

Cura e adoecimento em relatos de evangélicos usuários de CAPS

Healing and illness in reports of evangelicals CAPS users

Halline Iale Barros Henriques, Pedro de Oliveira Filho, Alessandra Aniceto Ferreira Figueiredo

Resumo

Este trabalho objetivou investigar os discursos sobre cura e adoecimento de evangélicos usuários de CAPS da cidade de Campina Grande-PB. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como respaldo teórico-metodológico a abordagem da Psicologia Social Discursiva. Foram realizadas oito entrevistas narrativas e uma roda de conversa, sendo trabalhados dois eixos temáticos: descrevendo e explicando a cura; descrevendo e explicando o adoecimento. Os relatos de cura baseavam-se nos saberes biomédico e religioso/sobrenatural, objetivando a cura, tanto pela igreja, quanto pelos recursos médicos. O adoecimento foi relatado como uma provação ou castigo, implicando em transgressão de uma lei pelo pecador, sendo o Diabo responsável por atormentar o sujeito. Faz-se necessário ouvir as diferentes vozes que os usuários de CAPS mobilizam, seja a do discurso médico-psiquiátrico, seja a do discurso psicológico, seja a do discurso religioso, e trabalhar as contradições que esses discursos carregam, negociando as possibilidades de ações nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave

cura, doença, religiosidade.

Abstract

This study aimed to investigate the discourses about healing and the illness of evangelical user of CAPS in the city of Campina Grande-PB. This is a qualitative research, having as support the theoretical and methodological approach to Social Discursive Psychology. It has been conducted eight interviews, narratives and a wheel of conversation and two thematic axes were discussed: describing and explaining the healing; describing and explaining the illness. The reports of healing were based on biomedical knowledge and religious/supernatural, with the aim of healing, both by the church, as well as by medical resources. The disease has been reported as a trial or punishment resulting in violation of law by the sinner, being the devil responsible for disturbing the subject. It is necessary to listen to the different voices that users of CAPS mobilize, whether the medical-psychiatric discourse, as well as the psychological discourse, whether of religious discourse, and to work the contradictions that these discourses carry, negotiating the possibilities of actions in mental health services.

Keywords

healing, illness, religiousness.

Halline I. B. Henriques

Centro Universitário do Vale do Ipojuca

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (2008), especialização em Saúde Mental pela Faculdade Integrada de Patos (FIP) e mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2012). É professora do Centro Universitário do Vale do Ipojuca (UNIFAVIP/Devry).

hallineiale@hotmail.com

Pedro de Oliveira Filho

Universidade Federal de Campina Grande

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (1992), mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Federal da Paraíba (1997) e doutorado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003).

Atualmente é professor (Associado I) no curso de psicologia da Unidade Acadêmica de Psicologia da UFCG e colaborador no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE.

deoliveirafilhopedro@gmail.com

Alessandra A. Figueiredo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutoranda em Saúde Coletiva (Instituto de Medicina Social-IMS) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2013).

Formação e Licenciatura em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB (2008).

Faz parte da linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

alessandra_aniceto@yahoo.com.br

Introdução

De acordo com Dalgalarrodo (2008), a relação entre religiosidade e saúde mental é uma temática estudada há mais de um século entre pesquisadores brasileiros (ALVES, 1978; LUCENA, 1940; NINA RODRIGUES, 2000), principalmente no campo das ciências sociais, como antropologia e ciências da religião, porém pouco estudada na Psicologia.

Campos (2007) aponta que as pesquisas brasileiras no campo da religião têm acompanhado a realidade social e religiosa do Brasil e as mudanças que nela ocorrem, de modo que as ciências sociais deram atenção, inicialmente, à religião oficial do Brasil, à Igreja Católica Apostólica Romana. Do catolicismo, as pesquisas voltaram-se para as religiões de matriz africana e mais recentemente à análise do Pentecostalismo, incluindo a vertente Neopentecostal, além de outros movimentos religiosos, como o Espiritismo, Orientalismo, Esoterismo, Sincretismo e Nova Era.

Com relação ao movimento pentecostal, esse vem se articulando ao longo do século XX, alcançando inicialmente as periferias urbanas, durante o processo de industrialização e urbanização no Brasil. Atualmente, este movimento tem “arrastado” pessoas de classes médias, recorrendo a um discurso conversionista, integrador e terapêutico. A promessa de cura é o que mais motiva as pessoas a procurarem os “empreendedores” religiosos. A cura passa, então, a ser enfatizada em detrimento dos discursos apocalípticos (BOBSIN, 2003).

Já o neopentecostalismo tem como uma de suas principais promessas a prosperidade, a riqueza material; produz um discurso que desvaloriza a ideia de um sofrimento redentor e passa a valorizar o consumo, a prosperidade e a ascensão social. Em contrapartida, continua adotando o dualismo Deus-Diabo em seus processos ritualísticos, apregoando que vencer o diabo trará para os fiéis a saúde e sucessos terrenos (SANTOS, 2006).

Também conhecido por pentecostalismo autônomo e pentecostalismo místico, o neopentecostalismo é uma vertente do movimento evangélico bastante atuante nas camadas populares. Esse movimento religioso é apontado por alguns autores como um dos fenômenos socioculturais mais bem-sucedidos dos últimos tempos (JACOB et al., 2003).

Segundo Mariano (2004), fazem parte do movimento neopentecostal igrejas como: Nova Vida, Universal do Reino de Deus, Internacional da Graça de Deus, Cristo Vive, Comunidade Evangélica Sara Nossa Terra, Comunidade da Graça, Renascer em Cristo e Igreja Nacional do Senhor Jesus Cristo. Cabe acrescentar que os líderes mais conhecidos e popularizados desse movimento no Brasil são: o bispo Edir Macedo e o missionário R.R. Soares.

