gostava mais desse mundo, que ela não queria mais ficar aqui, que, que ninguém a amava, que tava na hora dela ir embora. E ela foi dando adeus a todo mundo. Pra cada pessoa, ela dava uma palavra de adeus, do tipo “eu gosto muito de você, mas eu preciso ir embora”; “fulano, eu gosto muito de você, mas eu tenho que ir embora”; “beltrano, eu gosto muito de você, mas eu tenho que ir embora”. Aí pra todo mundo foi um negócio, né? Aí eu peguei a carta, entreguei pro pai de santo, né, porque essa carta é dele, né? Entreguei pra ele, e falei: - É, tá aqui, né? (E4)

Diversas questões podem emergir desse pequeno relato. Uma delas teria a ver com o fato de que o suicídio é considerado como uma das possíveis formas por meio das quais o Abiku pode empreender sua “viagem de volta”. No depoimento acima, a mãe tem em um bilhete – que poderia perfeitamente ser interpretado como um bilhete de suicídio em

outra situação – é aqui ressignificado como um atestado de uma condição existencial da adolescente, sobre a qual já se teve uma intervenção considerada bem-sucedida. Diante da eficácia da iniciação para evitar o óbito da jovem, não houve maiores preocupações e o que seria em outras circunstâncias, motivo de preocupação, alcança nesse enquadramento específico uma valoração positiva, ao comprovar a existência de uma condição problemática ou perigosa que foi sanada pela intervenção do Babalorixá. O reconhecimento de seu sucesso é tamanho, que a mãe entrega a ele o bilhete, como uma prova de sua eficácia na posição que ocupa e também como uma espécie de agradecimento ao se sentir aliviada por não perder sua filha precocemente.

De acordo com Eisenworth et al. (2007), aproximadamente 29% dos suicidas deixam algum tipo de aviso ou bilhete. Esses pesquisadores colocam que as temáticas mais frequentes seriam instruções a familiares e amigos, estados emocionais, o contexto familiar, profissional e de vida que conduziram à ação e questões ligadas ao processo saúde-doença. Pesquisas anteriores (O'CONNOR; SHEEHY; O'CONNOR, 1999; SILVA, 1992) reiteram a percepção de que haveria certa homogeneidade de conteúdo que podem dar pistas relativas a possíveis linhas e intervenções de cuidado a essas pessoas. Sob esse viés, o bilhete pode ser caracterizado por sua função comunicativa, na medida em que passa uma mensagem que é reinterpretada por familiares, amigos e pela comunidade em torno; tanto ele quanto a tentativa e o suicídio consumado podem ser entendidos como gestos de comunicação (BTESHE, 2013). Essa função comunicativa fica bastante evidente no depoimento de E4, que se utiliza dele como prova da afirmação oriunda do jogo de búzios, de modo que o bilhete torna-se endossador do oráculo, dando-se aí uma sobreposição de meios comunicacionais e a possibilidade de uma comprovação física daquilo que é do âmbito do espiritual.

Um suicídio, enquanto desfecho possível, mas que pode ser evitado, contrapõe-se e aproxima-se de sua representação na obra de Gonçalves:

A minha avó disse que estava cansada e preferia morrer, o que achava que não ia demorar muito, pois sentia a presença dos amigos abikus. Na escuridão, ela já tinha visto o Kokumo e a minha mãe, e disse saber que a Taiwo estava querendo ir com eles, embora não fosse um abiku. A Taiwo já quase não falava ou se mexia, mas de vez em quando reclamava por não conseguir respirar direito ou por doerem as costas e a cabeça. O remédio da Taiwo, que continuava sendo distribuído junto com todas as refeições, a

minha avó passava para mim, que me curava por nós três, visto que ela também não queria o dela, dizendo que já tinha vivido o suficiente. (p. 56)

A vontade de abandonar a existência diante de um sofrimento insustentável aparece aqui como uma situação cabível e distante da solidão que se espera nesse tipo de situação. O Abiku, ao desejar partir, está acompanhado e tem no suicídio uma porta para fazer esse trajeto de retorno, o que de certa forma se opõe a algumas das concepções ligadas ao suicídio que emergiram nas entrevistas.

Observa-se com isso que, se é um desafio de cuidado ou tratamento a insígnia do Abiku, esta também abre portas para uma não patologização, mas como um reconhecimento de uma condição especial, dado que a partir do momento em que foi sanada ritualisticamente, esse status não mais é considerado perigoso ou letal. Ao contrário, como afirma Tomsie (2011), aquele que detém a energia Abiku quase sempre é considerado como detentor também de inteligência e/ou talentos excepcionais que, com o tratamento adequado, pode se desenvolver melhor que as pessoas em geral.

De todo modo, chama atenção o fato de que a experiência do suicídio ainda é bastante marginalizada no âmbito do candomblé. Isso contrasta com a forte presença do tema no quadro mitológico e litúrgico dessa religião, destacando-se na figura dos Abikus e em alguns itans, como por exemplo, dois deles relacionados ao orixá Xangô em duas qualidades distintas, reconhecido em um como Obà Kossô e no outro como Obá Baru ou Irú (rei sepultado):

Quando Xangô foi rejeitado por seus súditos, ele se retirou para a floresta e numa árvore se enforcou.

"Oba so!"

"O rei se enforcou!", correu a notícia.

Mas ninguém encontrou seu corpo e foi dito que Xangô tinha sido transformado num orixá e seus sacerdotes proclamaram:

"Oba ko so!"

"O rei não se enforcou!"

Desde então, quando troa o trovão e o relâmpago risca o céu, os sacerdotes de Xangô entoam: "O rei não se enforcou!" "Oba ko so! Obá Kossô!" "O rei não se enforcou".”(PRANDI, 2001, p.279)

Quanto à lenda de Oba Irú ou Baru, esta conta que Xangô chega ao apogeu do império, tornando-se o senhor absoluto dos raios e do fogo em todas as suas formas. Em uma

crise de cólera, porém, destrói a capital de seu reino e, arrependido, se suicida, adentrando a terra (LOPES, 2005).

Existe toda uma polêmica no que diz respeito à realização dos rituais fúnebres no candomblé, cujo conjunto é denominado axexê, em casos de suicídio. A partir de relatos do campo, observou-se que existem aqueles que defendem sua realização, afirmando que é possível fazer o ritual se for dado o aval a partir da consulta ao oráculo, e outros que a consideram inviável, já que a definição do momento da morte não caberia nem mesmo a ela própria (Iku), que cumpre sua tarefa a partir das ordens de Olorum, o Deus Supremo (PRANDI, 2001). Dos dois posicionamentos, porém, subentende-se uma visão do suicídio como uma morte desonrosa, fruto de uma renúncia à vida e acovardamento diante do adoecimento e dos infortúnios. A afirmação da vida como valor e da saúde como um mote de luta e afirmação sociopolítica, são bastante marcantes no candomblé, ao tempo em que essa religião em toda a sua ritualística busca justamente a apreensão e circulação do Axé, a energia vital que se deve simultaneamente acumular e compartilhar. Nesse sentido,

O morrer prematuramente, assim como o adoecer são resultantes de um processo mais denso que a comunidade religiosa consegue capturar e subverter à medida que no jogo de cena, os seus atores “mortificam” aquele que diante da morte se calou e “vivifica” aquele que a enfrentou e se perpetuou na história. Através do rito, esse processo é reencenado e, nele, é possível rever a saúde como um direito a ser reivindicado, conservado e compartilhado entre os membros dessa comunidade. (VALENÇA; FONSECA, 2009, p. 200)

Algo que chama atenção é o fato de que esse questionamento sobre a manutenção da própria vida é sempre algo que remete a uma espécie de passado remoto ou como uma comprovação de que se conseguiu resolver ou superar as dificuldades e tristezas que permitiram questionar a relevância e a vontade de se manter vivo. Em nenhuma delas, foi citada algum tipo de procura por auxílio em algum serviço de saúde e somente dois dos depoimentos que falaram sobre ideação ou tentativa de suicídio disse respeito a um evento posterior à iniciação. Como se pôde ver na fala de E11, a tentativa de seu sobrinho foi tomada com ceticismo mesmo por ela e sua intenção, naquele momento, foi de afastar o sobrinho da casa de candomblé.

Quanto à narrativa de E4, cabe tratá-la com maior detalhamento:

Ela [irmã] chegou na roça e chamou o pai de santo e falou: - Olha, a R. não vem. Ela ligou pra mim e pelo que eu tô entendendo ela tá querendo se matar. Aí ele me ligou, eram umas onze horas da noite:

- Minha filha, vem pra cá, eu quero falar com você.

- Não, eu não vou.

- Não, você vem pra cá agora.

- Não quero ir pra casa de candomblé. Eu não tenho nada pra fazer aí.

- Não, você tem, sim.

- Não, eu não vou.

- Agora tá muito tarde, mas amanhã cedo eu quero você aqui.

- Você vai ficar querendo porque eu não vou.

- Se você não vier, eu vou até a sua casa. Eu vou te buscar. É bom você vir.

Mas aí ele já não falou na delicadeza, né? Não dormi, chorei a noite inteira. E toda hora ele ligava: - Você tá bem? - Quando deu seis horas da manhã, o telefone tocou e ele disse:

- São seis horas da manhã, eu estou te esperando aqui. Você tem uma hora e meia pra chegar. Eu quero você aqui do jeito que você estiver. Agora.

- Tá bom, eu vou. - Cheguei lá, sentei no portão do candomblé, fiquei olhando. Eu falei: - Não vou entrar, eu não tenho nada pra fazer aqui. Isso daqui não vai me adiantar de nada. Aí eu fiquei, fiquei, fiquei... As pessoas passavam e eu parada lá sentada. Todo mundo sabia que eu era dali. Os vizinhos da casa sabiam que eu era dali, e, mas não conseguiam entender por que eu tava ali. Aí uma das crianças me viu e chamou. Aí subiu comigo. Quando eu cheguei lá, tava todo mundo. Ai todo mundo me abraçou, me beijou, fez carinho. E ele [Pai de Santo]: - Você já comeu? Vamos tomar café. - Eu não quis. Aí ele falou assim, Vamos fazer assim, você vai deitar agora. Você vai descansar e depois a gente conversa. Aí, quando foi mais tarde, ele me chamou pra almoçar, eu falei pra ele que eu não queria. Me deu comida na boca, né, cortava a comida, botava comida na minha boca, aquela coisa toda. Aí passou um tempinho, depois do almoço, foi rezar lá pros santos por conta da coisa. E aí os santos viraram aquela coisa toda, e aí a minha segunda santa passou, né? Aí Iyansã passou e disse que ia me tratar como se eu fosse me matar de verdade. Pediram que não, que ela não fizesse isso. Ela disse que sim, que ela ia fazer. Ganhei uma coça, mas eu ganhei uma coça. Ela me jogava em todas as paredes, em todos os quartos que tinha na roça. Tudo que você pudesse imaginar que dói, ela pegou pra me bater. Apanhei muito, muito, muito. Chegou uma hora que ela entrou num quarto e se trancou. Quando as pessoas conseguiam entrar, ela virava o santo da pessoa e botava pra fora pra continuar me batendo. Depois ela mandou dizer pra mim que a minha vida só eles [orixás] têm direito de tirar. Que eu não tinha direito nem de pensar, quanto mais de tirar. E que eu fosse me cuidar.

Daí pode-se apreender uma função protetora da vida em comunidade, da construção dos laços de solidariedade, apoio social e construção permanente da cura por meio de oferendas, ebós e boris. A narrativa de E4 é bastante emblemática nesse sentido, quando mostra a dedicação do Pai de Santo que manteve contato telefônico com ela durante toda a noite, o que acabou por ter um forte impacto terapêutico (BOTEGA; SILVEIRA; MAURO, 2010), viabilizado por um vínculo baseado na confiança prévia estabelecida entre eles. Nesse sentido, pôde o Pai de Santo monitorar espacial e temporalmente as

atividades de E4 e criar um espaço de negociação que, ao seu final, permitiu que ela se dirigisse ao terreiro, onde foi acolhida e acarinhada por ele e por seus irmãos de santo. Tal depoimento permite visualizar a tessitura da rede social de apoio, fundamental à prevenção do suicídio (BTESHE, 2013; ESTELLITA-LINS et al., 2012; ESTELLITA-LINS et al., 2010). Por outro lado, é possível também pensar que essa experiência gerou uma explosão no âmbito do candomblé, conduzindo a uma situação coletiva insustentável que só veio se apaziguar com a intervenção dura, direta e violenta dos orixás.

Além disso, às duas tentativas sucedem-se episódios de raiva e violência auto ou heterodirigidos àquele que tentava ou pretendia tentar suicídio. Diante da falta de recursos simbólicos para significar uma experiência tão dura e que explicita tamanha fragilidade, a violência eclode como uma via catártica para tentar, de alguma forma, dar conta desse episódio. Visto isso, parece importante pensar que a questão do suicídio, ainda que presente na mitologia do candomblé e no cotidiano intra e extra-religioso de seus adeptos, ainda aparece como uma experiência silenciada e silenciadora, diante da qual, talvez, somente as grandes autoridades ou os próprios orixás consigam se expressar e conduzir ações de intervenção. Tal como os kardecistas, os candomblecistas abrem espaço aos deprimidos e ansiosos (BASTIDE, 1967), no entanto, existe ainda dificuldade em inquirir ou abrir espaço para que os filhos de santo possam dar nome a seus dramas existenciais.

