

“A EFICÁCIA DA MAGIA” EM EXPERIÊNCIAS DE CURA E ADOECIMENTO NARRADAS POR EVANGÉLICOS USUÁRIOS DE CAPS

Halline Iale Barros Henriques, Centro Universitário do Vale do Ipojuca -UNIFAVIP-Devry

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Resumo

A partir da observação da crescente procura de pessoas por serviços religiosos, especificamente os de caráter evangélico, em busca de solução para o sofrimento psíquico, surgiu o interesse em realizar esse trabalho, tendo por objetivo analisar os discursos de evangélicos usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Campina Grande, Paraíba, tomando por base suas experiências de cura e adoecimento. Nesse sentido, a literatura socioantropológica, tem dado ênfase ao papel desempenhado pela religião na experiência de corpo e doença, na oferta de serviços e cura, e no suporte a situações de aflição e sofrimento. Optou-se por uma abordagem metodológica de caráter qualitativo, referenciada nos fundamentos da Psicologia Social Discursiva, tendo como ferramentas metodológicas: uma roda de conversa e oito entrevistas narrativas. As experiências de cura, descritas pelos entrevistados, foram marcadas pela eficácia simbólica das terapias religiosas, em que Deus utilizava, ora o pastor, ora o próprio crente, como instrumento de cura. Já as experiências sobre o adoecer, enalteciam o Diabo como causa principal de tais experiências; além da violência (física e psicológica), sofrida em hospitais psiquiátricos, e sentimentos de insatisfação com relação à família, por se sentirem perseguidos. Esse estudo nos ajuda a pensar nas experiências de cura e adoecimento como vivências socialmente e culturalmente constituídas, que perpassam não apenas a construção de conhecimentos das ciências humanas e biológicas, mas também são legitimadas pela “eficácia da magia” dos saberes religiosos e suas práticas, acreditadas tanto pelo sujeito/crente, quanto pela percepção coletiva – comunidade em que esse está inserido.

Palavras-chave: Discurso, Cura, Adoecimento.

1. Introdução

A partir da observação da crescente procura de pessoas por serviços religiosos, especificamente os de caráter evangélico, em busca de solução para o sofrimento psíquico vivenciado, surgiu o interesse em realizar esse trabalho; sendo questionado, inicialmente, por que as pessoas procuram os serviços religiosos para trabalhar questões relativas à saúde mental e não especificamente os serviços “médicos-psicológicos”, que trabalham diretamente com esta demanda?

Segundo Mota, Trad e Villas Boas (2012), estudos diversos destacam a associação entre elementos ligados à religiosidade e a saúde. Para as autoras, a literatura socioantropológica tem dado ênfase ao papel desempenhado pela religião na experiência de corpo e doença, na oferta de serviços e cura, e no suporte a situações de aflição e sofrimento.

Nesse sentido, a busca por serviços religiosos traz consigo a relação de acreditação na cura que os serviços tradicionais em saúde nem sempre têm proporcionado à população. Loyola (1984), destaca práticas relativas à saúde em Nova Iguaçu-RJ, na baixada fluminense, em que as pessoas fizeram uso de tratamentos não-convencionais (que não estavam ligados à tradição biomédica), como orações, benzedeiras, banhos de ervas, rituais de umbanda, para cuidarem de determinadas doenças, denominadas ora do corpo (materiais), ora espirituais.

Lévi-Strauss (1970) relata a “eficácia da magia” no processo de cura vivido pelo doente, mas não somente por esse. Para o autor, tal cura é legitimada tanto pela percepção do sujeito, quanto pela percepção coletiva da eficácia da magia. Assim sendo, a mãe que leva a filha para igreja, reforça o discurso da cura, por acreditar em sua eficácia. A experiência religiosa de cura, mediante o adoecimento, constitui essa relação de eficácia, proporcionada pelos rituais e crenças religiosas, os quais, muitas vezes, têm uma aproximação maior do cotidiano da população, em detrimento das instituições de saúde tradicionais, centradas no conhecimento e prática biomédicos.