As concepções de cura e adoecimento nessas igrejas não poderiam deixar de ter relação com a representação da relação entre Deus e o Diabo que professam. A doença passa a ser relacionada a essa realidade sobrenatural, “para quem já abraçou a fé pentecostal, a doença é vista como uma tentação diabólica, permitida por Deus para reconduzir o crente à fé, ou trazer de volta pessoas desviadas da congregação”. Já a cura é compreendida, como “decorrência da readmissão ao grupo e da obediência ao nomos da congregação”, e da “extrema vigilância do grupo religioso sobre o indivíduo, amarrando-o a grandes teias de significados, fiados em conjunto” (BOBSIN, 2003, p.35).

Estudos, no campo da antropologia da saúde, fornecem uma rica discussão acerca das práticas de cura. Em “Médicos e Curandeiros”, Loyola (1984) desconstrói a concepção segundo a qual o modelo biomédico seria predominante, ressaltando que o sistema médico popular desconcerta a lógica da medicina erudita. Segundo ela, as práticas de saúde são dirigidas

não só às doenças do corpo, mas também aos males do espírito, o que faz com que as pessoas recorram a especialistas espirituais, sem abandonar a medicina tradicional.

Para Monteiro (1985), as relações de poder entre a ideologia médica hegemônica e a visão popular da medicina desestabilizam o modelo da ordem vigente. Segundo a autora, o discurso da doença, elaborado pelas camadas populares, é construído a partir do discurso oficial do sistema biomédico, na medida em que a sociedade elege como práticas orientadoras a técnica e a ciência. No entanto, esta ordem se desorganiza no momento em que a sociedade também é envolvida pelas concepções da medicina popular, a partir de tradições familiares e grupais.

Santos, Koller e Pereira (2004) acreditam que é a partir do contexto de possibilidade de contato com o sobrenatural que as pessoas se dirigem aos templos, principalmente àqueles que prometem a solução de seus problemas corriqueiros, como as igrejas neopentecostais. Segundo esses autores, “tais igrejas apresentam-se como um mundo que acolhe e protege, oferecendo o que as pessoas procuram na religião: atendimento das necessidades, sentido para a vida e controle do presente e do futuro” (p.83). No contexto de um sistema de saúde fragilizado, essas igrejas vêm atuando fortemente no campo da saúde, em especial no campo da saúde mental.

Segundo esses autores, o campo da saúde mental é diretamente atingido, à medida que os serviços oferecidos pelas igrejas apelam para objetivos terapêuticos, como as sessões de cura, por exemplo. A busca por esses serviços torna-se recorrente nesse contexto em que se procura justificar fatos naturais e não controláveis, como a morte e a doença.

Com relação às instituições de saúde mental, no Brasil, os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico surgem como proposta para tratamento em saúde mental, fazendo uma crítica ao modelo médico tradicional. O modelo hospitalocêntrico está fundamentado no saber psiquiátrico clássico e seus dispositivos de controle da loucura, em que o tratamento dos doentes mentais era realizado em lugares fechados, instituições totalitárias, que os afastavam da sociedade, como manicômios, hospícios ou casas de loucos. Posteriormente, a psiquiatria foi atingida por uma mudança, tanto teórica quanto prática, tendo em vista a radical alteração de seu objeto de estudo, antes, o tratamento da doença mental, agora, a promoção da saúde mental, mediante a reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), dentre os serviços substitutivos em saúde mental, encontram-se: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatório de Saúde Mental (Serviço prestado por pelo menos quatro profissionais interligados à saúde mental), Centros de Convivência e Cultura, Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental, Hospitais-Dia.

No que diz respeito aos CAPS, especificamente, são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. São divididos em cinco categorias: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad e CAPS i (BRASIL, 2007).

O CAPS I caracteriza-se como um serviço de Saúde Mental em um município com população de 20 mil até 70 mil habitantes, possui atendimento diário em pelo menos um período/dia. O CAPS II pode ser implantado em cidades com 70 mil a 200 mil habitantes, tendo atendimento diário em dois períodos/dia. O CAPS III funciona em período integral (24h) e atende municípios acima de 200 mil habitantes. O CAPS ad trabalha com usuários de álcool e outras drogas em cidades com 70 a 200 mil habitantes.

E o CAPS i constitui um serviço especializado para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos), em cidades acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2007).

Um estudo realizado por Cirilo e Oliveira Filho (2008), com usuários de um CAPS da cidade de Campina Grande-PB e seus familiares, destaca que não é raro observar sujeitos que, por acreditarem numa causa sobrenatural para a loucura, procuram centros religiosos para se curarem e “veem o sofrimento psíquico como uma decorrência do pecado, do afastamento do indivíduo em relação a Deus, o que reforça a associação entre loucura e fraqueza moral” (p.325).

Para Guareschi (1995), a grande penetração de igrejas neopentecostais no país promove uma poderosa divulgação de explicações religiosas para o sofrimento psíquico, como a possessão demoníaca, e a adesão de fiéis com as promessas de cura pela fé.

Diante da importância atribuída pelos usuários de CAPS às explicações religiosas sobre sofrimento psíquico, esse estudo objetiva investigar as produções discursivas sobre cura e adoecimento de fiéis evangélicos, pentecostais e neopentecostais, usuários de serviços de saúde mental, especificamente, aqueles que frequentam CAPS, na cidade de Campina Grande-PB.

Método

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo como fundamento teórico-metodológico a abordagem da Psicologia Social Discursiva (PSD), a qual compreende o discurso como um potente meio orientado para a ação e não como um mero canal de informação, conforme ressaltam Potter e Wetherell (1987).