Cabe fazer referência aqui ao conceito de guardião ou *gatekeeper*, que concerne a um ator reconhecido como provedor de cuidado no âmbito da atenção primária ou básica (como denominada no Brasil) e que também oferece referências de especialistas, hospitais, laboratórios e demais serviços médicos (POLITSER, 1986; THOMPSON; HUNT; ISSAKIDIS, 2004). Essas pessoas não precisam ser necessariamente profissionais de saúde, sendo facilmente reconhecidos na figura de professores, líderes comunitários e religiosos. Os *gatekeepers* seriam, assim, pessoas na comunidade, cujo status social permite o auxílio e o acesso aos serviços de saúde por parte de pessoas fragilizadas ou em sofrimento físico ou mental. Por esse raciocínio, são valiosos para a detecção de pessoas em risco e a construção de uma rede de cuidados que envolva não só os serviços de saúde, mas os recursos comunitários.

No caso de pessoas com ideação suicida, o papel dos *gatekeepers* é ainda mais importante, visto que sua posição lhes permite perceber e oferecer ajuda, não só em termos de condução ao serviço mais próximo, mas também de acolhimento e escuta. Reconhece-se, todavia, que grande parte das pessoas não estão preparadas para desempenhar esse papel, de forma que o treinamento de guardiões mostra-se como uma ferramenta importante para que seja possível desenvolver em âmbito comunitário “conhecimentos, atitudes, habilidades e confiança para identificar indivíduos suicidas, lidar apropriadamente com eles, encorajá-los a pedir ajuda e referi-los aos recursos comunitários em saúde mental (RICKWOOD et al., 2005, p.19; LIPSON, 2013). Kelly, Jorm & Wright (2007) chegam mesmo a colocar como possibilidade a realização desse tipo de treinamento entre adolescentes, o que permite supor que não é necessária a introdução de limitações de idade, formação escolar ou gênero.

Dessa forma, é importante situar esse tipo de treinamento como uma ferramenta importante na prevenção ao suicídio, ao tempo que diversas pessoas em risco chegam às casas de candomblé e têm essa dimensão de seu padecimento por vezes invisibilizada devido à própria dificuldade dos irmãos e lideranças de santo de lidar com essa delicada questão. Oficinas e treinamentos ofertados aos *gatekeepers* - envolvendo lideranças religiosas, profissionais da saúde mental e da atenção básica, de modo a fomentar e criar condições de possibilidade de debate e construção compartilhada de conhecimento em sua terceiridade – podem, assim, se colocar como um terreno fértil para a criação de formas menos veladas e dificultosas de lidar com o tema e ajudar essas pessoas que pedem ajuda.

O suicídio atravessa a mitologia yorubana, tal como perpassa o imaginário bibliográfico kardecista mais recente (BTESHE et al., 2010). Pode advir daí um acervo riquíssimo para melhor explorar essa experiência e dar voz a esse sofrimento. Além disso, pode contribuir também para a ampliação desse diálogo uma maior articulação entre a rede de saúde mental e os espaços religiosos – por exemplo, por meio de encontros, seminários, oficinas, etc. Essa aproximação quiçá possa ser considerada um eixo no incremento da *literacy* e do apoio social diante de situações de risco de suicídio, com as quais se defrontam alguns daqueles que chegam aos Ilês.

9.3. NOTAS ETNOGRÁFICAS SOBRE AQUELA QUE LEVOU MEU SORRISO.

Era uma segunda-feira, dia de Omolu, meu pai. Apesar do calor e das tarefas do mestrado dispostos a me lembrar de que cada dia era menos um, me arrumei e fui para o meu terreiro. Eu havia combinado com minha Iyalorixá que “arriaria”, ou seja, oferecia ao meu orixá seu prato preferido em troca de auxílio nos meus intentos e objetivos profissionais. Chego, tal como combinado, por volta das 15h ao Ilê já cansada do forte sol e da leve dor de consciência de abrir mão de uma tarde de trabalho.

Minha Mãe de Santo não estava em casa e fui avisada de que ela só chegaria ao fim do dia. Já conhecedora do ritmo temporal do candomblé, onde tudo e nada tem hora, lembrei-me de que, de todo modo, meu corpo teria que “descansar” e depurar-se da energia da rua. Pus-me, então, a conversar com sua neta, que brincava com o filho pequeno no quintal.

Em certo momento, uma mulher aparece no portão. Pergunta se minha Mãe está em casa. Percebo algo de estranho em sua voz, que parecia um tanto lentificada, mas imediatamente supus que deveria ser por causa do calor, que beirava o infernal. Entro na casa e aviso à neta da Iyalorixá que prontamente me pergunta: - Não é a D., não?! – Naquela hora me dei conta de quem ela falava e do porquê de sua nítida expressão de preocupação. Vieram à memória todas as informações desencontradas e até aquele momento sem rosto que eu tinha de D.

Ela era uma filha de santo da casa e que chegou mesmo a ser expulsa do Ilê. Contava o burburinho dos irmãos em meio às atividades domésticas ou momentos de “nada-fazer” que D. era “kolori daquelas brabas”. Diziam uns com tom de pilhéria, alguns assustados e outros com tom de revolta que D. já tinha passado por mais de uma internação em hospitais psiquiátricos e que, em um momento de surto, tinha chegado a agredir com um tapa no rosto a Mãe de Santo. Um episódio envolvendo a presença de policiais no terreiro e conflitos com a família da Iyalorixá figuravam nos relatos de meus irmãos, sempre atribuindo uma mescla de periculosidade e pena à D. Durante alguns meses, eu mesma vi uma folha de papel em que estavam escritos dizeres do tipo “Caso D. apareça,

não atender!”. No entanto, era sabido que D. apareceria novamente, já que ela sempre reaparecia, mais ou menos feroz em busca do auxílio do Axé.

Senti-me ridícula ao perceber que eu, com um registro profissional de psicóloga em mãos, também temi por alguns segundos a presença de D. Eram tantas falas e uma consternação tão grande por parte daqueles que presenciaram alguns dos episódios de conflito com ela que, eu mesma, temi ser alvo de algum tipo de violência. Tive medo, principalmente, que ela entrasse mais uma vez em conflito com alguém e eu fosse considerada culpada. Compreendi o porquê do meu temor. A psicóloga deu lugar à iyawô que tenta se mostrar solícita e falhar o mínimo possível. Daquele lugar, eu não conseguia ver nada nos olhos de D. que não fosse uma ameaça à paz e ao convívio no Ilê.

Volto com a neta da Iyalorixá ao portão, ela abre a porta e D. entra. Muito educada, diz que vai esperar a Mãe de Santo chegar, mesmo diante da resposta de que aquilo poderia demorar bastante. Fiquei sem entender, afinal, D. há pouco tempo era alguém que não poderia sequer chegar ao portão e estava ali, ao meu lado, sentada na esteira sob o sol inclemente que vinha da janela. Procurei falar o mínimo possível, já que, pelo visto, eu andava mal informada. D. então me pergunta se sou filha da casa. Digo que sim e ela abre um sorriso e afirma também ser. Naquele momento, estávamos entre pares e, de certo modo, isso ficou bastante claro para nós duas.

Depois de conversarmos frivolidades sobre bairro de moradia, o clima, o preço de roupas de santo, etc., comento com D. da minha profissão. D. ali resolve desabafar – lembro-me que ela inclinou seu tronco para estabelecer maior contato visual comigo – e conta que saiu há pouco de uma internação. D. tem o diagnóstico de transtorno bipolar. Ela elogia bastante o hospital, mantido por kardecistas e com ótimos recursos e alimentação, segundo ela. Pergunto como está o seu tratamento, se faz acompanhamento psiquiátrico e psicológico. D. conta que é atendida pelo psiquiatra desse hospital, que lhe receitou uma verdadeira enxurrada medicamentosa: clorpromazina, Fenegan, carbonato de lítio, Clonazepam... Mas disse que se mostrava tranquila para tomar tantas medicações na hora adequada. Afinal, já estava acostumada.

D. sente falta, porém, de fazer psicoterapia. O psiquiatra recomenda, ela deseja, mas não foi feito nenhum encaminhamento; nem interno e muito menos externo. Pergunto se ela conhece a rede de saúde mental e comento sobre uma clínica da família acoplada a um CAPS bem próximos à casa dela. Ela diz que não é possível, pois trabalha o dia inteiro no Centro da cidade e o CAPS só funciona de 9h às 17h. Além disso, quando ela tentou iniciar o tratamento em um CAPS na Zona Oeste do Rio de Janeiro, ficou muito assustada com os “malucos” e conta que seu pai, que a acompanhava, disse a ela que aquilo ali não era lugar para ela. E ela concorda plenamente com isso. Falta-lhe, contudo, dinheiro para custear uma psicoterapia na clínica privada. Ela, como quem pede um presente, pergunta se eu não poderia ser sua psicóloga. Respondo que não, já que somos irmãs de santo, mas me comprometo a conversar com colegas de profissão que possam vir a atendê-la.

Mais tarde, chega a Iyalorixá. Àquela altura, eu e D. já tínhamos conversado bastante e percebo no semblante da Mãe de Santo um certo alívio por D. estar calma e dialogando com uma irmã de santo. Passei, então, a olhar com mais atenção a relação entre elas. D. parecia estar inibida, mas se esforçava em demonstrar sua devoção em respeito à Iyalorixá, que agia de forma acolhedora, mas com uma expressão um tanto austera, que vejo em seu rosto somente em momentos rituais ou quando ela quer fazer algum tipo de avaliação ou reclamação sobre os filhos ou o funcionamento da Casa. Mas não percebi qualquer diferença no seu tratar com D. em relação ao que ela dispensa a mim ou a nossos irmãos. Vi-a ensinar paciente, mas enfaticamente, a um Ogan que também estava na casa a preparar algumas oferendas que D. iria oferecer com a ajuda dele naquele dia e ela também me auxiliou a preparar as minhas e ao Ogan, que também daria uma oferenda a Ogun. Sem dúvidas, ali, já éramos parte do mesmo barro sob as mãos de Oxaguian, o Orixá regente do Ori de nossa Mãe, e creio que cada um de nós sentiu isso naquele momento.

Fiquei imaginando, porém, como seria esse encontro com D. quando o Ilê não estivesse tão vazio. Duas semanas depois, voltando ao Axé para uma festa, vejo que D. está lá conosco. Fico bastante feliz de reencontrá-la e por poder, justo durante a redação do meu trabalho, observar um caso como o dela tão de perto; mas também fico temerosa por não saber como eu iria reagir diante de uma eventual situação de discriminação. Os modos de fala e expressão no candomblé não podem seguir o bel-prazer de quem

enuncia e eu sabia muito bem disso. Percebo que D. não sofre discriminação explícita, mas com certeza é alvo de estranhamento por parte da maioria das pessoas. Os hábitos institucionalizados – p. ex., a pressa para pegar o mais rapidamente possível um prato de comida para si, criando uma espécie de fila individual na qual ela aguardava receber sua refeição e que faz pouco ou nenhum sentido, já que a distribuição das refeições se estabelece de acordo com a posição hierárquica dos presentes, tornando-se mais ou menos aleatória apenas quando todos os “mais velhos” já foram servidos –, sua fala marcada pelo efeito dos medicamentos e o temor diante de um possível rompante de fúria faz com que volta e meia ela seja alvo de algum olhar de reprovação ou de observação. Não vi, um momento sequer, uma manifestação de afeto como um beijo ou um abraço, tão corriqueiras entre irmãos de santo, dirigidas a D.

Em um dado momento, duas irmãs de santo, que são também minhas amigas, resolvem falar comigo sobre o estranho comportamento de D. Uma delas chega a comentar: - Irmã! Muito doida! Cruzes! Melhor nem chegar muito perto! – Minha mãe carnal, que também pertence ao meu axé, olha para mim de esquelha com uma expressão ambígua entre o convite à ação e o receio de seu conteúdo. Percebo que ali eu não poderia me furtar do meu lugar profissional. Na linguagem mais clara possível, falei com elas um pouco sobre o quadro clínico de D., das dificuldades pelas quais ela provavelmente passa (efeitos colaterais da medicação, problemas na vida familiar, afetiva e profissional, etc.) e como nós precisávamos nos comprometer com o seu bem-estar, assim como fazemos com todos os nossos irmãos. Lembro-me de falar que não era preciso que todos se tornassem profundamente íntimos dela (afinal, que ser humano suportaria isso?), mas que estarmos com ela e reconhecemos suas limitações e capacidades era tão importante quanto lembrar que regendo aquela pessoa existe um Orixá, um Deus – frase esta muito comum na valorização das relações interpessoais e no respeito e solidariedade entre irmãos de santo, com vista a evitar brigas.