Valle (2010) discute que a conceituação de “experiência religiosa” torna-se uma noção-chave na discussão do fenômeno religioso para os estudos em saúde. De acordo com Glock e Stark (1965 apud Valle, 2010), a dimensão experiencial é a mais utilizada, para falar de experiências religiosas. Essa dimensão traz consigo a ideia da vivência da experiência e possui características que se dividem em quatro eixos experienciais: experiência responsiva, experiência de confirmação, experiência de êxtase e experiência de revelação.

A experiência responsiva é uma resposta de “aceitação e compreensão empática”. Acontece quando a pessoa percebe conscientemente a presença e a relação com o divino. Dividem-se em três subtipos: a experiência de salvação, a experiência do poder milagroso e a experiência da sanção. A experiência de confirmação é caracterizada pela convicção e factualidade indiscutível da crença. Apresentam dois subtipos: quando oferece um sentido generalizado do sagrado e quando se tem uma consciência específica da presença de Deus.

A experiência de êxtase relaciona-se ao momento de comunicação direta com Deus, na qual o amor e a intimidade vivenciada tomam proporções diferentes, quando comparadas as vivências do cotidiano. Na experiência de revelação, o fiel se torna confiante a divindade, revelando-a seus desígnios e devoção. As revelações podem acontecer em forma de visões, vozes, iluminações interiores e missões que recebem o caráter de obrigatoriedade.

Para Lévi-Strauss (1970), a eficácia simbólica das terapias religiosas dependerá desse compartilhamento de crenças que o curador, o doente e a comunidade compartilham, assim sendo as terapias religiosas teriam efeito para o doente, mediante acreditação social de que ele

esteve doente e agora está curado. Nesse sentido, a eficácia da magia implica na crença da magia, e essa se apresenta sob três aspectos complementares:

Existe, inicialmente, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue; no poder, do próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que forma a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se define e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça (p.184).

Pode-se associar a figura do feiticeiro ao pastor, com relação ao papel desempenhado por esse para a comunidade que cultua os valores e rituais característicos das igrejas evangélicas¹, como aquele que desempenha uma eficácia simbólica sobre os fenômenos desestruturantes, vividos pelos sujeitos que sofrem.

Partindo das leituras citadas, esse estudo se voltou para as experiências religiosas de pessoas em sofrimento psíquico, tendo como objetivo analisar os discursos de evangélicos usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Campina Grande, Paraíba, tomando por base suas experiências de cura e adoecimento. Observa-se que essas experiências são pontos significantes no estudos sobre religiosidade e saúde, sendo importante trabalhar e estudar esses aspectos no que diz respeito às pesquisas em saúde e, mais especificamente, em saúde mental.

2. Método

Esta pesquisa tomou por base uma abordagem qualitativa, referenciada nos fundamentos da Psicologia Social Discursiva, 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). Para tanto, utilizou-se duas ferramentas metodológicas: uma roda de conversa e oito entrevistas narrativas.

O procedimento de coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2011. Participaram do estudo usuários que frequentavam os CAPS II e III da cidade de Campina Grande-PB, que eram frequentadores de igrejas evangélicas e se dispuseram a contribuir com a pesquisa.

A partir da realização da roda de conversa é que foram selecionados os participantes da entrevista narrativa. A quantidade de entrevistas e a roda de conversa realizada tomaram por base o critério de saturação. Para análise, o ponto de saturação é a condição necessária para que se possa determinar o momento em que já se dispõe de informações suficientes sobre determinado aspecto (FONTANELLA et al., 2011).

¹ Mariano (1999) propõe uma tipologia das formações das igrejas evangélicas, a partir de uma dinâmica histórico-institucional, distribuindo-as em três vertentes: pentecostalismo clássico, deuteropentecostalismo e neopentecostalismo. Para Mota, Trad e Villas Boas (2012), em comum entre elas está a promessa de resolução de problemas os mais diversos, embora na construção do discurso pentecostal, “o processo de conversão é muitas vezes acelerado pela associação com a realidade materialista da vida”. Já a vertente neopentecostal “abrange o segmento evangélico considerado menos prescritivo no que diz respeito à conduta de seus participantes” (p.670).