A PSD realiza um exame minucioso de conversas e de textos, buscando descobrir como as falas são organizadas retoricamente para realizar determinadas ações. Uma atenção especial é dada aos recursos (repertórios interpretativos ou discursos) utilizados para realizar essas ações e os efeitos dessas ações nas interações, nos grupos sociais, em contextos institucionais, e na sociedade como um todo. As pesquisas nesse sentido objetivam proporcionar uma melhor compreensão de como as organizações, as relações de poder entre os grupos e a ordem social como um todo são constituídas e sustentadas por meio da mobilização de diferentes discursos (POTTER; WETHERELL, 1987; POTTER, 1998; EDWARDS, 2004).

Tomando por base essa perspectiva, a pesquisa foi realizada nos CAPS II e CAPS III da cidade de Campina Grande-PB, em decorrência da presença de um maior número de evangélicos usuários nesses serviços especificamente, em comparação com o número de usuários evangélicos em outros serviços existentes no município, conforme apontado pelos profissionais das instituições pesquisadas.

O procedimento da coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2011, sendo desenvolvido em dois momentos. No primeiro, foi realizada uma roda de conversa; no segundo momento, foram feitas oito entrevistas narrativas. As atividades foram realizadas em dias diferentes, ambas tiveram os mesmos critérios de inclusão: que os participantes da pesquisa frequentassem alguma igreja evangélica e fossem usuários de CAPS, e como critérios de exclusão: não frequentar igreja evangélica, a recusa em participar da pesquisa, a não aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O número de participantes foi delimitado a partir do critério de acessibilidade, como sugerem Lang, Campos e Demartini (2001).

Segundo Afonso e Abade (2008), as rodas de conversa são um instrumento usado nas metodologias participativas que articula em seu referencial teórico conceitos da psicologia social, da psicanálise, da educação e fundamenta-se metodologicamente nas oficinas de intervenção psicossocial, tendo por objetivo a constituição de um espaço onde seus participantes reflitam acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, com o trabalho, com o projeto de vida.

No tocante aos participantes da roda de conversa, havia mais homens (5) que mulheres (4). Observou-se que os homens eram mais velhos do que as mulheres, com idades variando entre 32 e 50 anos e 17 e 33 anos, respectivamente. Os homens frequentavam as Igrejas Pentecostais: Assembleia de Deus, Igreja Pentecostal e Nova Canaã; e a Igreja Neopentecostal Universal do Reino de Deus. As mulheres frequentavam a Igreja Pentecostal Cristã Presbiteriana e não participavam de Igrejas Neopentecostais.

Quanto ao tempo dedicado ao tratamento psiquiátrico no CAPS, os homens permaneceram em tratamento entre o período de 4 a 7 anos e as mulheres no período aproximado de 1 mês a 7 anos. Com relação à participação nas igrejas, observou-se que os homens especificaram período de permanência que variava de 5 a 10 anos, enquanto as mulheres tiveram dificuldades de especificar o tempo de permanência na igreja, o que, segundo elas, teria relação com as migrações por várias igrejas.

A roda de conversa iniciou-se com a coordenadora do grupo se apresentando, descrevendo os objetivos da pesquisa, solicitando que os usuários se apresentassem e contassem como chegaram à instituição. Em seguida, foram iniciados os questionamentos, para fomentar o diálogo do grupo, a partir do seguinte roteiro: quanto tempo vocês frequentam o CAPS? O que este local representa para vocês? Poderiam falar sobre suas experiências nos grupos realizados na instituição? O que vocês poderiam me dizer sobre cura e adoecimento? O que vocês entendem quando se fala em cura e adoecimento na religião de vocês? Há mais alguma coisa que vocês gostariam de comentar, ou fazer alguma observação?

As questões levantadas contribuíram para que os usuários do serviço pudessem dialogar entre si e colocar-se, sendo ouvidos pelos membros do grupo. Não houve dificuldades no que diz respeito ao desenvolvimento da fala desses durante o grupo, ao contarem suas histórias e testemunhos de cura e adoecimento, nem interrupções ou impedimentos de falas durante os diálogos. As rodas de conversas foram importantes também para que se realizasse o segundo momento: o convite dos participantes para a realização das entrevistas.

A entrevista narrativa utiliza-se dos seguintes elementos: questão gerativa da narrativa, seguida do estágio das investigações da narrativa e da fase de equilíbrio. Essas entrevistas são muito eficazes na produção de descrições e argumentações (FLICK, 2007).

Nas entrevistas narrativas, observou-se maior número de mulheres (7) que homens (1), no que diz respeito à idade, o homem tinha 32 anos e as idades das mulheres variavam entre 17 e 48 anos. O número bem maior de mulheres do que de homens tem relação com o dia em que as entrevistas foram realizadas, nesse dia havia mais mulheres no serviço do que homens, participando das atividades do CAPS. As mulheres frequentavam as Igrejas Pentecostais: Assembleia de Deus, Cristã Presbiteriana Deus é Amor/Só Jesus Salva, Presbiteriana do Brasil, Presbiteriana do Avivamento Universal do Reino de Deus; e a Igreja Neopentecostal Universal do Reino de Deus. O homem frequentava a Igreja Neopentecostal Universal do Reino de Deus.

Quanto ao tempo dedicado ao tratamento psiquiátrico, no CAPS, o homem estava em tratamento a 7 anos e as mulheres em períodos que variavam de 1 mês a 4 anos. Com relação à participação nas igrejas,

observou-se um período médio de permanência de 15 anos para ambos os sexos.

As entrevistas narrativas foram iniciadas a partir das questões gerativas: O que é cura para você? O que é adoecer para você? Passando a seguir o roteiro de entrevista: poderia me falar sobre suas experiências de cura na Igreja que você participa? Você vivencia experiências de cura aqui no CAPS? Como você se sente ao falar de suas experiências?