Saí dali reconhecendo que minha intervenção está longe de resolver ou delimitar o espaço de D. naquele Ilê. Em verdade, creio que esse objetivo nem me passou pela cabeça. Seu território, tal como o meu e dos meus irmãos, está em construção, mas acredito que contribuí para que possamos, de alguma forma, sorrir em sua companhia.

10. “FOMOS MALUCOS, AGORA SOMOS PAIS DE SANTO”: NOVAS FORMAS DE PERTENCIMENTO E CUIDADO.

Como já foi dito por diversos autores, a iniciação no candomblé é fértil em termos de reconfigurações sócio-identitárias (AUGRAS, 2008; GOMBERG, 2008; RODRIGUES; CAROSO, 1998). Sendo a iniciação composta de três etapas fundamentais – construção, socialização e ressocialização da pessoa –, seria igualmente pertinente perceber nesse processo a passagem de uma condição de pessoa fragmentada até o alcance de uma condição integrada, viabilizado pela reconstrução identitária que se passa no culto (RODRIGUES; CAROSO, 1998). Esta reorganização, no entanto, ultrapassa a intimidade e chega à coletividade, o que permite uma inserção comunitária e uma correspondente flexibilização das relações para a chegada e permanência do neófito (iyawô).

Emerge a vastidão e fluidez das referências que virão a subsidiar sua relação com a comunidade, havendo assim “uma construção progressiva e interativa da pessoa em relação a uma série de divindades e de elementos simbólicos disponíveis no Candomblé” (NUNES, 2007, p.103). Dá-se aí a apreensão de todo um arsenal simbólico, do qual as pessoas podem se valer para expressar e exercer uma relação com modelos míticos e, por conseguinte, com o repertório de toda uma coletividade na qual vem se inserir.

Correia (2011) parte da perspectiva de Geertz de que os símbolos religiosos vêm sintetizar o ethos de um povo ao afirmar que, nos terreiros de candomblé, os adornos, adereços e o conjunto de posturas, atitudes e comportamentos esperados conformariam a identidade estética, ética e religiosa do Povo de Santo. Isso se daria por meio da fundição de símbolos em um enquadramento cultural particular no qual se dá toda uma “dramaturgia religiosa” entre pais, filhos de santo e simpatizantes. Do lugar de seus papéis, esses atores sociais se relacionam: brincando, competindo, negociando e cuidando-se mutuamente, ainda que de diferentes posições hierárquicas, as quais engendram esferas de ação distintas, contudo, intercomunicantes entre si. Segundo o autor, esse ethos faz com o que o candomblé se afirme “na totalidade, pois é um todo que se configura e se estabelece no estar-junto, (...) que é existencial e ontológico” (CORREIA, 2011, p. 30).

O canônico trabalho de Augras (2008) vem mostrar como, no seio das comunidades de terreiro, vive-se simultaneamente a condição do “duplo” e a operação da “metamorfose” de si no mundo. O orixá funcionaria simultaneamente como um duplo daquele que o recebe e também operaria uma transformação em seu filho. Nesse sentido, “o duplo e a metamorfose não são aspectos antagônicos do ser: é preciso desdobrar-se para transformar-se. Tornar-se outro, diferente em tudo e, no entanto idêntico, restabelecer a duplicidade fundamental, que doravante é síntese” (AUGRAS, 2008, p. 289).

O orixá regente (Eledá) da cabeça (ori) de uma pessoa ocupa, portanto, uma função central nessa reconstrução identitária. Isso porque seria preciso entrar em contato e em equilíbrio com esse “pai espiritual”, adaptando-se às suas características e exigências, de forma a ampliar ao máximo sua relação com ele, o que se dá no plano transcendente, mas também no físico, já que, dentro da cosmologia do candomblé, existe uma comunhão das substâncias que formam os homens e os deuses (p. 60). O entendimento de si, bem como a conformação identitária do iniciado, envolvem uma compreensão do orixá “de cabeça” e a afirmação de uma relação de alteridade-identidade com esse deus que o constitui e que nele se manifesta no momento do transe.

Eu achei que essa coisa do arquétipo tinha muito a ver com essa questão de orixás. Então, eu falei, cara é igual a um signo. Então, eu preciso me identificar com esse arquétipo pra ter uma aceitação melhor e trabalhar melhor isso na minha vida, no meu cotidiano. (E8)

Quando você junta, você percebe, quase sempre, [que] pessoas de orixá x têm aquele tipo de comportamento, então você sabe como você vai chegar até ele, conversar... (E8)

É um reconhecimento, não é novo. Que energia é essa que eu senti a vida inteira em mim? É a minha orixá, é Nanã, é a minha mãe. Por que a vida inteira eu tive relação com a morte? Porque ela tem. E ficou muito tranquilo, na verdade eu sempre tive uma relação muito simples com a morte, e agora mais ainda, e com a vida também. (E7)

Acho que existe uma lógica nesse planeta, ou no universo. Como eu falei, eu sou filho de Exu. Eu não acredito que isso seja um acaso. (E1)

Percebe-se nesses trechos que ser filho de um determinado orixá engendraria o (re)conhecimento de si e do orixá em um processo de identificação e mesmo

apropriação de determinadas características que não somente marcam a vida terrena do iniciado, mas fazem com que esta seja atravessada pela dimensão da transcendência. Com vistas a esclarecer essa ideia, remete-se aqui à perspectiva de Augras (2008), que concebe a duplicidade da personalidade nos planos físico e espiritual na compreensão candomblecista, ao tempo em que a singularidade constituir-se-ia por meio e a partir da integração filho de santo-cabeça-santo/orixá no destino ou trajetória individual.

Verificou-se aqui, porém, que essa compreensão ultrapassa a esfera individual, dado que é apropriada para ressignificar a relação com o mundo e com os outros, seja por meio de correlações arquetípicas para melhor compreender e dialogar com “aquele que se põe diante de mim”, seja pela nomeação do orixá como forma de reinterpretar e reordenar experiências prévias. A isso subjazem também as compreensões acerca das necessidades de cuidado (de si e do próximo, como se verá mais adiante).

Porque as cabeças da gente não funcionam direito, não! Às vezes as de Iyemanjá, de Exu, meu deus do céu! As cabeças são danadas! E todos os exus que eu conheço é tudo pirado, ou é atacado demais ou é lento demais. (...) Minha Mãe [de Santo] é que fala, a gente de Exu tem que tá sempre cuidando da cabeça, né? Porque Exu é o kolori, é o louco, é o tudo, ele faz tudo! [Ele] tá aqui, tá ali, tá em todos os lugares, é a comunicação, é o tempo, é o vento, é a mistura. (E4)

Quando é colocado pra você, que você tem um orixá, e esse orixá faz [parte] de você e você faz parte desse orixá, você começa a conhecer a história desse orixá e reconhece a sua história nesse orixá... Aí você começa a melhorar, porque esse orixá dá as pistas pra que você possa melhorar o teu relacionamento com as pessoas, né? (E8)

É tipo assim, um subconsciente. E no meu pensamento, o meu subconsciente é o meu orixá. (E9)

No processo de melhora e recuperação – ou, por que não dizer, terapêutico – devem ser levadas em conta as exigências e características do santo que rege a cabeça, o que evidentemente exige toda uma expertise por parte não só do Pai ou Mãe de Santo, mas dos demais membros da comunidade.

No âmbito dos terreiros, o conhecimento propõe a manutenção do equilíbrio corporal e espiritual, por intermédio do fortalecimento da energia vital (axé), da integração subjetiva e da inclusão social, que permitem o tráfego do saber entre os pares e a consolidação das relações que ali se estabelecem (CORREIA, 2011). Como também

salienta Silva (2013), o conhecimento das ervas, orôs, fundamentos, assentamentos e ingredientes dos rituais delimita toda uma gramática, cujo aprendizado é paulatino e marcado pelo tempo de iniciação, o que fica claro no hábito dos mais novos de, em sinal de respeito, pedir a bênção ao irmão mais velho de santo ou ao próprio Pai de Santo quando esses permitem o acesso a uma determinada informação litúrgica. Dessa forma, dá-se uma espécie de escalada de apropriação e construção de conhecimento que permitem ao neófito não só ascender hierarquicamente, mas, especialmente, cuidar daqueles que são mais novos e chegam ao terreiro. De acordo com os dados obtidos, tão valioso quanto ser reconhecido na comunidade como detentor de um saber, é perceber que pode utilizá-lo para ajudar os mais novos, tal como se vê na fala de dois entrevistados, ambos com quase vinte anos de iniciados:

Muitos dos ebós feitos para os clientes e para os que hoje se tornaram meus irmãos, foram feitos por mim, passaram pela minha mão. (E1)

Eu cuidei de várias pessoas assim. (...) A gente, via muito, os irmãos que foram chegando, né, que eu recebi. (E8)

Dois Pais de Santo, em um diálogo travado com a pesquisadora no campo, ao rememorarem sua trajetória, lembram-se de como chegaram imersos em profundo sofrimento ao candomblé. Ao se lembrarem, agora com risos, dos desmaios e tentativas de suicídio pelos quais passaram até a chegada ao candomblé – cujos registros se encontram na pesquisa de Teixeira (1994), que os entrevistou naquela época –, afirmam que seu percurso do sofrimento à iniciação tinha como fim último o cargo de Baba e Iyalorixá que receberam. A máxima “fomos malucos, agora somos pais de santo”, enunciada por um deles, mostra que passaram por uma mudança de condição do neófito fragilizado e aturrido a uma posição de liderança e responsabilidade, já que agora cabe a eles, por meio do arcabouço litúrgico-religioso que herdaram de seus sacerdotes e da vida em comunidade, cuidar daqueles que se mostram em sofrimento.

Dito de outro modo, iniciar-se no candomblé é também, em alguma medida, reposicionar-se diante do mundo e das relações que estabelece com o outro. Acredita-se aqui que essa transformação traz consigo um elemento peculiar e relativamente decisivo nessa reconstrução identitária: o cuidado. Ao tratar de cuidado aqui, pode-se dizer que se está falando menos de um conjunto de técnicas do que, nas palavras de Ayres (2004,

p. 74), de “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”.

A terapêutica é uma negociação entre quem trata e é tratado. Assim, a participação do profissional de saúde nesse processo não é óbvia e tampouco necessária. Tanto Estellita-Lins quanto Ayres referem-se a Heidegger (1989), mais precisamente à fábula de Higino em “Ser e Tempo” para pensar o cuidar (*Sorge*): este emerge como a via pela qual se faz o encontro com o ente, consumando-se de forma processual como cura (*Kür*) e trazendo em seu bojo a angústia, o medo da finitude, a morte. Para além do embate sujeito-objeto, o cuidar intimida e alenta e no seu turvo processo é o que permite sustentar a existência (*Dasein*) no mundo. Diria respeito, assim, a uma existência cujo fim último seria a pré-ocupação diante daquele se lhe apresenta e, por essa acepção, não seria “privilegio da mão, da mãe, de um feiticeiro, do médico nem tampouco do psicanalista. Ele não se esgota em seu provedor nem se confunde com seus resultados factuais, pois é absolutamente factício” (ESTELLITA-LINS, 2008, p. 339).

Aliando-se a isso, pode-se dizer que é intrínseco ao cuidar um projeto de felicidade que deve ser tomado como norte de todos os demais e dos acordos estabelecidos e derivados do próprio cuidar (AYRES, 2001). Essa tomada do cuidado de e com o outro como uma responsabilidade aparece como um dos ganhos da entrada na vida de santo. Com alguma frequência, os entrevistados referiram que se sentem mais abertos ao outro e se apercebem do cuidado como um valor que passa a se fazer mais presente nas suas relações, processo que se daria gradualmente e por consequência do cuidado que receberam quando acorreram ao terreiro.

Hoje eu faço a mesma coisa com as pessoas. Você ligar pra pessoa pra saber se tá tudo bem. Pode te ligar uma vez na vida, mas liga, né? Saber se precisa de alguma coisa, juntar os contatos. A pessoa sabe que ela não está sozinha, entendeu? Eu acho que a casa de candomblé é a cura não é só do milagre do orixá, [mas] a cura também tá nas pessoas, de sentir que não tá só, não tá abandonado. O mundo tá caindo, mas ali você encontra uma pessoa, ou várias pessoas que vão te apoiar, que vão te ajudar, que vão organizar as coisas com você. (E4)

Eu gosto de cuidar das pessoas. (E3)

Eu me tornei muito preocupado hoje com as pessoas ao meu redor. Por quê? Porque eu gosto de dar pras pessoas aquilo que eu gostaria de receber. E como na época eu me senti muito sozinho, muito abandonado. Então, eu tenho muita preocupação com isso. Eu não posso ver ninguém mal. Eu procuro saber o que tá acontecendo. Eu tento ajudar. Quando eu não consigo ajudar, eu fico frustrado. (E9)

Às vezes a pessoa só quer falar e não tem ninguém pra ouvir, né, eu fico lá, na maior paciência, porque eu já passei por isso, sabe? Só que eu não tinha, ninguém me ouvia. Quando me ouvia, não tinha paciência. Agora eu sou uma pessoa melhor pra ajudar o outro. (E8)

A gente tenta ajudar, né? A gente ajudando uma pessoa com problema, a gente tá se ajudando também. (E10)

Os recortes acima mostram como a empatia, explicitada no “saber o que o outro está passando”, acaba por contribuir para a consolidação do cuidado como uma moeda de troca comum no cotidiano do Axé. Posicionar-se diante do sofrimento alheio, de modo mais ou menos ativo, é de alguma forma tomá-lo para si e lidar com os seus próprios tormentos. Talvez seja possível conceber a relação entre irmãos de santo justamente a partir dessa dupla metaformose, parafraseando Augras, na qual o outro se coloca para além e anteriormente a qualquer iniciativa.