As entrevistas foram áudio-gravadas, através de aparelho MP4. A roda foi áudio-gravada e filmada. O material coletado foi transcrito na íntegra e submetido à análise, tomando por base a perspectiva teórico-metodológica da Psicologia Social Discursiva.

Considerou-se os aspectos éticos, orientados pelas Resoluções 466/12 CNS/MS sobre pesquisa envolvendo seres humanos, bem como se primou pelo consentimento informado e o anonimato dos participantes. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba de número CAAE 0588.0.133.000-10.

3. Resultados

Foram realizadas uma roda de conversa com oito usuários, sendo cinco homens e três mulheres, e oito entrevistas narrativas, feitas com um homem e sete mulheres. Os resultados serão apresentados a seguir em dois momentos, conforme os dados foram coletados, sendo descrito o perfil dos participantes da pesquisa por sexo, além da identificação de aspectos, como: pseudônimo, idade, igrejas, escolaridade, tempo de participação no CAPS e nas Igrejas.

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, o que pode demonstrar que as mulheres buscaram os serviços de saúde mais cedo do que os homens, que o fizeram tardiamente.

No que se refere à escolaridade, as mulheres apresentaram um nível de escolarização menor que os homens, estando esses entre o Ensino Fundamental Incompleto e o Ensino Médio Completo. Já as mulheres apresentavam Ensino Fundamental Incompleto.

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. Cabem alguns questionamentos quanto à prolongação do tempo de tratamento desses usuários nos serviços substitutivos, que propõem a circulação dos sujeitos por outros serviços comunitários e espaços sociais, além dos CAPS, o que compromete o nível de autonomia e emancipação no tratamento.

Com relação à participação nas igrejas, observou-se que os homens especificaram um período maior de permanência (entre 5 e 20 anos), enquanto às mulheres não especificaram um tempo definido, sendo justificado por essas pela migração por várias igrejas.

Identificou-se, ainda, um maior número de usuários de ambos os sexos que procuraram igrejas pentecostais. Tal relação pode estar associada à existência de regras mais definidas, bem como maior controle social sobre os membros no espaço religioso pentecostal, quando comparada à vertente neopentecostal.

Os dados supracitados podem ser observados na Tabela 1:

Tabela 1: Perfil dos Participantes da Roda de Conversa

Participantes	Idade	Igrejas Pentecostais	Igrejas Neopentecostais	Escolaridade	Tempo que frequenta o CAPS	Tempo que frequenta a Igreja
Seu Manuel Ismael Rodrigo	Entre 32 e 50	Assembleia de Deus Igreja	Universal do Reino de Deus	Ensino Fundamental Incompleto a	Entre 4 e 7 anos	Entre 5 e 20 anos

Ítalo Augusto	anos	Pentecostal Nova Canaã		Ensino Médio Completo		
Lila Ana Júlia Maria Eduarda	Entre 17 e 33 anos	Cristã Presbiteriana		Ensino Fundamental Incompleto	Entre 1 mês e 7 anos	Tempo indefinido

Nas entrevistas narrativas, observou-se maior número de mulheres (7) que homens (1), sendo as idades variando entre 17 e 48 anos para as mulheres e 32 anos para o homem. O que pode ter contribuído para tal resultado foi o fato de que, no dia em que as entrevistas foram realizadas, havia mais mulheres no serviço do que homens, participando das atividades do CAPS, diferente de outros momentos em que a grande maioria das atividades eram compostas por homens.

No que se refere à escolaridade, as mulheres apresentaram um nível de escolarização maior que os homens, estando essas entre o Ensino Fundamental Incompleto ao Ensino Superior Incompleto. Já o homem apresentava Ensino Médio Completo.

Quanto ao tempo dedicado ao tratamento psiquiátrico no CAPS, o homem permaneceu em tratamento no período de 7 anos e as mulheres no período aproximado de 1 mês a 4 anos, o que corrobora com as descrições dos participantes da roda de conversa, no que diz respeito a longa permanência no serviço.