As entrevistas foram áudio-gravadas com o uso de aparelho de MP4, mediante a autorização prévia dos entrevistados. Já a roda de conversa foi filmada através de uma câmera fotográfica, tendo em vista possibilitar um melhor acesso às conversas, diante do maior número de participantes, como também foi registrada em aparelho de MP4, mediante a autorização dos participantes. Os dados foram transcritos na íntegra e submetidos à análise.

A análise foi subdividida em três momentos específicos: transcrição, codificação e análise propriamente dita. A transcrição foge da ideia de simplesmente colocar as palavras no papel, pois leva em consideração recursos linguísticos, como pausas, entonações e gestos. Na codificação, faz-se um recorte do material discursivo das transcrições, tomando como base os objetivos da pesquisa e a perspectiva teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva, tendo como enfoque o modo como os discursos eram construídos, ou seja, foram analisados o padrão discursivo, sua forma de organização, suas funções e efeitos (POTTER; WETHERELL, 1987).

Com relação aos aspectos éticos, essa pesquisa foi embasada nas normas e diretrizes reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos que compõe a resolução 466/2012, reforçando o respeito, a dignidade e a proteção aos sujeitos da pesquisa, sendo resguardado o sigilo dos participantes, ao se adotar o uso de nomes fictícios. Esta teve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, de número CAAE 0588.0.133.000-10.

Resultados e Discussão

As noções de cura e adoecimento, identificadas nos relatos dos entrevistados, foram produzidas a partir das questões levantadas nas rodas de conversa e entrevistas narrativas. As respostas a essas foram analisadas a partir de dois eixos temáticos: descrições e explicações para a cura; descrições e explicações para o adoecimento.

Descrevendo e explicando a cura

A cura, em algumas falas, é descrita como merecimento e intensidade da fé em Deus. A cura também ganha uma conotação sobrenatural, embasada em um milagre divino.aso utilize tabelas e figuras (desenhos, fotografias e diagramas), por favor siga estas instruções:

“É assim como um milagre, né? É uma coisa que cura... Remédio... (Duda, Igreja Universal do Reino de Deus).

Realmente a cura... É o milagre de Deus que faz na vida da pessoa! (Ismael, Igreja Pentecostal Nova Canaã, Roda de Conversa).

(silêncio) Cura é merecimento! Força de vontade! (pausa). Merecimento, força de vontade... É isso! Se eu merecer eu serei curada! Se não que se faça a vontade de Deus! Porque Jesus Cristo quando foi crucificado ele era filho de Deus, e nem por isso ele tinha que ser mais do que os outros. Então se eu merecer um dia eu vou ser curada, se não... (pausa) É a vontade de Deus! (Joelma, Igreja Presbiteriana do Brasil).

A cura significa o quê? A Sua fé em Deus (ênfase) (Cícera, Igreja Deus é Amor/Só Jesus Salva).

Os que enaltecem a cura como “milagre” ressaltam um efeito do tipo “abracadabra”, conforme aponta Mariano (1999), típico dos adeptos de uma crença de extrema fé, capaz de transformar a realidade quando, por exemplo, pronunciadas palavras de fé. Deve-se levar em conta que a presença de uma explicação de caráter sobrenatural é um fato social e culturalmente significativo para os fiéis, sendo aceitável pelos mesmos, diante das mais variadas manifestações religiosas, que trafegam em um campo religioso que produz significados.

As definições de cura como merecimento e intensidade da fé, podem ser observadas nas seguintes falas: “É isso! Se eu merecer eu serei curada! Se não que se faça a vontade de Deus”; “A cura significa o quê? A Sua fé em Deus”. Nesses relatos, destacam-se a concepção de cura como proteção e bênção, assim, os fiéis dependem da aprovação divina e da força da fé para alcançarem a desejada cura, ou permanecerem na doença, como destino ou falta de fé. Conforme analisam Santos, Koller e Pereira (2004), ao ressaltarem que a doença é representada como uma provação ou castigo a ser enfrentado pelo fiel e o não adoecimento seria sinal de merecimento.

A falta de fé, o assujeitamento ao destino e a saída do desamparo são mencionados por Próchino, Paradivini e Gonçalves (2008) em estudo sobre “Subjetivação e Cura no Neopentecostalismo”; eles mencionam a existência de um princípio de promessa feita pelas igrejas, segundo o qual a cura será alcançada, todavia essa se sustenta na impossibilidade de cumprimento, pois se o fiel não conseguiu a cura ou as bênçãos é porque lhe faltou a fé vitoriosa.

Somente um relato sobre a cura, entre todos os produzidos pelos participantes, afasta-se do sobrenatural e aproxima-se de uma concepção fundamentada no equilíbrio/restabelecimento corporal e emocional, diferenciando-se dos discursos anteriores: “a cura seria o restabelecimento dos parâmetros biológicos do organismo e mental também” (Lana, Igreja Presbiteriana do Avivamento). Nesse sentido, a participante adota uma descrição própria do saber biomédico em que o corpo e a mente são sadios quando se encontram em equilíbrio.

A “libertação” dos usuários de CAPS da dependência química, causada pela medicação psicotrópica também aparece como sinônimo de cura, nesse sentido “cura é quando tira todos os medicamentos”. O médico torna-se ora o detentor de poder, pois só ele poderá “retirar” a medicação do tratamento psiquiátrico e assim promover a cura desejada pelo paciente, contudo ele também é subordinado ao poder divino, pois nessa instância “Deus é o médico dos médicos”.