O encontro com o outro no terreiro, porém, ganharia ainda mais uma nuance: a presença dos orixás enquanto parte da singularidade humana. O reconhecimento dessa espécie de mundaneidade do divino permitiria configurar uma nova ética na qual o outro é aquele que me é estranho, dado seu caráter profundamente perturbador e idiossincrático, e ao mesmo tempo íntimo, familiar, (h)omo orisà.

Quando você entende que o orixá mora no outro, independente de ser iniciado ou não, mas quando você percebe que o outro também é um orixá, que ele está ali, aí você passa a respeitar mais. Aí não existe mais Maria, Paula, José, João, isso não importa. O que importa é que é verdadeiramente um ser humano. (E1)

Da dimensão sacra ganha-se o aval e o suporte para se conceber enquanto uma pessoa em toda a sua inteireza e singularidade, ao mesmo tempo comprometida e vinculada a um grupo.

Eu acho que tomar essa consciência de que você é diferente e especial te tranquiliza pra viver melhor no mundo. (E1)

É como se você não participasse da normalidade da vida. Como se você estivesse em outro patamar! (E6)

Aquilo ali [candomblé] fazia parte de um universo separado e que aquelas pessoas, eram pessoas especiais, daí entra a palavra especial, que vivenciavam aquilo que necessariamente elas não precisavam vivenciar. (E8)

No lócus do terreiro, torna-se possível uma identificação que se imprime no cuidado com o outro, cuidado que faz dele irmão e que possibilitará a esse irmão também cuidar e, conseqüentemente, experimentar a alteridade do encontro com outrem. Daí torna-se possível reconhecer em si e no outro a diferença, a permanentemente inédita similitude do estar-junto, dentro ou fora do Ilê.

Da mesma forma, a relação com o orixá está também sob a égide do cuidado, na medida em que não só o orixá e seu filho seriam ambos alvos e executores do cuidar, o que engendra um circuito de dádiva e troca (MAUSS, 2003), mas também uma relação de disposição e permanente abertura, o que se configura na recorrente alegoria do “caminho”, que é aberto, facilitado pelos orixás quando seus filhos cuidam deles:

Ah! Os orixás estão ali pra nos ajudar, primeiro abrindo os caminhos nossos, né? (E3)

Se ele [orixá] tomar conta de mim, eu tomo conta dele. Então tá bacana. (...) Porque se você vai bater de frente com uma coisa que, que te, que te rege, que te ajuda, você tá indo contra você mesmo. (E9)

Às vezes eu estou angustiada eu peço a Iyemanjá que tire essa angústia, me ajude, que ela me dê um caminho. (...)As minhas tristezas, eu tenho certeza que Iyemanjá vai me encaminhar. (E5)

O orixá, pra mim, só trouxe coisas boas. Caminhos abertos. (E6)

Eu acho que os orixás te ajudam muito pra você transcender alguns problemas, te dão caminho. (E10)

Ao percorrer esse caminho, portanto, é possível perceber que a inserção em uma casa de santo pode colaborar para a construção de um novo entendimento de si e do mundo, posto que se tornar um filho de santo é se tornar simultaneamente alguém a quem é facultada a dádiva de cuidar ou de receber em seu corpo um deus, e ainda tornar-se membro de um grupo bastante singular de pessoas que, ao se reconhecerem, se ajudam e mantêm laços em outros circuitos sociais para além do Axé.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente trabalho, foi possível tecer algumas verificações com respeito à busca por cuidado em saúde mental em terreiros de candomblé. Como foi colocado na própria hipótese do trabalho, a chegada a essa religião parece ser permeada por um sofrimento e dúvida acerca de sua própria sanidade ou de outrem que pode se manifestar das mais variadas formas: tristeza profunda, desmaios e “ausências”, possessão por espíritos, alucinações visuais e auditivas, entre outros. Sintomas psicossomáticos também se destacam entre as manifestações que conduzem aos terreiros, ainda que considerados de menor gravidade.

É pregnante também a valorização do circuito médico-hospitalar como o lugar a que se deve acorrer primeiramente, antes de chegar à religião. Paradoxalmente, as narrativas obtidas trazem diversos conteúdos relacionados a um mau acolhimento e atitudes preconceituosas por parte de profissionais de saúde. Isso ganha concretude em diversos depoimentos que afirmam terem ouvido que seu sofrimento era passageiro por ser de fundo emocional ou psicológico, ou mesmo fruto de “coisas de santo” e “macumba”. A possibilidade de uma etiologia psicológica ou religiosa parece abrir um flanco para que seja delimitado o fim das possibilidades de atuação médica, o que se observa também nos casos de desengano e mau prognóstico que se mostraram frequentes.

Em nenhum desses casos, com exceção de dois bebês desenganados e que foram retirados da maternidade pelos responsáveis, houve a manutenção de um tratamento ou construção de um projeto terapêutico, aliado ou não a uma instância religiosa. Os entrevistados não parecem ver na atitude desses profissionais um problema, já que teriam possibilitado que “chegassem ao lugar certo”. Questiona-se, porém, o porquê do não comprometimento desses profissionais com esses pacientes, afinal, o fato de se apresentar um sofrimento sem uma origem físico-biológica não justificaria um abandono desse usuário à própria sorte, como se observa na vastidão de casos de sofrimento difuso presente nos ambulatórios e consultórios médicos.

Ainda assim, a autoridade médica mantém-se como a detentora da construção de verdades e delimitação de possibilidades de tratamento, com exceção do psiquiatra. Este é considerado como o último recurso terapêutico possível, mesmo depois dos espaços religiosos. Isso pode estar relacionado ao entendimento socialmente corrente de que a

posse de um diagnóstico psiquiátrico seja mais definitivo e menos passível de cura ou tratamento do que doenças ditas físicas. Dessa maneira, a ideia de possuir um transtorno psiquiátrico aproxima-se e confunde-se com o “ser louco”, o que configura uma identidade problemática e um estigma que, no caso do candomblé, tomam forma na ideia de “kolori”. Curiosamente, apenas um dos entrevistados referiu-se a si mesmo como “kolori”, de modo a justificar a sua necessidade da continuidade do tratamento, que consegue manter com mais ou menos constância. De todo modo, “kolori” parece ser uma categoria que, tal como a loucura e a maneira de viver e compreender o mundo circundante que esta engendra, coloca-se como algo definitivo e permanente na vida daquele que é por ela identificado. Diante de tamanho estigma que dela pode advir, parece haver certa cautela ao se utilizar desse termo por parte dos entrevistados.

As causas atribuídas ao sofrimento, de acordo com as entrevistas, podem ser as mais diversas, tendo se percebido uma espécie de relação entre causas físicas, espirituais e emocionais, de modo que doenças físicas podem causar problemas mentais, questões espirituais podem gerar problemas físicos e mentais e problemas mentais podem também causar imbróglis espirituais. Essa espécie de centralidade das causas espirituais aparece com vigor na diversidade de categorias de cunho espiritual-mediúnicamente apontadas como possíveis causadoras de dor e sofrimento (p. ex. catiços, eguns, obsessores, encostos, etc.).

Outro ponto a ser ressaltado nesta pesquisa é a questão do suicídio. Em diversas entrevistas a ideia de suicídio se faz presente, e, em alguns casos, chegando mesmo a configurar uma tentativa. De acordo com o que se pôde perceber, porém, o diálogo acerca dessas experiências, tal como se dá também com relação aos infortúnios que conduziram à inserção religiosa no candomblé, ainda é muito delicado. Destaca-se a bem-sucedida intervenção via telefone de um Pai de Santo em um caso de risco de suicídio, no entanto, o diálogo explícito sobre a potencial tentativa não foi possível. Além disso, a ideia de “abiku” deve ser também considerada como um elemento importante na compreensão dos adeptos do candomblé do fenômeno do suicídio, na medida em que por vezes justifica sua ocorrência e também permite (ou não) evitá-la. O tabu que o suicídio representa mostra-se presente também no material empírico, o que parece reforçar a necessidade de treinamento não só de lideranças de terreiros, mas de líderes religiosos de modo geral, dada a sua importância como guardiões (*gatekeepers*).

Cabe dizer ainda, porém, que os terreiros, tal como muitos outros grupos sociais, guardam também relações mais ou menos problemáticas permeadas, a título de exemplo, por discriminação, dificuldades de lidar com a hierarquia e o dinheiro, bem como a dificuldade de obediência aos preceitos e interditos. Nesse sentido, talvez esses espaços não sejam tão diferentes de outras instituições totais e suas barreiras, como enuncia Goffman (1961, p. 16-17). No espaço do candomblé, além dos próprios afazeres litúrgicos, também se brinca, dorme e trabalha, de forma que aquele ambiente de certa forma torna aqueles que ali se encontram homogêneos em relação ao que se encontra para além de seus muros e ao mesmo tempo irmãos e heterogêneos, dada a escala hierárquica e as funções que os distinguem entre si. Desse modo, algumas das relações que ali se estabelecem são sentidas em profunda separação do mundo externo, o que provoca sentimentos ambivalentes de desconforto e segurança por se estar entre aqueles que são iguais em sua diferença. Sem dúvidas, isso precisa ser levado em conta nos desenrolares terapêuticos que ocorrem no seio dos terreiros, tanto por seu caráter agregador e organizador de rotinas, quanto pela geração de alianças, conflitos e mesmo isolamento.

Para além disso, é pertinente colocar que o candomblé, ao contrário das instituições totais, também permite uma abertura para o mundo externo, haja vista que possibilita inscrições identitárias e abertura a um grupo social que não se relaciona apenas no espaço do terreiro. Dado isso, torna-se cabível concluir que as redes de apoio social e solidariedade que ali se estabelecem não se atêm ao contexto religioso, mas têm potencial para se expandir na vida cotidiana em sua acepção mais ampla. Em alguma medida, tornar-se filho de santo vem tornar possível reinventar-se e reinserir-se no mundo, como também ganhar uma família por meio da qual se pode ampliar o leque de relações sociais, criar sociedades e novas frentes de trabalho, entre outras inúmeras possibilidades.

Dito de outro modo, lidar com o sofrimento mental, seja em suas manifestações mais iniciais ou no seu limite, parece ser um solo comum no espaço dos terreiros. É importante, pois, uma maior aproximação com a rede de saúde – básica e mental, sobretudo – e instituições formadoras. Diz-se isso aqui não no sentido de uma relação verticalizante e silenciadora da comunidade de terreiros, mas do estabelecimento de um intercâmbio que permita, por um lado, contribuir para que o lidar com o sofrimento psíquico nos terreiros se torne menos delicado e mesmo cansativo para seus partícipes e,

por outro, dar visibilidade e reconhecimento às práticas terapêuticas das quais fazem uso o povo de santo por parte dos profissionais de saúde.

Oficinas, cursos, seminários e feiras de saúde (GOMBERG; PORTUGAL, 2013) podem ser bastante úteis nesse sentido, bem como a aproximação com instituições já preocupadas com a saúde das comunidades de terreiro, como a Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO), o Instituto Nacional da Tradição e Cultura Afro-Brasileira (INTECAB) e o Instituto Nacional e Órgão Supremo Sacerdotal da Tradição e Cultural Afro-Brasileira (INAEOSSTECAB). Tais atuações podem contribuir para a consolidação de redes de cuidado e diminuição da intolerância religiosa e do preconceito dirigido a pessoas com transtornos mentais, concorrendo para o incremento do cuidado em saúde no âmbito do território.

Admite-se que este trabalho possui diversas limitações, relacionadas principalmente ao número de entrevistas que foi possível realizar em virtude do tempo disponível para execução e análise do material empírico e também ao fato de que não foram entrevistadas pessoas que saíram do candomblé, seja para buscar outra religião ou para se desligar da vida religiosa de modo geral. Frisa-se aqui a importância e a contundência não só de se realizarem mais trabalhos preocupados com a relação dos candomblecistas com o cuidado em saúde, mas também de buscar uma aproximação desses sujeitos que se afastaram ou desistiram dessa orientação religiosa. Isso porque podem daí emergir novos dados que possibilitem melhor compreender o uso e apropriação dos recursos terapêuticos disponíveis nesses locais e outros tipos de relação nos terreiros que não puderam ser melhor aqui abordadas, como, por exemplo, a relação dos ditos “clientes” (pessoas que esporádica ou raramente realizam rituais sem terem um envolvimento como filhos de santo).