Com relação à participação nas igrejas, observou-se um período médio de permanência de 15 anos para ambos os sexos, o que ressalta a busca dos usuários por esses espaços como serviços para o cuidado em saúde mental.

Tabela 2: Perfil dos Participantes das Entrevistas Narrativas

Participantes	Idade	Igrejas Pentecostais	Igrejas Neopentecostais	Escolaridade	Tempo que frequenta o CAPS	Tempo que frequenta a Igreja
Cinthia Lila Cícera Joelma Josefa Lana Maria Eduarda	Entre 17 e 48 anos	Assembleia de Deus Cristã Presbiteriana Deus é Amor/Só Jesus Salva Presbiteriana do Brasil Presbiteriana do Avivamento Universal do Reino de Deus	Universal do Reino de Deus	Ensino Fundamental Incompleto à Ensino Superior Incompleto	Entre um mês e 4 anos	Entre 1 ano e 15 anos

Rodrigo	32 anos		Universal do Reino de Deus	Ensino Médio completo	Há 7 anos	Aproximadamente 15 nos
---------	---------	--	----------------------------	-----------------------	-----------	------------------------

4. Discussão

4.1 Experiências de cura

Ao perguntarmos aos participantes sobre suas experiências de cura, obtivemos vários depoimentos, ou “testemunhos”, conforme veremos a seguir.

Já! Tenho uma cura! É porque essa parte minha ia dá uma trombose, o irmão foi e orou aí ele orou e não deu. Aí não deu trombose em mim, ia dar trombose.

Entrevistadora: Como é que você sabia que ia dar uma trombose?

Lila: Ele foi revelado, né? Deus revelou a ele. Aí ele repreendeu todo o mal (Lila, Igreja Cristã Presbiteriana).

De cura? Sim... Assim... Lá no Verbo da Vida eu estava com uma dor no pé... Uma dor no pé, né? Aí quando terminou o culto... Terminou o culto não, quando assim... Uma parte que se diz que termina né? Mas que dá continuidade... Aí começou a oração, eles começaram a orar... Porque eles num chamam até a frente né? Pra orar pra os enfermos... Aí pronto, quando eu fui chamada, aí eu fiquei boa do meu pé! Depois que teve a oração do pé! Ficou dormente. Aí quando eu sai, terminou a oração eu fiquei boa do pé. Pulei lá! Dei uns pulinhos lá... (Cinthia, Igreja Assembleia de Deus).

(...) uma vez eu estava na igreja e Deus usou um irmão lá e disse que tinha uma pessoa que estava sendo curado de próstata, de saúde! E eu estava sentindo uns problemas meio desagradáveis assim, sabe? Eu estava sentindo que aquilo não era de Deus e depois da oração eu fiquei tranquilo... Num senti mais nada graças a Deus (Ismael, Igreja Pentecostal Nova Canaã, Roda de conversa).

Outro dia teve uma cruzada lá nas Malvinas, região próxima a nós, e eu estava ali e eu estava sentindo um caroço me incomodando e... Um pregador na hora da pregação lá... Ele fez uma oração e disse que a pessoa que tivesse sentindo algum tipo de enfermidade colocasse a mão em cima de onde tivesse sentindo a enfermidade que ele ia orar... E eu coloquei a mão e creio que naquela hora ali que Deus podia me curar! Assim como levantou Lazaro depois de três dias, num foi irmão? (Seu Manoel, Igreja Assembleia de Deus, Roda de Conversa).