Cura é quando tira todos os medicamentos, vai diminuindo, vai diminuindo, diminuindo, diminuindo até... A pessoa ficar... Ele vê que a pessoa tá bem mesmo. Ele vai tirando, tirando, tirando, tirando a pessoa fica boa, aí é a cura, a cura de Jesus (Lila, Igreja Cristã Presbiteriana).

É quando a pessoa tá doente e... Através do poder de Deus, porque Deus é o médico dos médicos. E os que são médicos realmente tratam a pessoa bem, e passam os remédios adequados e necessários para que a pessoa se sinta bem. [...] Eu acho assim... Que enquanto a pessoa tiver fé em Deus, pode ser crente, pode ser católico e lutando e pedindo a Deus, (inaudível) o que a gente pede Deus manda! (Josefa, Igreja Assembleia de Deus).

As falas acima apresentam o saber médico e a religiosidade como elementos que, quando associados, podem levar os fiéis a alcançarem a cura. Nesse sentido, Minayo (1988, p. 372) destaca que “[...] As pessoas buscam

recursos biomédicos e, ao mesmo tempo, fazem tratamento espiritual, com orações, banho de descarga, penitências, promessas recorrendo à umbanda, ao espiritismo, às igrejas cristãs [...].

Nas falas acima e em outras desta pesquisa, identificamos explicações para a cura ora assentadas no saber biomédico, ora fundamentadas no saber religioso, ora na associação dos dois saberes. A cura seria uma decorrência tanto do poder divino quanto do uso de medicamentos.

Um evento específico aparece em alguns relatos como um fator que explicaria a cura. Trata-se do culto que se realiza nas igrejas em dias preestabelecidos e que tem por objetivo libertar os fiéis de demônios e/ou males.

Bom, eu passei por um processo muito grande, que se chama processo de libertação. Então dentro desse processo eu tive sim várias curas, que foi hoje não ver demônio é uma cura para mim, não ouvir vozes é outra cura para mim, eu ouvia o ronco das pessoas, eu escutava, no terreiro de macumba. (pausa) [...] Tudo isso é cura, que eu venci com Jesus Cristo! Com o poder de Deus! Tudo isso é cura pra mim! (Lana, Igreja Presbiteriana do Avivamento).

A pessoa que está enferma... “- Quem está enfermo aí? Pois venha para cá pra receber a cura...” E ali a gente faz a oração da fé e aquela pessoa é abençoada, aquela pessoa é curada e depois dá o testemunho e a cura é o milagre que Deus tem operado na vida de cada ser humano. Deus tem feito muitas curas, muitos milagres, maravilhas na vida de Jesus. Se em meu nome curarão os enfermos, por todo o mundo prega o evangelho, aos que creem serão batizados e aos que não creem serão condenados! (Ismael, Igreja Pentecostal Nova Canaã).

Lana relata que a cura só foi possível por meio de um processo denominado por ela de “processo de libertação”. Esse processo teria produzido as seguintes mudanças: deixar de escutar vozes e ver o Demônio, bem como deixar de escutar “o ronco” das pessoas em rituais de umbanda. Em sua fala, Ismael refere-se ao culto onde teria ocorrido a cura e, para dar mais credibilidade àquilo que afirma, utiliza o discurso direto para descrever a performance do pastor no início do ritual de libertação: “Quem está enfermo aí?” O discurso direto, como dissemos, torna mais verossímil seu relato porque ele se posiciona como alguém que, ao repetir as expressões do pastor como teriam sido ditas, estaria de fato na cena narrada (POTTER, 1998).

Para Neubern (2010, p. 268) “o contato com o sagrado tem um poder organizador capaz de gerar um impacto profundo na vida do sujeito”, como se pode perceber nos relatos de cura de Lana e Ismael. Segundo Guareschi (1995), as práticas de culto nessas igrejas que mobilizam conteúdos afetivos, como música, dança, gestos, dentre outros, compõem estratégias de envolvimento muito eficazes. Os fiéis corroboram essa afirmação quando descrevem esses momentos de alívio espiritual, que possibilitam o processo de “cura” milagrosa.

Há, no entanto, no que diz respeito à relação entre fé e cura, um relato que destoa dos produzidos acima. Rodrigo conta que a cura que ele deseja ainda não foi alcançada, por mais que tenha um histórico de aproximadamente 20 anos de participação na Igreja Universal do Reino de Deus.

[...] Porque eu acredito na cura, sabe? Mas só que a cura, ainda não me tem chegado a cura ainda! Num sei por que, né? Eu vejo pessoas na igreja, chega hoje (ênfase) na igreja, e hoje mesmo é abençoado na igreja Universal e... Já faz desde 12 anos que eu frequento a igreja Universal, desde 12 anos que eu frequento a igreja Universal e ainda não fui curado ainda, sabe aê? Nesse negócio, sabe aê? [...] Eu queria entender porque eu ainda não fui curado ainda, sabe aê? Porque quem tem problema de gastrite, tem problema de

gastrite, é diferente de quem... De quem tem azia, né? É diferente, né? Azia é um, e a gastrite é outro, né? Né isso? [...] Porque se eu digo assim, eu quero minha cura é porque eu quero minha cura, né? Num posso tá assim! Porque a cura é tudo na vida de uma pessoa, né? É tudo, tudo, tudo, tudo, é tudo, é dinheiro, é Jesus... (pausa) no coração, é tudo viu? É um carinho de mãe, é um carinho de pai, é tudo, viu aê? Pense! Muita fé viu (falou baixo)... [...] Que chegue a minha cura, sabe aê? Ai eu fico abismado com um negócio desse, sabe aê? Eu vejo tantas pessoas sendo curada na igreja Universal e eu não sou? Porquê? Será que elas são melhor do que eu, né? Ou eu sou melhor do que elas? Pode um negócio desse? Num sou né? (silêncio) Pois é... (Rodrigo, Igreja Universal do Reino de Deus).