Por fim, espera-se que este trabalho venha contribuir para a gênese de canais de comunicação entre os povos de santo e da saúde, de forma que se torne mais e mais possível a negociação e consolidação de uma rede de cuidado entre essas duas instâncias que, apesar de cuidarem e tratarem frequentemente das mesmas pessoas, não se reconhecem como pares.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLY, Y.; LAHER, S. South African Muslim Faith Healers Perceptions of Mental Illness: Understanding, Aetiology and Treatment. Journal of Religion & Health, v. 47, n. 1, p. 45-56, 2008.
- ALMEIDA, E. L. V. Medicina hospitalar e extra-hospitalar: duas medicinas. 1988. 233 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1988.
- ALMEIDA, A. S.; ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O olhar dos psiquiatras brasileiros sobre os fenômenos de transe e possessão. Rev. Psiq. Cín., v. 34, supl. 1, p. 34-41, 2007.
- ALMEIDA FILHO, N. Para uma teoria geral da saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares. Cad. Saúde Pública, v.17, n.4, p.753-770. 2001.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação do tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, p. 125-138.
- ALBUQUERQUE, E. M. de. Avaliação da Técnica de Amostragem “Respondent-Driven Sampling” na Estimação de Prevalências de Doenças Transmissíveis em Populações Organizadas em Redes Complexas. 99f. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- AMARAL, R.; SILVA, V. G. da. Cantar para subir - um estudo antropológico da música ritual no candomblé paulista. Religião e Sociedade, v. 16, n.1/2, 1992.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5ª ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
- AUGRAS, M. O duplo e a metamorfose: a identidade mítica em comunidades nagô. Petrópolis: Vozes, 2008.
- AYRES, J. R. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v. 6, p. 117-120, 2000.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BALTAZAR, D. V. S. Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- BAPTISTA, J. R. de C. “Não se pode servir a Deus e a Mammon” – uma etnografia sobre os sentidos do dinheiro em ritos e festas do Candomblé. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 30, 2006, Caxambu. Apresentação oral... Caxambu: Hotel Glória, 2006.

BAPTISTA, J. R. de C. "No candomblé nada é de graça...": estudo preliminar sobre a ambigüidade nas trocas no contexto religioso do Candomblé. Revista de Estudos da Religião, n. 1, p. 68-94, 2005.

BAPTISTA, J. R. de C. Os Deuses vendem quando dão: os sentidos do dinheiro nas relações de troca no candomblé. Mana, v. 13, n. 1, p. 7-40, 2007.

BARROS-BRISSET, F. O. Loucura, direito e sociedade: um laço de presunções ideologicamente justificadas. Rev. direito sanit, v. 12, n. 3, p. 119-124, 2012.

Disponível em: www.n-a-u.org/Amaral&Silva1.html. Acesso em: 29 Out. 2013.

BASTIDE, R. As religiões africanas no Brasil: Contribuição a uma sociologia de interpenetrações de civilizações. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1971.

BASTIDE, R. O Candomblé da Bahia. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

BASTIDE, R. Sociologia das doenças mentais. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

BAUM, F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. Soc. Sci. Med., v. 40, n. 4, p. 459-468, 1995.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009, p. 187-194.

BENISTE, J. Òrun-Àiyé: o encontro de dois mundos: o sistema de relacionamento nagô-yorubá entre o céu e a terra. 6 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In: WASSERMAN, D.; WASSERMAN, C. (Orgs.). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press, 2009, p.91-98.

BERTOLOTE, J. M. et al. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. Crisis, v. 25, n. 4, p. 147-155, 2004.

BIRMAN, P. Cultos de possessão e pentecostalismo no Brasil: passagens. Religião e Sociedade, v.17, n. 1-2, p. 90-109, 1996.

BOTEGA, N. J.; MAURO, M. L. F.; CAIS, C. F. S. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. (Orgs.). Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.123-140.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. Psico., v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.

BOTEGA, N. J.; SILVEIRA, I. U.; MAURO, M. L. F. Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio. Rio de Janeiro: Editora da ABP, 2010.

BOURDIEU, P. Questões de sociologia. Lisboa: Fim de Século, 2003.

BRASIL. Alimento: Direito Sagrado – Pesquisa Socioeconômica e Cultural de Povos e Comunidades Tradicionais de Terreiros. Brasília: MDS, 2011.

BRASIL. Mortalidade por suicídio. In: BRASIL. Saúde Brasil 2006 – uma análise da desigualdade em saúde. Disponível em:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2006_cap12.pdf.

Acesso em: 03 Dez. 2013.

BRASIL. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2013.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_Nacional_Pop_negra_sgep_2010.pdf. Acesso em: 14 Fev. 2013.

BRASIL. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 14 Fev. 2013.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, v. 9, n. 90, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90/>. Acesso em: 31 Jan. 2013.

BTESHE, M. *Experiência, narrativa e práticas infocomunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida*. 200 f. 2013. Tese (Doutorado em Ciência) – Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

BTESHE, M. et al. Suicídio na literatura religiosa: o kardecismo como fonte bibliográfica privilegiada. *RECIIS*, v.4, n.3, p.37-50, 2010.

CALFAT, E. L. de B. et al. The compliance to prescribed drug treatment and referral in a psychiatric emergency service: a follow-up study. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 34, n. 2, p. 149-154, 2012.

CAMARGO JR, K.R. A Biomedicina. *Physis*, v.7, n.1, p. 45-68, 1997.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da concepção positiva de saúde. *Physis*, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMARGO, C. P. F. Kardecismo e umbanda. São Paulo: Pioneira, 1961.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Rev Esc Enferm USP*, v. 43, n. 1, p. 161-167, 2009.

CARVALHO, M. S. et al. Demanda Ambulatorial em Três Serviços da Rede pública do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Públ., v. 10, n. 1, p. 17-29, 1994.

CARVALHO, M. A.P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 101-144.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública, v. 20, n.4 , p. 1088-1095, 2004.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. American Journal of Medicine, v. 104, 1976, p. 107-123, 1976.

CASTILLO, R. J. Spirit possession in South Asia: dissociation or hysteria?. Part 2: case stories. Culture, medicine and psychiatry, v. 18, n. 1, p. 1-21,1994.

CASTILLO, R. J. Trance, functional psychosis and culture. Psychiatry, v. 66, n. 1, p. 9-21, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

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

CERQUEIRA, R.F. Produção de sentido de religiosidade no território da vida: compreensão do sofrimento psíquico. 164 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

CLARK, D. C.; FAWCETT, J. An empiracally based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder. In: JACOBS, D. (Org.). Suicide and clinical practice. Washington: American Psychiatric Press, 1992, p. 55-73.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96 (aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos). 1996. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>. Acesso em: 10 Fev. 2013.

CONTI, V. et al. Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental disorders. Eur J Clin Pharmacol, v. 68, n. 12, p. 1647-1655, 2012.

CORREIA, P. P. Poder e transfiguração do imaginário no candomblé. OPISIS, v. 11, n. 2, p. 15-34, 2011.

CRAIG, S. R.; CHASE, L.; LAMA, T. N. Taking the MINI to Mustang, Nepal: methodological and epistemological translations of an illness narrative interview tool. Anthropol Med., V. 17, n. 1, p. 1-26, 2010.

CRUZ, R. R. Carrego de egum - Contribuição aos estudos do rito mortuário no candomblé. 109 f. 1995. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

CSORDAS, T. J. Body/Meaning/Healing. New York: Palgrave, 2002.

CSORDAS, T. J. Meaning, healing and identity in Contemporary Navajo Society – Meaning, Healing and Identity in Contemporary Hungary. Disponível em: http://www.colbud.hu/apc-aa/img_upload/24ada9f1733ff0ecfd08ca674875c5b1/csordas_1.pdf. Acesso em: 10 Out. 2013.

CSORDAS, T. J.; KLEINMAN, A. The therapeutic process. In: JOHNSON, T.M.; SARGENT, C.F. (Orgs.). Medical anthropology: a handbook of therapy and method. New York: Wesport, 1990, p.3-21.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. Rev. Psiq. Clín., v. 34, supl.1, p. 25-33, 2007.

DA MATTA, R. O ofício do etnólogo ou como ter um *anthropological blues*. Boletim do Museu Nacional, n. 27, 1978.

DAVIS, D.L. Historical and cross-cultural perspectives on nerves. Social Science and Medicine, v.26, n. 12, p.1197, 1988.

DEIN, S.; CHISTOPHER, C. H.; COOK, F. R. C. Religion, spirituality and mental health: current controversies and future directions. The Journal of Nervous and Mental Disease, v. 200, n. 10, p.852-855, 2012.

DIDDLE, G.; DENHAM, S. A. Spirituality and Its Relationships With the Health and Illness of Appalachian People. J Transcult Nurs, v. 21, n. 2, p. 175-182, 2010.

DUARTE, L.F.D. Da Vida Nervosa: nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

DUARTE, L.F.D. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. Physis, v. 3, n. 2, p. 43-74, 1993.

DUARTE, L.F.D. A outra saúde: mental, físico moral, psicossocial? In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. (Orgs.). Saúde e doença – um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 83-90.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e Pessoa na experiência da saúde e da doença. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

DURHAM, E. A pesquisa antropológica em populações urbanas: problemas e perspectivas. In: CARDOSO, R. C. A aventura antropológica: teoria e pesquisa. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

DURKHEIM, É. As formas elementares da vida religiosa. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EISENBERG, L. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. Culture, Medicine and Psychiatry, v. 1, n. 1, p. 9-23, 1977.

EISENORTH et al. Suicidology: suicide notes and their themes. Nervenarzt., v. 78, n. 6, p. 674-678, 2007.

ELLIS, A. B. [1894]. Chapter VI: Egungun, oro, abiku, and various superstitions. In: ELLIS, A. B. Yoruba-speaking peoples of the Slave Coast of West Africa. Disponível em: <http://www.sacred-texts.com/afr/yor/index.htm>. Acesso em: 29 Out. 2013.

ERTHAL, R.M.C. O Suicídio Ticuna na Região do Alto Solimões – AM. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.

ESTELLITA-LINS, C. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde mental da criança e da mulher. In: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. (Orgs). Caminhos do Pensamento. Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, p. 155-194.

ESTELLITA-LINS, C.; PINHO, F. S. Estratégias de adesão na terapêutica psiquiátrica. Congresso Brasileiro de Psiquiatria, XXVI, 2008, Brasília. Mesa redonda... Brasília, 2008.

ESTELLITA-LINS, C. E. et al. Experiencing suicide ideation: qualitative research concerning an emergency facility. In: 13th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour – Abstract Book. Roma, 2010, p. 35.

ESTELLITA-LINS, C. Integralidade again: o São Bernardo e o R2D2. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ Abrasco, 2008, p. 329-350.

ESTELLITA-LINS et al. Relatório da pesquisa “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na AP1&3 através de um serviço de emergência psiquiátrica”. Rio de Janeiro: Faperj, 2009.

ESTELLITA-LINS et al. Trocando seis por meia dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad X: Faperj, 2012.

ESTELLITA-LINS, C. Saúde e doença na psicanálise: sobre Georges Canguilhem e Donald W. Winnicott. In: BEZERRA JR., B.; ORTEGA, F. (Orgs.). Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007, p. 363-390.

ESTELLITA-LINS, C. Visibilidade e Conhecimento: Investigando a Semiologia Psiquiátrica. In: RODRIGUES, A. T. C. et al. (Orgs.). Psicopatologia Conceitual. 1 ed. São Paulo: Editora Roca / Grupo Editorial Gen, 2012, p. 73-102.

FAVORETO, C. A. O. A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde. 2007. 220f. Tese (Doutorado), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

FERREIRA, L. B. T. A Organização Narrativa em Adultos. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, 2007.

FERRETTI, S. Religião e sociedade: religiões de matriz africana no Brasil, um caso de polícia. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, III, 2007. São Luís. Conferência... São Luís: UFMA, 2007.

FERRETTI, S. F. O conhecimento erudito da tradição afro-brasileira. In: ENCONTRO DA TRADIÇÃO E CULTURA AFRO-BRASILEIRA, II, 1991, Recife. Conferência... Recife: UFPE, 1991.

FINGFGELD-CONEET, D. Clarification of social support. J Nurs Scholarsh, v. 37, n. 1, p. 4-9, 2005.

FLEISCHMANN, A. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bulletin of the World Health Organization, v. 86, p. 703-709, 2008.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. Ciênc. saúde coletiva, v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

FONSECA, M. L. G. Sufrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problema de Nervos: Uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

FONTES, B. A. S. Redes sociais e poder local. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012.