Eu já fui curada também na igreja, vou contar um testemunho meu. Já fui curada, eu não sabia, eu estava com uma enfermidade no meu útero, só que eu não sabia. Isso foi na igreja na casa do Senhor. Eu fui revelada pela oração, né? Aí eu fui revelada assim: Aqui tem uma irmã que ela está com uma enfermidade no útero, ela está assim... e essa enfermidade é maligna. Só que era coisa simples, eu não sabia que era tão grave. Aí quando eu levantei a mão (pausa) aí era eu! E para glória do Senhor naquele momento que eu levantei a mão e fui lá na frente que o pastor colocou a mão na minha cabeça, nunca mais, nunca mais aquela enfermidade de que eu sentia, do jeito que eu sentia, para glória de Deus nunca mais ela voltou, nunca mais. Deus jogou por terra, em nome de Jesus (Cícera, Igreja Deus é Amor/Só Jesus Salva).

Os discursos acima evidenciam experiências de “cura”, que por si só classificam-se como exitosas. Tais experiências perpassam por uma crença/sensação de incômodo/adoecimento de alguma parte do corpo, resultando em algum tipo de problema de saúde que varia desde uma “dor no pé” até um “câncer”. Todavia, a cura só se constitui enquanto tal e é concretizada a partir da oração realizada pelo pastor, acarretando no desaparecimento dos sintomas. Fato confirmado por Cícera quando menciona: “nunca mais aquela enfermidade de que eu sentia, do jeito que eu sentia, para glória de Deus nunca mais ela voltou, nunca mais”.

Mota, Trad e Villas Boas (2012) destacam que a promessa de curar e a demonstração da cura, frente a doença, ou uma reestruturação individual e familiar, reverte-se em um forte potencial de conversão entre os evangélicos, potencial esse que agrega cada vez mais participantes adeptos das igrejas, “o fenômeno entendido como um ajuste às demandas sociais das massas interessadas na resolução de seus problemas cotidianos e satisfação de suas necessidades e desejos” (p.669).

Além disso, o pastor vai entrar em cena como figura importante nesse processo, pois através da crença na eficácia simbólica (LÉVI-STRAUSS, 1970), proporcionada pelo ritual de cura, desempenhado pelo pastor durante o culto, houve a acreditação social de que a pessoa estava doente e agora foi curado por Deus.

Cícera exemplifica, ainda, várias experiências de cura em seu cotidiano familiar. Nessas, diferentemente das experiências citadas acima, em que o pastor é quem é o mediador entre Deus e a cura, a própria narradora é quem protagoniza as curas recebidas pelos familiares (irmã e marido), desde que tenha permissão divina. Neste caso, esta fiel se considera uma enviada de Deus e portadora de uma fé intensa e poderosa. Ao se ver nessa condição, a narradora caracteriza uma experiência responsiva de salvação.

Minha irmã estava perdendo (pausa) o que hoje em dia tem sete meses. Ela estava já com ameaça de aborto. Já o útero bem fininho. Estava pra perder mesmo e o Senhor me levou ali na casa dela para glória de Deus! E eu orei ali sobre o ventre dela e Deus usou minha mão, que eu não sou nada, mas Deus é tudo! Né? Quando você serve a Deus, Deus habita em você! Eu orei para glória de Deus ela, ela... (...) Nesse dia ela disse: “Cícera ore aqui, ore aqui por mim porque (a entrevistada chora nesse momento) tá doendo muito...” Eu não esqueço daquele dia nunca. Mas já tinha batido os hospitais tudinho, naquele tempo só tinha dois meses, era muito sangue e muita dor. Aí, o Senhor me usou pela infinita misericórdia dele. Eu orei e o Senhor fez a obra. E no dia seguinte ela bateu a ultrassom e estava o útero todo reconstituído. E hoje em dia quando olho para aqueles olhos verdes da minha sobrinha e digo: Senhor tú és maravilhoso! Porque a gente lá em casa, o poder de Deus é grande! Eu creio em um Deus que nada é impossível para ele. É você não perder a fé!(Cícera, Igreja Deus é Amor/Só Jesus Salva).