A reclamação de Rodrigo é própria da relação com Deus estabelecida em algumas Igrejas pentecostais e neopentecostais. Mariano (1999) cita uma fala de R. R. Soares em que ele adverte: “direito não reclamado é direito inexistente”, é preciso que o fiel tenha “consciência” de seus direitos, para que possa conquistá-los e mantê-los, mediante sua fé. Nesse sentido, Rodrigo estaria reivindicando seus direitos de cura, como se observa em trechos de seu discurso: “Eu queria entender porque eu ainda não fui curado ainda, sabe aê?”, “Num posso tá assim!”, “Eu vejo tantas pessoas sendo curada na igreja Universal e eu não sou? Porquê?”. Podemos também analisar a fala de Rodrigo de outra forma: seria um movimento de indagação a sua fé? Ou uma ação reflexiva e questionadora acerca da cura milagrosa proposta pela igreja que frequenta?

Descrevendo e explicando o adoecimento

Santos (2011) identifica várias noções populares de doença, dentre elas, destaca a mais comumente encontrada, a doença como indisposição, alteração do corpo ou dor que pode ser associada a uma “coisa feita”, ou seja, ao “despacho”, “mau-olhado” ou “possessão”. Duarte (1986) também utiliza de expressões semelhantes para falar sobre a relação entre a loucura e a experiência espiritual.

Nos relatos dos entrevistados, o adoecer está relacionado à falta de cuidado, a um estado que desconcerta, perturba e torna o sujeito diferente, além de surgir quando menos se espera. De acordo com Santos (2011), esse adoecer não é experienciado como um evento esperado, que obrigatoriamente ocorre na vida dos sujeitos, mas como um evento estrangeiro, desconhecido que subverte o projeto de vida ou a projeção deste, logo esse estado passa a ser inaceitável, pois inabilita a “perfeição divina” do projeto humano. Como pode ser observado nas falas abaixo:

Adoecer é um desleixo!

Entrevistadora: Desleixo?

Joelma: (silêncio) (Joelma, Igreja Presbiteriana do Brasil).

Adoecer é você tá bonzim tá saúde e acontece alguma coisa que perturba a pessoa. Tem muitos tipos de doença (Josefa, Igreja Assembleia de Deus).

É num passar bem assim... Sofrer é aquela coisa, né! É aquela doença! [...] É a doença! Aí a gente fica doente! Aí a gente fica diferente (Duda, Universal do Reino de Deus).

Todavia, o adoecer pode ser relacionado a sintomas tanto psicológicos “falta de paciência”, “agressividade”, quanto físicos “ficar debilitado”, “fraco”, como ressalta Augusto (Igreja Assembleia de Deus): “É ficar debilitado, fraco, sem ansiedade, falta de paciência, agressividade...”.

Já no relato a seguir, há uma contraposição às explicações biológicas para o adoecimento, pois o adoecer é denominado de “conjunto de coisas”, como na fala de Joelma, para quem deixar ou não de fazer uso da medicação não evita que o usuário adoça. A saída ou justificativa para o adoecimento pode ser definida pelos “problemas que têm na família”.

[...] O adoecer é um conjunto de coisas, (pausa) não... Você começa a achar que não precisa mais da medicação, você começa a se sentir muito bem (ênfase) e alguns casos a pessoa deixa a medicação, e outros continua tomando e adoce do mesmo jeito! Só se for os problemas que têm na família (Joelma, Igreja Presbiteriana do Brasil).

Em pesquisa com usuários de CAPS II, realizada por Silveira (2008) em um município da Bahia, observou-se dados semelhantes ao deste estudo, em que uma das usuárias evidencia o sentido de doença, decorrente de situações da vida cotidiana, envolvendo as relações familiares como geradoras do seu sofrimento psíquico.

Cícera explica o adoecimento através dos problemas e estresses do cotidiano. Também estabelece em sua explicação uma diferença entre “doenças dos nervos” e “doenças mentais”, esta última ganha uma conotação espiritual, as quais os médicos e remédios não tratam, nem curam, apenas Deus.

Não, eu acho que... Assim... Vai muito do... Assim dos problemas... Do dia a dia, muita coisa, muito estresse, né? Muita correria, você que começa a colocar muita coisa na cabeça, muita perturbação, aí termina ficando assim, porque seu nervo é muito sensível, aí eu acho assim, que vem... Essas doenças dos nervos e também tem doenças mentais que já é parte espiritual, que não é pra remédio! Tem pessoas que faz o tratamento e fica boa, mas tem umas que é como eu disse a você, só Deus! (pausa) Deus sim pode libertar e você nunca mais tomar nem... Nem nada! [...] Por que tem doenças espirituais e tem doença (pausa) é assim... Né? Que é para o médico. Pronto, num tem gente que faz o tratamento e fica bom, tá entendendo? Só que tem gente que não é! Tem coisas que é pra Deus tratar! Libertar de vez! (inaudível) Tá entendendo? Pronto! Eu acho assim [...] O Deus é o mesmo! E é ele o médico dos médicos e é ele que cura! Ele já deu autoridade aos médicos para o médico fazer a parte deles, agora tem coisas que é para Deus curar, não os médicos. (Cícera, Igreja Deus é Amor/Só Jesus Salva).

A fala de Cícera apresenta duas explicações para o adoecimento, uma fundamentada no modelo biomédico, outra no discurso religioso, como observado no trecho: “Por que tem doenças espirituais e tem doença (pausa) é assim... Né? Que é para o médico”; “Tem coisas que é pra Deus tratar! Libertar de vez!”. Conforme ressaltam Santos, Koller e Pereira (2004), os fiéis fazem uma divisão entre doenças materiais e doenças espirituais, todavia eles enfatizam o fato de que elas apresentam um caráter material coadjuvante. Ao mesmo tempo, há a reiteração de que a cura é feita por Deus, que é “o médico dos médicos”.