FOUCAULT, M. História da loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa. 2002. Disponível em: http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf%5Cpedagogia_da_autonomia_-_paulofreire.pdf. Acesso em: 07 Nov. 2013.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FILIPPON, J.; KANTORSKI, L. P. Humanização e loucura, em busca do humano que dialoga saúde. Physis, v. 22, n. 2, p. 659-680, 2012.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, P.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saúde, v. 7, n.1, p. 65-72, 2008.

FREUD, S. Construções em análise (1937). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1996, p.275-287.

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. In: _____. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, v. XXI, p. 15-63.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: _____. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996b, v. XXI, p. 67-148.

- FREYRE, G. Casa-grande & senzala: Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 48 ed. São Paulo: Global, 2003.
- GADELHA, A. M. J. et al. Relatório final do projeto estimativa da carga de doença do Brasil, 1998. Rio de Janeiro: ENSP; FIOCRUZ; FENSPTEC, 2002.
- GEERTZ, C. The Interpretation of Cultures. Londres: Fontana Press, 1993.
- GEPPERT, C. M. A. The rehumanization of death: The ethical responsibility of physicians to dying patients. The Journal of The American Medical Association, v. 277, n.17, p. 1408-1409, 1997.
- GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad. Saúde Pública, v. 22, n. 11, p.2449-2463, 2006.
- GOFFMAN, E. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada [1891]. Disponível em: <http://www.se-rj.com.br/IBMR/TEXTOS%20IBMR/institucional2011sem01noite/ESTIGMA.pdf>. Acesso em: 29 Nov. 2013.
- GOFFMAN, E. As características das instituições totais. In: GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961, p. 13-108.
- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a bio-social model. Londres: Tavistock/ Routledge, 1992.
- GOLDMAN, M. A possessão e a construção ritual da pessoa no candomblé. 1984. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1984.
- GOLDMAN, M. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. Rev. Antropol., v. 46, n. 2, p. 423-444, 2003.
- GOLDMAN, M. Uma categoria no pensamento antropológico: a noção de Pessoa. Revista de Antropologia, v. 39, n. 1, p. 83-109, 1996.
- GOMBERG, E. Encontros terapêuticos no Terreiro de Candomblé Ilê Axé Opô Oxogum Ladê, Sergipe/Brasil. 2008. 246 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2008.
- GOMBERG, E.; PORTUGAL, C. M. Conexões entre Terreiros de Candomblé, Agências Sociais e Saúdes. In: SCARAMAL, E. (Org.). Religiões Afro-brasileiras. Anápolis: Editora da UEG, 2011, p. 37-51.
- GOMES, U. E. Falar em religião em um mundo plural. Frag. Cult. Goiânia, v. 10, n. 5, p. 965-980, 2000.
- GOMES, M. C. P. A. Projeto: Ylê ayié yaya ilera (Saúde plena na casa desta existência): equidade e integralidade em saúde para a comunidade religiosa afro-brasileira. Interface (Botucatu), v.14, n. 34, p. 663-672, 2010.

- GONÇALVES, A. M. Um defeito de cor. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- GOOD, B. The narrative representation of illness. In: GOOD, B. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994, p. 135-233.
- GREENBERG, D.; WIZTUM, E. Problems in treatment of religious patients. American Journal of Psychotherapy, v. 45, n. 4, p. 554-565, 1991.
- GREENBERG, D.; WIZTUM, E.; BUCHBINDER, J. T. Mysticism and psychosis: the fate of Ben Zoma. Br J Med Psychology, v. 65, n.3, p. 223-235, 1992.
- GROLEAU, D.; YOUNG, A.; KIRMAYER, L. J. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. Transcultural Psychiatry, v. 43, n. 4, p. 671-691, 2006.
- GUIMARÃES, M. B. L.; VALLA, V. V.; LACERDA, A. As redes de apoio social constituídas por pastores e agentes comunitários de saúde evangélicos no âmbito do cuidado e atenção à saúde da população. Religião e Saúde, n. 16, p. 7-14, 2009.
- GUNNEL, D.; FRANKEL, S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. BMJ, v.308, n. 6938, p. 1227-1233, 1994.
- HAYWOOD, T. W. et al. Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. American Journal of Psychiatry, v.152, n.6, p.856-61, 1995.
- HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Tomo I. Petrópolis: Editora Vozes, 1989.
- HELMAN, C. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre, Artmed, 2000.
- HOLANDA, S. B. de. Raízes do Brasil. 4 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1963.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M de S. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- HUDELSON, P. Qualitative Research for Health Programmes. Geneva: WHO, 1994. Disponível em: http://libdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.3.pdf. Acesso em: 16 Fev. 2013.
- HUNTER, E.; HARVEY, D. Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada and the United States. Emergency Med (Fremantle), v. 14, n. 1, p. 14-23, 2002.
- HYDÉN, L. C. Illness and narrative. Sociology of Health & Illness, v.19, n. 1, p. 48-69, 1997.
- JANSEN, Y. J.F.M. et al. The contribution of qualitative research to the development of tailor-made community-based interventions in primary care: a review. European Journal of Public Health, v. 20, n. 2, p. 220–226. 2009.
- JONES, R. A. Practices and presuppositions: some questions about Durkheim and *les formes élementaires de la vie religieuse*. In: ALEXANDER, J. F.; SMITH, P. (Orgs). The Cambridge companion to Durkheim. New York: Cambridge University Press, 2008, p. 80-100.

JORM, A. F. et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia, v. 166, n. 4, p. 182-186, 1997.

JORM, A. F. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. British Journal of Psychiatry, v. 177, p. 396-401, 2000.

JORM, A. F. et al. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v. 40, p. 3-5, 2006.

JOYCE, P. R.; KHAN, A.; JONES, A. V. The revolving door patient. Comprehensive Psychiatry, v. 22, n. 4, p. 397-403, 1981.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referenda e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-33, 1999.

JUNG, C. G. Sobre a psicologia e patologia dos fenômenos chamados ocultos. In: _____ . Estudos psiquiátricos. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 15-96.

KASTRUP, M. Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. Acta Psychiatry Scandinavian, v. 76, n.1, p.80-88, 1987.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L. F. Social ties and mental health. Journal of Urban Health, v. 78, n. 3, p. 458-467, 2001.

KELLY, C. M.; JORM, A. F.; WRIGHT, A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. Med J Aust, v. 187, n. 7, p. 26, 2007.

KOVÁCS, M. J. Pensando a Morte e a Formação de Profissionais de Saúde. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). Da Morte – Estudos Brasileiros. Campinas: Papirus, 1991, p. 79-103.

KLEINMAN, A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science and Medicine, v. 12, p. 85-95, 1978.

KLEINMAN, A.; EINSENBURG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Annals of Internal Medicine, v. 88, p. 251-258, 1978.

KLEINMAN, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. The illness narratives – suffering, healing and the human condition. USA: Basic Books, 1988a.

KLEINMAN, A. Rethink Psychiatry. New York: The Free Press, 1988b.

KLEINMAN, A.; KLEINMAN, J. The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times. Daedalus, v. 125, n. 1, p. 1-23, 1996.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. Rev. Psiq. Clín., v. 34, supl 1, p. 5-7, 2007.

LACERDA, A. Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva: Um Novo Olhar Sobre a Integralidade do Cuidado no Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. 2010. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 91-102.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ ABRASCO, 2003, p. 169-196.

LACERDA, A. et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 447-457.

LANDES, R. A cidade das mulheres. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1947.

LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

LAVALL, E. Família e o cuidado em saúde mental no domicílio: um estudo avaliativo (Dissertação de Mestrado). 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LAW, R. Ethnicities of Enslaved Africans in the Diaspora: On the Meanings of "Mina" (Again). History in Africa, v. 32, p. 247-267, 2005.

LEAL, E. M. et al. McGill MINI Narrativa de Adoecimento: Tradução e Adaptação Transcultural para o Português. (*manuscrito*). Rio de Janeiro, p.1- 30. 2012.

LE BRETON, D. A produção farmacológica de si. In: _____. Adeus ao corpo: antropologia e sociedade. 3 ed. Campinas: Papyrus, 2008, p. 55-66.

LEENAARS, A. A. Suicide among indigenous peoples: introduction and call to action. Arch Suicide Res, v. 10, n. 2, p.103-115, 2006.

LEIRIS, M. A África fantasma. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

LEVINAS, E. Totalidade e infinito. Lisboa: Edições 70, 1988.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: LÉVI-STRAUSS, C. Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967, p.215-236.

LIPSON, S. K. A comprehensive review of mental health gatekeeper-trainings for adolescents and young adults. International Journal of Adolescent Medicine and Health, v. 0, n. 0, p. 1–12, 2013.

LOHR, K. N.; STEINWACHS. Health Services Research: An Evolving Definition of the Field. Health Services Research, v. 37, p. 15–17, 2002.

LOPES, N. Kitábu: o livro do saber e do espírito negro-africanos. Rio de Janeiro: SENAC, 2005.

- LOURAU, R. A Análise Institucional. Petrópolis: Vozes, 1975.
- LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatr., v. 31, supl. II, p. s86-s93, 2009.
- LOYOLA, M. A. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.
- LUZ, M. T. A arte de curar versus a ciência das doenças. São Paulo: Dynamis, 1996.
- LUZ, M. T. Carência e plenitude: elementos para uma memória do essencial. Petrópolis, Vozes, 2001.
- LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis, v. 7, n. 1, 1997, p. 13-43.
- LUZ, M. T. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- MAGGIE, Y. Guerra de orixá: um estudo de ritual e conflito. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- MAGGIE, Y. O medo do feitiço – verdades e mentiras sobre a repressão às religiões mediúnicas. Religião e sociedade, v. 13, n. 1, p. 72-139.
- MAÎTRES fous, Les. Produção de Jean Rouch, direção de Jean Rouch. Gana, 1955. 1 dvd (28 min.), color., son.
- MALINOWSKI, B. Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné, Melanesia. São Paulo: Abril Cultural, 1976. (Coleção Os Pensadores, v.43).
- MALINOWSKI, B. Magia, ciência e religião (1948). Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/34405586/Bronislaw-Malinowski-Magia-Ciencia-e-Religiao-pdf>. Acesso em: 14 Fev. 2013.
- MANDARINO, A. C. de S. (Não) Deu na Primeira Página: macumba, loucura e criminalidade – representações sobre a cor da pele nas reportagens de jornais nas Cidades de Aracaju e Salvador. 2003. 216 p. Tese (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Comunicação/Escola de Comunicação/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.
- MANISSADJIAN, A.; OKAY, Y. Aspectos Éticos do Tratamento de Pacientes Gravemente Enfermos e Medicamento Desenganados. Pediatr., v. 8, p. 62-66, 1986.
- MARI, J. J. et al. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 1, p. 161-169, 2006.
- MARTELETO, R. M.; GUIMARÃES, C.; NÓBREGA, N. G. da. Almanaque da Dengue: conhecimento, informação e narrativas em saúde. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. (Orgs.). Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Fiocruz; Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009, p.83-106.
- MARTELETO, R. M.; RIBEIRO, L. B.; GUIMARÃES, C. Informação em movimento - Produção e organização do conhecimento nos espaços sociais. Civitas – Revista de Ciências Sociais, v. 2, n. 1, p. 69-80, 2002.

MARTELETO, R. M.; VALLA, V. V. Informação e educação popular. Perspectivas em Ciência da Informação, v.8, n. esp., p.8-21, 2003.

MARTELETO, R. M.; NÓBREGA, N.; MORADO, D. Cultura informacional: demarcações de uma linha de estudos de cultura, informação e sociedade. In: ALBAGLI, S. (Org.). Fronteiras da ciência da informação. Brasília, DF: IBICT, 2013, p. 78-106.

MARTELETO, R.M.; VALLA, V.V. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. Perspectivas em Ciência e Informação, n. esp., p. 8-21, 2003.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dávida: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2003, p. 183-314.

MERCANTE, M. S. Imagens de Cura: Ayahuasca, imaginação, saúde e doença na Barquinha. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MCCABE, D. Histories of Errancy: Oral Yoruba *Àbíkú* Texts and Soyinka's "Abiku". Research in african literatures, v. 33, n. 1, p. 45-74, 2002.

MCALPINE, D. D.;BOYER, C. A. Sociological Traditions in the Study of Mental Health: Services Utilization. In: AVISON, W. R. et al. (Org.). Mental Health, Social Mirror. New York: Springer, 2006, p. 355.

MECHANIC, D.; VOLKART, E. H. Stress, illness behavior and the sick role. American Sociological Review, v.26, p.86-94, 1960.

MINAYO, M. C. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cad. Saúde Pública, v.4, n.4, 1988.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. Health Educ Q., v. 12, n. 4, p. 303-314, 1985.

MONTERO, P. Da doença à desordem: a magia na umbanda. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

MOREIRA-ALMEIDA; CARDEÑA, E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. Rev Bras Psiquiatr., v. 33, supl.1, p. 21-28, 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Fenomenologia das experiências mediúnicas, perfil e psicopatologia de médiuns espíritas. 204 f. 2004. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2004.