(...) Aí antes de tudo, os meninos foram tomar café e ele mandou meu menino comprar uma dipirona, bem rápido porque estava com muita dor. Aí começou aquela inquietação assim... Meu coração acelerou, mas não foi de ansiedade não. Acelerou tipo... Espiritualmente, né? Assim, porque eu estava vendo ele com aquela dor mais eu queria fazer algo, eu não mais o Senhor me inquietou! (ênfase) Aí eu disse: “Davi e Júlio vêm cá!” Aí orei nos pés do Senhor, orei... Na minha cama, orei... Me ajoelhei na minha cama não, no quarto do meu filho mais velho, aí né? Ai ele disse: “apresente esse remédio ai ao Senhor!” Meu marido. Eu disse assim para ele, que eu não podia... Primeiro eu tinha que entrar na presença do Senhor, tá entendendo? Aí eu orei ao Senhor, aí né? Estava em consagração, não tinha comido pela manhã, aí

eu chamei os meus dois filhos, peguei na mão de todos dois aí coloquei a mão sobre o queixo dele fiz uma oração e para a glória de Deus ele depois ele disse: Cícera, você tem fé mesmo! Você tem fé mesmo porque você orou e meu dente ficou... Parou a dor na hora!(Cícera, Igreja Deus é Amor/Só Jesus Salva).

Tem também (pausa) outro testemunho (silêncio) sim a dor de dente também da minha irmã. Antes dessa da gravidez, no início da gravidez ela teve uma dor de dente, só que essa dor de dente também era assim era tipo como se fosse uma dor de dente maligna, não parava de jeito nenhum, tinha tomado tudo, tudo e não passava. Também coloquei as minhas mãos ali, para glória de Deus eu coloquei e mais nunca a dor de dente dela doeu. Nunca mais. Ela disse, eu fiquei sabendo depois... “Cícera, você acred...” Minha mãe disse: “Cícera é... Tem fé mesmo, tem fé mesmo!” Porque ela chegou lá em casa, já estava agoniada, pense aí uma dor de dente na gravidez? Isso na gravidez. Aí eu coloquei orei, do mesmo jeito! Pedi para Deus, coloquei a mão lá do mesmo jeito, pedi para Deus fazer a obra, repreender todo mundo do mal, que aquela dor, Deus repreendesse aquela dor, em nome de Jesus! Ele colocasse a mão dele ali, que não fosse a minha e para glória de Deus minha irmã... Até hoje que essa dor de dente não voltou mais (Cícera, Igreja Deus é Amor/Só Jesus Salva).

Podemos relacionar os processos de cura relatados por Cícera, nos discursos acima, novamente ao conceito de “eficácia da magia/simbólica” na acepção de Lévi-Strauss (1970), à medida que o processo de cura implica na crença sob três aspectos diferentes no “processo terapêutico”: o doente, a fé e o grupo social. O primeiro perpassa pela crença do doente de que Deus cura, o segundo aspecto concentra-se no poder/fé do fiel, mediador entre Deus e a cura, e por fim a confiança e as exigências da opinião coletiva (irmã e marido de Cícera) depositadas nesse ato.

Galinkin (2008) também utiliza esse mesmo conceito em sua pesquisa, para explicar e justificar o conceito de “eficácia da magia” no processo de cura na comunidade do Vale do Amanhecer. Outro ponto passível de discussão e comparação deste estudo com o presente é a definição de doença estabelecida por eles entre doenças materiais, causadas por agentes materiais, as quais devem ser tratadas por médicos especialistas, e doenças espirituais ou obsessões, causadas por espíritos pouco evoluídos das trevas, que só encontram cura em tratamentos espirituais.

A comunidade do Vale do Amanhecer negocia entre os dois tipos de adoecimento, à medida que admite a possibilidade de causas conjuntas estabelecidas pelos dois agentes, nesse caso é necessário as duas formas de tratamento. Assim, aquelas doenças que são provocadas por causas conjuntas devem ser cuidadas ao mesmo tempo por médicos e médiuns.

4.2 Experiências de adoecimento

No tocante às experiências sobre o adoecer, observamos discursos que enaltecem o Diabo como causa principal de tais experiências, bem como conteúdos que associam o processo do adoecer a vivências que envolvem violência (física e psicológica) e sentimentos relacionados à rejeição familiar.