Villares, Redko e Mari (1999) analisam que a dimensão espiritual se organiza em “um sistema de crenças acessório, [...] utilizado para preencher as lacunas dos processos inexplicáveis ou incompreensíveis [...]. São ao mesmo tempo responsáveis por ela e uma alternativa para a cura que não se alcança através do tratamento médico” (p.43).

No discurso abaixo, a entrevistada relata que é o sujeito quem procura e encontra a doença, esse tipo de relato alerta para os perigos que podem atingir aqueles que não estão seguindo os Planos de Deus:

Adoecer... (silêncio) Adoecer... É uma doença assim que vem... Que a pessoa procura...

Entrevistadora: Você acha que a gente procura o adoecimento?

Lila: Eu procurei né? Então eu achei. Foi uma prova que Deus fez eu passar. Pra ver se eu ia buscar em Deus, o caminho do Senhor. Fez eu voltar para o mundo diferente do mundano (Lila, Igreja Cristã Presbiteriana).

As falas acima são caracterizadas pela concepção de doença como uma provação ou castigo a ser enfrentado pelo fiel, portanto, a doença implica em uma transgressão de uma lei e o não adoecimento retrata o merecimento, proteção e bênção, como destacam Santos, Koller e Pereira (2004). A culpabilização e a responsabilização do fiel por seu adoecimento faz com que o mesmo tenha de estar cada vez mais presente nos rituais da igreja que frequenta, como forma de redimir-se do “erro”.

No discurso de Rodrigo, o adoecimento é causado pelo Diabo, sendo esse responsável por atormentá-lo, roubar sua paz e possuir sua mente. Segundo o entrevistado, as atuações demoníacas podem estar em todo lugar, assim, o mal aparece como causa do adoecimento.

O adoecimento é, é... O diabo está te atormentando, sabe? (pausa) Tirando realmente a sua paz, sabe como é? Ele vê que ele é fraco, ai quer se manter forte em cima de você, sabe como é? Você sendo uma pessoa fraca, sabe? Estando com a mente dele, sabe? A mente da pessoa sabe? Mas com a mente dele também! Ai ele entra na vida da pessoa, você sendo fraco, ai fica doidinha para agir sobre a vida do povo, fica querendo tirar você do juízo, sabe? Ai fica muito ruim para as pessoas fazer as coisas, né? [...] Tentando tirar a mente da pessoa, sabe? Tenta tirar a mente da pessoa, isso é aqui dentro, é lá fora. É dentro de casa, é na igreja, é em todo canto! Já pensou um negócio desse? Isso não é normal não? Você num acha? (Rodrigo, Igreja Universal do Reino de Deus).

Rodrigo reproduz o discurso do fundador de sua igreja, o bispo Edir Macedo (1988) citado por Mariano (1999, p. 114) que define os demônios como a principal causa das doenças:

[...] os demônios são responsáveis por todos os males que afligem a humanidade. Doenças, misérias, desastres e todos os problemas. Os demônios, espíritos destruidores, estão nos germes, bacilos e vírus. São a principal causa de doenças. Eles fazem das pessoas o que bem entendem. Cuidam de todos os aspectos da vida delas, desde a maneira de se vestir até os casos amorosos; se intrometem e submetem os seus seguidores através de conselhos ou ameaças. Astuciosos, os demônios agem de acordo com a mentalidade da pessoa, de acordo com sua posição social e também, é claro, de acordo com suas necessidades.

Assim, o Diabo é a personificação do mal, tido como algo que se apodera do corpo e da mente do sujeito, afinal como bem reforça Rodrigo, o Diabo “tira a mente da pessoa”. Com a verdadeira posse da mente humana, o Diabo torna-se o dono de um vasto poder, dirigindo as pessoas ao caminho do mal e, conseqüentemente, ao adoecimento.

Para autores da Psicologia, como Erickson (1952); Erikson & Rossi (1979); Akstein (1972) e Richepport (1994), citados por Neubern (2010), os serviços de saúde mental teriam o desafio de reconhecer a existência de personagens, construídos social e historicamente pela população, negociar com eles e trabalhá-los no setting terapêutico, utilizando-se de recursos que favoreceriam processos de mudança para as pessoas em adoecimento. As dificuldades encontradas nesse tipo de articulação são decorrentes da própria formação dos profissionais dos serviços, que travam uma batalha

histórica entre ciência e religião, e nem sempre se sentem instruídos para trabalhar nessas circunstâncias.

Considerações Finais

Este estudo investigou as produções discursivas sobre cura e adoecimento de evangélicos usuários de CAPS na cidade de Campina Grande-PB. Essas produções discursivas foram analisadas a partir de dois eixos temáticos: descrições e explicações para a cura; descrições e explicações para o adoecimento.

Observou-se nas falas dos entrevistados que a cura é descrita como saúde, merecimento e intensidade da fé em Deus, como também ganha uma conotação sobrenatural, embasada em um milagre divino. Quanto às explicações para a cura, ora se assentam no saber biomédico, ora se fundamentam no aspecto sobrenatural/religioso, ora se sustentam na tentativa de diálogo entre ambos os saberes, objetivando a cura, tanto pela igreja, quanto pelos recursos médicos.

A descrição do adoecimento, por sua vez, o relaciona à falta de cuidado, a um estado que desconcerta, perturba e torna o sujeito diferente, que surge quando esse menos espera. As falas ora produzem como efeito a legitimação do discurso biomédico, ao fundamentarem-se no conceito de doença como ausência de saúde, ora relacionam o adoecer a sintomas tanto psicológicos, quanto físicos.