MORGADO, A.; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.43, n.1, p.19-28, 1994.

MORIN, R. C.; SEIDMAN, E. A social network approach and the revolving door patient. Schizophrenia Bulletin, v. 12, n. 2, p. 262-273, 1986.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. Saúde soc., v.20, n.2, p. 325-337, 2011.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. Rev Bras Enferm, v. 65, n. 2, 361-367, 2012.

NASCIMENTO, M. L. do. Em defesa de uma gestão compartilhada da medicação em psiquiatria. Physis, v. 22, n.1, p. 275-290, 2012.

NÓBREGA, N. G.; DAVID, H. S. L. Almanaque dos agentes comunitários de saúde: as narrativas como pertencimento, apropriação e produção de saberes e seu uso na mediação informacional. In: MARTELETO, R. M. et al. (Org). Anais da 2ª Jornada Científica Internacional da Rede Mussi – Redes e processos info-comunicacionais: mediações, memórias e apropriações. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 328-344.

NUNES, M. O. Referentes identificatórios e jogos identitários no candomblé. Ciências Sociais e Religião, n. 9, p. 91-116, 2007.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. Rev Saúde Pública, v. 43, supl. 1, p. 101-108, 2009.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international, v.15, n. 3, p. 259–267, 2000.

O'CONNOR, R. C.; SHEEHY, N. P.; O'CONNOR, D. B. A thematic analysis of suicide notes. Crisis, v. 20, n. 3, 1999.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OLIVEIRA, V. M. de. Competência em saúde mental (Mental Health Literacy): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil. 126 f. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

OLIVEIRA, C. S. de; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico Brasileiro. Rev. Psiq. Clín., v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

ORO, A. P. As religiões afro-brasileiras do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1996.

OMS. Multisite intervention studies on suicide behavior SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Genebra: OMS, 2002.

OMS. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006.

OMS. Public health action for the prevention of suicide. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf. Acesso em: 03 Dez. 2013.

OMS. Suicide prevention. Disponível em <http://www.who.int/topics/suicide/en/>. Acesso em 16 Dez. 2013.

PANOFF, M.; PERRIN, M. Dictionnaire de l'éthnologie. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1973.

PARENTE, C. J. de S. et al. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. Revista Mineira de Enfermagem, v. 11, n. 4, p. 381-386, 2007.

- PARKER, R. Health literacy: a challenge for American patients and their care providers. Health Promotion International, v. 15, n. 4, p. 277-283, 2000.
- PARKER, C. Religião popular e modernização capitalista: Outra lógica na América Latina. Petrópolis: Vozes, 1996.
- PATTON et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. The Lancet, v. 374, n. 9693, p. 881 - 892, 2009.
- PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. Interface (Botucatu), v. 16, n. 41, p. 435-450, 2012.
- PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. Apoio Social e Religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. 2001. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- PIRELLA, A. et al. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- POLITSER, P. The gatekeeper concept. ACS Bull, v. 71, p. 17-20.
- PORTUGAL, F. Curso de cultura religiosa afro-brasileira. Rio de Janeiro: Centro de estudos e pesquisas de cultura yorubana, 1987, p. 9-29.
- PRANDI, R. O Brasil com axé: candomblé e umbanda no mercado religioso. Estud. av., v. 18, n. 52, p.223-238, 2004.
- PRANDI, R. Os candomblés de São Paulo: a velha magia na metrópole nova. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- PRANDI, R. Mitologia dos orixás. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- RABELO, M. C.; MOTTA, S. R.; NUNES, J. R. Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo. Religião e Sociedade, v. 22, n. 1, p. 93-122, 2002.
- RABELO, M. C. M.. Estudar a religião a partir do corpo: algumas questões teórico-metodológicas. Cad. CRH, v. 24, n. 61, 2011.
- RABELO, M. C. M. Os Percursos Da Comida No Candomblé De Salvador. Papeles de Trabajo, ano 7, n. 11, p. 86-108, 2013.
- RABELO, M. C. M.; CUNHA, L. A.; SCHAEPPPI, P. B. Religião, Imagens e Experiências de Aflição: alguns elementos para reflexão. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A.(Org.). Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 229-261.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R. [1939]. Taboo. In: LESSA, W.; VOGT, E. (Orgs.). Reader in Comparative Religion. Nova Iorque: Harper and Row, 1979, p. 46-56.
- RAMOS, A. O negro brasileiro: etnografia religiosa e psicanálise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1934.
- RANDERMARK, N. F. R.; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. Texto Contexto Enferm, v. 13, n.4, p. 543-550, 2004.
- RATZAN, S. C. Health literacy: communication for the public good. Health promotion international, v. 16, n. 2207–214, 2001.
- REDKO, C. Religious Construction of a First Episode of Psychosis in Urban Brazil. Transcultural Psychiatry, v. 40, n. 4, p. 507–530, 2003.
- RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo: Ed. Atlas, 1999.

- RICKWOOD, D. et al. Young people's help-seeking for mental health problems. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH), v. 4, n. 3 (supl.), p. 3-34, 2005.
- ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. The Revolving Door: A Report on U.S. Hospital Readmissions. Disponível em: <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2013/rwjf404178>. Acesso em: 10 Nov. 2013.
- RODRIGUES, A. D. Delimitação, natureza e funções do discurso midiático. In: MOUILLAUD, M.; PORTO, S. D. (Orgs). O Jornal: da forma ao sentido. 2ª ed. Brasília: UnB, 2002, p. 217-233.
- RICOEUR, P. Tempo e narrativa. Tomo I. São Paulo: Papirus Editora, 1995.
- ROCHA, N. S. da. Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida. 2002. 162 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. Psicol. estud., v. 8, n. 11, p. 13-22, 2003.
- RODRIGUES, N. R. Os africanos no Brasil. São Paulo: CED, 1935.
- ROOTMAN, I. Health literacy and health promotion. Ontario health promotion e-bulletin, v. 2002, n. 270, 2002. Disponível em: <http://www.ohpe.ca/node/175>. Acesso em: 06 Nov 2013.
- SANTOS, R. dos. Porta giratória: conceito e ocorrências nas internações psiquiátricas em Ribeirão Preto – SP. 2007. 88f. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- SELIGMAN, R. Distress, Dissociation, and Embodied Experience: Reconsidering the Pathways to Mediumship and Mental Health. ETHOS, v. 33, n. 1, p. 71–99, 2005.
- SELIGMAN, R. From Affliction to Affirmation: Narrative Transformation and the Therapeutics of Candomblé Mediumship. Transcultural Psychiatry, v. 42, n. 2, p. 272–294, 2005a.
- SANTOS, J. E. dos. Os nagô e a morte. 13 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1976.
- SERPA JUNIOR, O. D. et al. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.22, p.207-222, 2007.
- SERPA JUNIOR, O. D. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 12, p. 4675-4684, 2011.
- SERPA JR., O. D. Psiquiatria e neurociências: como "redescobrir" o cérebro sem eclipsar o sujeito. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. VII, n. 2, P. 110-124, 2004.
- SILVA, V. G. O antropólogo e sua magia. Trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre as religiões afro-brasileiras. São Paulo: EDUSP, 2005.
- SILVA, V. F. da et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. Cad. Saúde Pública, v.22, n.9, p. 1835-1843, 2006.

SILVA, M. L. e. Omo Mímo, o filho do amor: um estudo sobre os filhos de Lóògùn Èdẹ. 269 f. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília. 2013.

SILVA, J. M. da. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Saúde soc., v.16, n.2, p. 171-177.

SILVA, M. M. da. Suicídio – trama da comunicação. 1992. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, F. R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 31-41, 2004.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.21, p.65-78, 2007.

SOUZA, V. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. J. bras. psiquiatr., v. 60, n.4, 2011.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A. (Org.). Psicodiagnóstico V. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000, p. 45-56.

TEIXEIRA, M. L. L. O drama e a trama dos koloris. In: BARROS, J. F. P. (Org.). Terapêuticas e culturas. Rio de Janeiro: UERJ, INTERCON, 1998, p. 91-118.

TEIXEIRA, M. L. L. A encruzilhada do ser: representações da (lou)cura em terreiros de candomblé. 1994. 296 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1994.

TEIXEIRA, M. L. L. Representações da [lou]cura em terreiros de Candomblé. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, XX, 1996, Caxambu. Anais... Caxambu: Hotel Glória, 1996.

THOMPSON, A.; HUNT, C.; ISSAKIDIS, C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, v. 39, n. 10, p 810-817, 2004.

TOMSIE, M. The abiku phenomenon: Spiritual origin and treatment of self-destructiveness. In: Symposium of Quantum-Informational Medicine QIM 2011: Acupuncture-Based & Consciousness-Based Holistic Approaches & Techniques, Belgrade, 23-25 Set. 2011.

TURNER, E. Experiencing Ritual. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992.

VALENÇA, J.; FONSECA, A. B. C. da. Axexê - da morte para a vida: vivências político-sociais de um terreiro de candomblé na busca pela saúde. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. Leituras Afro-Brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes. Salvador: Editora da UFS; EDUFBA, 2009, p. 189-204.

VALLA, V. Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In: MINAYO, M. C.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs).

- Críticas e atuantes – Ciências Sociais e Humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 77-89.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, supl. 2, p. 7-14, 1999.
- VALLA, V.V. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VALLA, V. V. (Org.) Religião e Cultura Popular. Rio de Janeiro: D&A Editora, 2001, p.113-139.
- VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. Revista Brasileira de Educação, n. 19, p. 63-75, 2002.
- VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface, v.4 , n.7, p.37-56, 2000.
- VALLA, V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 103-116.
- VALLA, V. V.; SIQUEIRA, S. A. V. O centro municipal de saúde e as necessidades de saúde da população trabalhadora. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). Educação, saúde e cidadania. Petrópolis, Vozes, 1996, p. 87-98.
- VASCONCELOS, E. M. (Org.) et al. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.
- VELHO, G. Projeto e Metamorfose: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1994.
- VERGER, P. A Sociedade Egbé orun dos Àbikú, as crianças nascem para morrer várias vezes. Afro-Asia, n. 13, p. 138-160, 1983.
- VIDAL, C. E. L. et al. Uso de benzodiazepínicos em ambulatório de psiquiatria. J Bras Psiquiatr, v. 42, n. 8, p. 425-429, 1993.
- VOGEL, A.; MELLO, M. A. da S.; BARROS, J. F. P. de. Galinha D'Angola: iniciação e identidade na cultura afro-brasileira. 3 ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2007.
- VOGEL, A.; MELLO, M. A.; BARROS, J. F. P. de. A moeda dos orixás. Religião e Sociedade, v.14, n.2, 1987. Disponível em: http://www.ifcs.ufrj.br/~lemetro/a_moeda_dos_orixas.pdf. Acesso em: 29 Out. 2013.
- WEBER, M. Sociologia das religiões. São Paulo: Ícone Editora, 2010.
- WHO. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators. Genebra: World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012.
- WHO. Health Promotion Glossary. Genebra: WHO, 1998.

WHO. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report. Switzerland: Geneve, 2004. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf. Acesso em: 14 Dez. 2012.

WISDOM, J. P. et al. Methodological Reporting in Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Health Services Research Articles. Health Services Research, v. 47, n. 2, p. 721-745, 2012.

VAN GENNEP, A. Os ritos de passagem. Petrópolis: Vozes, 1978.

WITT, R.R. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. Rev.Gaúcha Enf., v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

WUNDERLICH, U.; BRONISCH, T.; WITTCHEN, H. U. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, v.95, p. 248-287, 1998.

YOUNG, A. The creation of medical knowledge: some problems in interpretation. Social Science and Medicine, v.15, n. 9, p. 379-386, 1981.

ZORZANELLI, R. T. A síndrome da fadiga crônica: apresentação e controvérsias. Psicologia em Estudo, v. 15, n. 1, p. 65-71, 2010.

GLOSSÁRIO

Abian – participante do terreiro que, embora já tenha se submetido a alguns rituais, não é considerado como parte da hierarquia religiosa propriamente dita.

Agô – desculpas, licença.

Axé – Termo polissêmico, pode designar casa ou terreiro de candomblé, e energia vital.

Babalorixá – Pai de Santo. Posto mais alto da hierarquia do candomblé. É o sacerdote e ocupa a função de mediador entre os homens e os orixás.

Bori – Ritual que designa a nutrição da Cabeça (Ori).

Ebó – designa rituais de limpeza espiritual, proteção, mas também feitiços com finalidades destrutivas.

Egbomin – iniciado que já cumpriu a Obrigação de sete anos, podendo ascender a cargos mais altos na hierarquia.

Egun – Designação de morto ou antepassado (ancestral).

Ekedji – iniciada do sexo feminino que não incorpora as divindades e que é considerada mãe de um orixá, ao qual deve se dedicar.

Eledá – Orixá regente do Ori de uma pessoa. Orixá de cabeça.

Ewô – interdito ou proibição. Sinônimo de quizila.