Aí o Demônio me tomou da cabeça aos pés! Eu fiquei com falta de ar também. Eu fiquei pegando fogo quando eu estava lendo que eu nem consegui terminar de ler, aí eu percebi que eu estava endemoniada, aí eu quis correr e pegar a bíblia isso com medo porque até então, eu só sabia que o Diabo tinha medo de mim, eu não sabia que, aliás, eu só sabia que eu tinha medo do Diabo, eu não sabia que o Diabo tinha

medo de mim. (...) Aí pronto, aí foi quando começou minha luta, eu fiquei em cima de uma cama, perdi a lógica da direção, eu sentia que meu espírito saía de mim e voltava. Eu via o demônio, eu estranhava pessoas da minha família, depois eu passei a ouvir vozes, que não existiam, aí hoje eu vejo, eu escuto pensamentos, pensamentos que eu acredito que não sejam meus, que vivem dentro na minha cabeça, é por isso que eu estou aqui. Para tratar desses pensamentos que não somem com protocolo de medicamento nenhum.

Entrevistadora: Que não é o quê Lana?

Lana: Não somem com protocolo de medicamento nenhum! Já mudaram e querem mudar de novo e não tem jeito, porque eu acredito que isso é uma questão religiosa.

Entrevistadora: Você acredita que isso é uma questão religiosa?

Lana: Com certeza!

Entrevistadora: Porque, Lana, você acha que isso é tão forte?

Lana: Porque é a lei, é o que eles chamam de lei do eterno retorno. (pausa) (...) Bom, eu tinha pesadelos constantes. Esses pesadelos sombrios. Dentro do (refere-se ao hospital psiquiátrico), eu passei, misericórdia, só a misericórdia divina, sofria demais ali dentro, com o Diabo dizendo que só ele existia que Jesus Cristo não existia que Deus não existia. O Diabo acelerou meu coração e fez meus órgãos colarem por dentro, saía hemorragia dos meus dedos, saía sangue. E dizia: “Lana você está morrendo, só existe o Diabo, só existe Satanás, se você não vai se render a ele?” E eu não me rendi a Satanás, mas Deus (pausa) Deus (inaudível) me perdoou, eu tenho certeza! (Lana, Igreja Presbiteriana do Avivamento).

Em seu discurso, Lana constrói uma experiência de adoecimento, evidenciada quando descreve as visões e as vozes que escutava. A narradora associa o seu adoecimento a ação demoníaca, trazendo outros pontos merecedores de destaque, dentre eles o entendimento de que o seu adoecimento perpassa por uma questão espiritual, religiosa. No entanto, a usuária não descarta o tratamento medicamentoso realizado pelo CAPS com a finalidade de “tratar dos seus pensamentos”, que por sinal “não somem com protocolo de medicamento nenhum”.

Esse discurso implica em um indicativo de males que não são considerados doenças, ou seja, males que vão além do conceito/concepção de doença tradicional, vinculado ao modelo biomédico, apontando para uma compreensão espiritual de doença, à medida que passa a pertencer à mágica da realidade e/ou eficácia simbólica. Santos (2011) refere-se ao mundo mágico, como crenças em torno de acontecimentos inexplicáveis a luz da ciência, que recorrem ao campo do religioso e introduzem consolo incomparável aos sujeitos.

Já os discursos abaixo denunciam a experiência de adoecimento relacionada a vivências negativas, atribuídas a violência física e psicológica, sofrida em instituições de internamento psiquiátrico, conforme enfatiza Lila.

Aí pronto... Aí começou o rebuliço, aí eu fiquei doente de novo. Aí voltei pra lá, sofri lá de novo. Eu estava tomando medicamento estava tudo certinho. Mas só tinha um que impregnava, andava assim... Andava parecendo um robô, toda dura. Aí comecei a sofrer lá, levava injeção, me amarravam, não adiantava me amarrar não, lá era homem (...), eu apanhava (pausa).

Entrevistadora: Apanhava de quem?

Lila: Das pessoas...

Entrevistadora: Dos usuários?