O adoecimento é também explicado através dos problemas e estresses do cotidiano, há uma diferenciação entre “doenças dos nervos” e “doenças mentais”, esta última ganha uma conotação espiritual, a qual os médicos e remédios não tratam, nem curam, apenas Deus. A doença surge como uma provação ou castigo a ser enfrentado pelo fiel, portanto, ela implica em uma transgressão de uma lei pelo pecador, sendo o Diabo responsável por atormentar o sujeito, roubar sua paz e possuir sua mente.

As descrições e explicações tanto de cura, quanto de adoecimento relatadas pelos usuários de CAPS, construídos coletivamente por essas pessoas, produzem sentidos e efeitos os mais variados, logo, faz-se necessário ouvir as diferentes vozes que elas mobilizam nessas explicações e descrições, seja do saber médico-psiquiátrico, seja da psicologia, seja do discurso religioso, e trabalhar as contradições que esses discursos carregam, negociando as possibilidades de ações nos serviços de saúde mental, como os CAPS.

Este é o desafio dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, dentre outros) pós-reforma psiquiátrica: lidar com os variados saberes, que tanto as equipes multiprofissionais trazem em suas práticas cotidianas, quanto os variados saberes que a população atendida também apresenta, sem sufocar a possibilidade de produção de uma prática dialógica entre esses sujeitos.

Sobre o artigo

Recebido: 05/07/2016

Aceito: 12/09/2016

Referências bibliográficas

AFONSO, M. L.; ABADE, F. L. **Para reinventar as rodas: rodas de conversa em direitos humanos**. Belo Horizonte: RECIMAM, 2008.

ALVES, R. A. Volta do sagrado: os caminhos da sociologia da religião no Brasil. **Religião e Sociedade**, v. 3, p. 109-141, 1978.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BOBSIN, O. Etiologia das doenças e pluralismo religioso. **Estudos Teológicos**, v.43, n. 2, p.21-43, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, B. M. Sociologia Religiosa da Religião: ensaio sobre suas impossibilidades e possibilidades. **Ciências da Religião – História e Sociedade**, v. 5, n. 5, p. 112-133, 2007.

CIRILO, L. S.; OLIVEIRA FILHO, P. Discursos de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e de seus familiares. **Psicologia Ciência & Profissão**, v.28, n.2, p. 316-329, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Religião, Psicopatologia & Saúde Mental**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE, L. F. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

EDWARDS, D. Psicologia Social Discursiva: Teoria da ligação e método com um exemplo. In: IÑIGUEZ, L. (Org). **Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 181-205.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

GUARESCHI, P. A. Sem dinheiro não há salvação: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 191-225.

JACOB, C. R.; HEES, D. R.; WANIEZ, P.; BRUSTLEIN, V. **Atlas da filiação religiosa e indicadores sociais no Brasil**. São Paulo: Loyola, 2003.

LANG, A. B. S. G.; CAMPOS, M. C. S. S.; DEMARTINI, Z. B. F. **História Oral e Pesquisa Sociológica: A experiência do CERU**. São Paulo: Humanitas, 2001.

LOYOLA, A. **Médicos e Curandeiros**. São Paulo: DIFEL, 1984.

LUCENA, J. Uma pequena epidemia local em Pernambuco: os fanáticos do município de Panelas, **Neurologia**, v.2, n. 2, p. 3-11, 1940.

MARIANO, R. **Neopentecostais: Sociologia do Novo Pentecostalismo no Brasil**. São Paulo: Loyola, 1999.

MARIANO, R. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. **Estudos Avançados**, v. 18, n. 52, p. 121-137, 2004.

- MINAYO, M. C. de S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 4, p. 363-381, 1988.
- MONTERO, P. **Da Doença à Desordem: A Magia na Umbanda**. Rio de Janeiro: Ed. Gral, 1985.
- NEUBERN, M. Psicoterapia e Religião: Construção de Sentido e Experiência do Sagrado. **Interação Psicologia**, v.14, n. 2, p. 263-273, 2010.
- NINA RODRIGUES, R. A loucura epidêmica de Canudos: Antônio Conselheiro e os jagunços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.3, n.2, p. 145-157, 2000.
- POTTER, J. **La representación de la realidad: discurso, retórica y construcción social**. 1 ed. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- POTTER, J.; WETHERELL, M. **Discourse and Social Psychology: beyond attitudes and behavior**. London: Sage Publications, 1987.
- PRÓCHINO, C. C. S. C, PARADIVINI, J. L. L.; GONÇALVES, M. A. Subjetivação e Cura no Neopentecostalismo. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.28, n.3, p.586-601, 2008.
- SANTOS, A. M. V. **Sufrimento psíquico e neopentecostalismo - a identidade religiosa e a cura na sociedade do consumo e do espetáculo**. 2006, 115f. Dissertação (Mestre em Psicossociologia - Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia em Comunidades e Ecologia Social), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ: 2006.
- SANTOS, J. F. F. Q. Noção popular de doença. In: BLOISE, P. (Org.). **Saúde integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade**. São Paulo: Ed. SENAC, 2011, p. 37-48.
- SANTOS, E. C., KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, Saúde e Cura: um estudo entre Neopentecostais. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 82-91, 2004.
- SILVEIRA, L. **Para além de anjos, loucos ou demônios: um estudo sobre modos de subjetivação da loucura, a partir das experiências religiosas de usuários de um CAPS, nas igrejas pentecostais, em um município do interior da Bahia**. 2008, 251f. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva - Instituto em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia, Salvador: 2008.
- VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 21, n.1, p. 36-47, 1999.