Ifá – orixá relacionado à adivinhação. A prática divinatória a ele relacionada consiste em um colar de dezesseis nozes de cola que são lançadas e a partir do posicionamento dessas nozes define-se o “resultado” do jogo. O termo pode também designar o próprio oráculo em si.

Igbá – cabaça; também pode designar o assentamento do orixá, o conjunto de elementos físicos que o representam no mundo terreno.

Ijowe – O mesmo que ekedji.

Iyawô – iniciado, aquele que “fez o santo”. Grau mais baixo da hierarquia do candomblé, no qual o indivíduo se mantém até o cumprimento da Obrigação de sete anos.

Iyalorixá – O mesmo que Babalorixá, mas designa somente ao gênero feminino.

Odun - ano

Ogan – homem iniciado que, tal como a ekedji, não entra em transe. Também se torna pai de um orixá e dentre suas principais atribuições figuram: o sacrifício de animais (ogan ashogun), conduzir oferendas e conteúdos rituais para fora do terreiro ao final dos mesmos, e tocar os atabaques em festas e rituais (ogan alabê), funções diplomáticas e administrativas.

Ori – cabeça.

Orô – sinônimo de segredo, designa também sequências de cânticos litúrgicos ou rezas utilizadas para os Orixás e os dias de prestar-lhes oferendas.

Orixá – qualquer divindade yorubá cultuada no candomblé.

Pejigan – Cargo específico de Ogan, que guarda grande prestígio dentro da hierarquia do candomblé, designa aquele que é responsável por guardar o altar sagrado.

Referências bibliográficas do glossário:

NAPOLEÃO, E. Vocabulário Yorubá. Rio de Janeiro: Pallas, 2010.

PORTUGAL, F. Yorubá: a língua dos orisá. Rio de Janeiro: Pallas, 1985.

TEIXEIRA, M. L. L. A encruzilhada do ser: representações da (lou)cura em terreiros de candomblé. 1994. 296 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia, 1994.

VOGEL, A.; MELLO, M. A. da S.; BARROS, J. F. P. de. Galinha D'Angola: iniciação e identidade na cultura afro-brasileira. 3. ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2007.

ANEXOS

ANEXO A - McGill MINI Narrativa de Adoecimento

Versão genérica para Doença, Adoecimento ou Sintoma (Danielle Groleau, Allan Young & Laurence J. Kirmayer □ 2006)

Nº de Identificação: _____

Data: _____

Entrevistador: _____

Seção I. NARRATIVA SOBRE A EXPERIÊNCIA INICIAL DO ADOECIMENTO

1. Fale sobre a primeira vez que você sentiu que estava com o seu problema de saúde ou dificuldade (PS). [Deixe a narrativa ir o mais longe possível, apenas motivando com perguntas: Então, o aconteceu? E então? Substitua os termos do entrevistado por 'PS' nesta e nas perguntas subsequentes]

2. Nós gostaríamos de saber um pouco mais sobre como foi que você se sentiu. Você pode nos dizer quando você se deu conta que tinha esse problema (PS)?

3. Você pode nos dizer o que estava acontecendo quando você teve seu (PS)?

4. Estava acontecendo alguma coisa a mais? [Repita quando for necessário para obter experiências e acontecimentos contíguos]

5. Você procurou algum tipo de ajuda, tratamento espiritual, tratamento alternativo ou tratamento de qualquer outro tipo? Nos fale sobre como foi e o que aconteceu depois.

6. Se você procurou um médico, conte-nos sobre sua ida ao médico / hospitalização e sobre o que aconteceu depois.

6.1 Você fez exames ou tratamentos após seu (PS)? [A relevância desta questão depende o tipo do problema de saúde.]

Seção II. NARRATIVA DE PROTÓTIPO

7. No passado você já teve algum problema de saúde que você considera semelhante ao seu atual (PS)? [Se a resposta à questão 7 for sim, então pergunte a questão 8.] [Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

8. Em que o seu problema de saúde passado é semelhante ou diferente do atual (PS)? [Listar as semelhanças e as diferenças.]

9. Alguma pessoa da sua família teve um problema de saúde semelhante ao seu? [Se a resposta à questão 9 for sim, então pergunte a questão 10.]

10. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa? [Listar as semelhanças e as diferenças.]

11. Você conhece alguém, que não seja da sua família, que teve um problema de saúde semelhante ao seu? [Se a resposta à questão 11 é sim, então pergunte a questão 12.]

12. Em que o seu (PS) é semelhante ou diferente do problema de saúde da outra pessoa? [Listar as semelhanças e as diferenças.]

13. Alguma vez você ouviu no rádio, leu numa revista ou livro, ou viu na televisão ou na Internet uma pessoa que tivesse o mesmo (PS) que você? [Se a resposta à questão 13 é sim, então pergunte a questão 14.]

14. Em que o problema de saúde dessa pessoa é semelhante ou diferente do seu? [Listar as semelhanças e as diferenças.]

Seção III. NARRATIVA DE MODELO EXPLICATIVO

15. Você tem um outro termo ou expressão que descreva seu (PS)?

16. Na sua opinião, o que causou seu (PS)? [Listar causa(s) primária(s).]

16.1 Tem alguma outra causa que você acha que contribuiu para isso? [Listar causas secundárias.]

17. A seu ver, por que o seu (PS) se iniciou naquele momento?

18. Aconteceu alguma coisa dentro do seu corpo que poderia explicar o seu (PS)?

19. Na sua família, no seu trabalho e na sua vida em geral estava acontecendo alguma coisa que pudesse explicar o seu (PS)?
20. Você pode me dizer como isso explica o seu (PS)?
21. Você pensou que você poderia ter um <INTRODUZA A PALAVRA QUE DESCREVE O SINTOMA OU O MAL-ESTAR NA LINGUAGEM POPULAR>?
22. O que <NOME POPULAR> significa para você?
23. O que geralmente acontece com pessoas que tem <NOME POPULAR>?
24. Qual é o melhor tratamento para pessoas que tem <NOME POPULAR>?
25. Como as outras pessoas reagem diante das pessoas que tem um <NOME POPULAR>?
26. Quem você conhece que já teve este <NOME POPULAR>?
27. De que forma o seu (PS) é semelhante ou diferente do PS daquela pessoa?
28. Você considera que o seu (PS) está relacionado a coisas que aconteceram na sua vida?
29. Você pode nos contar um pouco mais sobre esses acontecimentos e de que modo estão ligados ao seu (PS)?

Seção IV. SERVIÇOS & RESPOSTA AO TRATAMENTO

30. Durante a sua ida ao seu médico para o seu (PS), o que o seu médico falou que era o seu problema?
 - 30.1 A outra pessoa que você procurou para o seu (PS), o que essa pessoa falou que era o seu problema?
31. O seu médico passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir? [Listar todos.]
 - 31.1 A pessoa que você procurou passou algum tratamento, remédio ou recomendações para você seguir? [Listar todos.]

32. Como você está lidando com cada uma dessas recomendações? [Repita a questão 33 a 36 para cada recomendação, remédio e tratamento listado.]

33. Você está conseguindo seguir este tratamento (recomendação ou medicação)?

34. Você acha que este tratamento funcionou bem? Por quê?

35. Você acha que este tratamento foi difícil de seguir ou não funcionou bem?

Por quê?

36. Que tratamentos você esperava receber para seu (PS) que você não recebeu?

37. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você procurou?

38. Que outra terapia, tratamento, ajuda ou cuidado você gostaria de receber?

Seção V. IMPACTO SOBRE A VIDA

39. Como o seu problema de saúde modificou a sua vida?

40. Como o seu (PS) mudou o modo como você se sente ou pensa sobre você mesma?

41. Como o seu (PS) mudou o modo como você vê a vida em geral?

42. Como o seu (PS) mudou o modo das pessoas te olharem?

43. O que te ajudou a passar por este período da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

44. Como a sua família ou amigos te ajudaram a passar por este período difícil da sua vida?

[Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

45. Como a sua fé, sua vida espiritual ou alguma prática religiosa ajudou você a atravessar este período difícil da sua vida? [Em caso de ser um problema crônico, comparar a presença da experiência no presente com a experiência da mesma doença no passado. Atentar para as particularidades da percepção da temporalidade em portadores de determinados transtornos mentais.]

46. Tem alguma coisa mais que você queira falar?

ANEXO B - Texto de elicitación de uso prévio à utilização do McGill MINI Narrativa de Adoecimento com participantes da Casa de Santo (iniciados ou não)

“Algumas pessoas contam que o candomblé os ajudou em algum momento difícil de suas vidas. Outras dizem que suas doenças ou problemas os levaram ao candomblé. Estamos também interessados em estudar a relação que pode existir entre candomblé e saúde mental. Você poderia nos contar um pouquinho da sua experiência. Vamos fazer algumas perguntas em ordem, mas você pode responder do jeito que preferir e apenas aquilo que quiser.”

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos que você participasse da pesquisa **“Da linguagem dos infortúnios às narrativas de doença: o sofrimento psíquico e a construção de itinerários terapêuticos entre adeptos do candomblé.”** – sob a coordenação de Clarice Moreira Portugal para a Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ.

Leia com atenção as informações abaixo antes de concordar.

1. Você está sendo convidado a participar de uma entrevista que tem por objetivo conhecer melhor a relação entre experiências de sofrimento mental e a busca por cuidado no candomblé. Esta entrevista tem duração prevista de 2 horas.

2. O seu depoimento será gravado em áudio através da utilização de gravador digital. Não será feito nenhum outro procedimento que possa lhe causar qualquer desconforto. As gravações de áudio ficarão guardadas no laboratório do grupo de pesquisa, Laboratório de Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LICTS), Av. Brasil, 4036. Prédio da Expansão, sala 709. Manguinhos. Tel: 38829235 sob a responsabilidade de Clarice Moreira Portugal e do Prof. Dr. Carlos Estellita Lins. Elas ficarão guardadas durante cinco anos, devendo ser destruídas após este período.

3. Seu nome não aparecerá em qualquer momento da transcrição dos dados da pesquisa, pois você será identificado por uma letra e um número.

4. As gravações serão transcritas e utilizadas somente para fins acadêmicos. O áudio da entrevista poderá ser apresentado, total ou parcialmente, em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais), aulas dirigidas aos profissionais de saúde ou em material de educação em saúde. Por isso solicitamos a cessão para utilização do áudio da entrevista em instrumento com esta finalidade. Garantimos que seus dados pessoais não aparecerão nas conclusões ou publicações.

5. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento de uso de áudio, ou interromper a participação a qualquer momento da pesquisa. A sua participação é voluntária. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro nem terá qualquer responsabilidade com as despesas para a realização deste estudo.

6. Os incômodos que podem ocorrer durante a entrevista são: a)constrangimento diante do tema; b)ansiedade durante sua participação; c)pensamentos intrusivos de remorso ou culpa após sua participação.

7. Os benefícios que podem ocorrer são: a)os conhecimentos gerados oferecerão uma oportunidade de entender, prevenir ou mesmo aliviar um problema que pode afetar o seu bem-estar como o de outras pessoas; b) esclarecer dúvidas sobre sua doença e o sistema de atendimento; c)oportunidade de participar de um espaço de troca e colaboração; d)ajudar a melhorar a assistência.

8. Caso você tenha alguma dúvida ou problema você deve ligar para Clarice Moreira Portugal, 88077318, a qualquer hora.

Eu, _____,
portador do documento de identidade nº _____, expedido pelo órgão _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo no qual estou participando. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que as informações serão divulgadas para estudantes e profissionais de saúde. Sei que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar e confirmo ter recebido cópia desse documento por mim assinado.

Rio de Janeiro, _____/_____/_____

(Assinatura do Voluntário)

Clarice Moreira Portugal (Pesquisadora responsável)

**Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT)/
FIOCRUZ. Endereço: Avenida Brasil, 4036, sala 709. Prédio da Expansão. Manguinhos.
Rio de Janeiro. Telefone (21) 38829235.**

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Endereço: Av. Brasil, 4365. Manguinhos. Rio de Janeiro. CEP: 21040-900

Telefone: (21) 38659710 email: cep@epsjv.fiocruz.br.

ANEXO D – Autorização do uso de voz



AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ

Eu, (nome) _____, (nacionalidade)
_____,

(estado civil) _____, (profissão) _____, portador(a) da
carteira de identidade nº _____, expedida por _____, em
_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e
domiciliado(a) na _____ (endereço completo)

_____, por meio deste instrumento AUTORIZO Clarice Moreira Portugal, inscrita no CPF sob o nº 108509607-62, a apresentar o áudio da entrevista (total ou parcialmente) realizada comigo, para fins acadêmicos e de pesquisa, em congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas (nacionais e internacionais), aulas dirigidas aos profissionais de saúde ou em material de educação em saúde.

A presente autorização é concedida, sem quaisquer ônus financeiros, conforme definido acima, com propósitos únicos e exclusivos de caráter científico e educacional. Estou ciente que sou livre para retirar esta autorização a qualquer momento, sem justificar minha decisão.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .

(Voluntário)