Lila: Não, dos vigilantes.

Entrevistadora: Por quê?

Lila: Porque eu apanhava muito (silêncio).

Entrevistadora: O que é que você fazia...

Lila: Nem me lembro... (Lila, Igreja Cristã Presbiteriana).

Este discurso remete aos cuidados recebidos pelos usuários em momentos de internação, ainda nos moldes de “manicômios” e “hospícios” em que a violência imperava.

Em pesquisa realizada por Grigolo (2010), um usuário relata que, quando não está se “sentindo bem” viaja para outra cidade, para não ser internado, ao passo que ele não vinha ao CAPS quando não se sentia bem, temendo o encaminhamento para o hospital psiquiátrico. O hospital psiquiátrico se configura como espaço destinado a receber a pessoa alterada, para contê-la por meio da medicação, que a mantém tranquila, controlada, desde o instante em que ela entra na instituição, mas também se caracterizou, historicamente, como espaço de mortificação, de violência, em que os corpos encontravam-se aprisionados, esquadrihados dentro de seus muros, constituindo um processo adoecedor, como bem destaca Erving Goffman (2007).

No discurso a seguir, a usuária descreve o trato familiar de forma desigual entre ela, que possui transtorno mental, e o irmão, dependente químico. Refere-se ao sentimento de se sentir “perseguida” pela família em seus momentos de “crise”, acentuado pela insatisfação: “Só chama a polícia pra mim!”

Ainda hoje eles se espelham em mim pra cometer erro! (Inaudível) E minha mãe tem um filho mais novo, quando ele chega lá em casa bêbado, ele é casado, casado não, ele vive com uma mulher! Mas quando ele chega lá em casa bêbado, ela oferece cafezinho, bolo, entendeu? E eu que tenho distúrbio, né? Supostamente eu tenho distúrbio, que isso no máximo é um acumulado de problemas (pausa) quando eu chego em casa... (inaudível) Não é questão de ciúme não! É (tossiu) o tratamento! (pausa) Porque minha mãe podia muito bem pegar ele e internar numa clínica, sem força, chamar o SAMU, e internaria ele para ele fazer um tratamento (tossiu) (silêncio) Mas ele num faz isso... Só chama a polícia pra mim! Parece que é uma perseguição mesmo! (silêncio) (Joelma, Igreja Presbiteriana do Brasil).

No trecho do discurso de Joelma, a polícia aparece como “instituição” que torna o doente mental alguém perigoso, deslocando-o até o hospital psiquiátrico, tornando-o um “caso de polícia”.

Grigolo (2010) destaca que usuários de serviços de saúde tem colocado o hospital psiquiátrico como um negócio de polícia, como uma prisão para conter os sujeitos e deixá-los amarrados, inertes. Ora porque já viveram essa experiência, ora porque já viram tal ação ocorrer com outros usuários. Portocarrero (2002) discorre que o discurso da psiquiatria clássica contribui para esse aprisionamento, a prática psiquiátrica veio adentrar naqueles que apresentavam desvios mentais, como os loucos, ou potencialmente loucos, ou ainda nos desviantes morais, como os degenerados e os criminosos; penetrando em várias instituições, como a família, a escola, as forças armadas, a prisão, objetivando a prevenção e o tratamento contra a criminalidade e o adoecimento. Desse modo, a relação entre polícia e tratamento psiquiátrico se faz tão presente nos discursos do cotidiano, ainda nos dias atuais.

5. Considerações Finais

Esse trabalho se voltou para as experiências religiosas de pessoas em sofrimento psíquico, tomando por base a análise de discurso de evangélicos usuários de CAPS sobre suas experiências de cura e adoecimento.

Nas falas dos entrevistados, a experiência de cura, foi vivenciada através da eficácia simbólica das terapias religiosas, em que Deus utilizava, ora o pastor, ora o próprio crente, como instrumento de cura.

No tocante às experiências sobre o adoecer, observamos discursos que enalteciam o Diabo como causa principal de tais experiências; os entrevistados associaram, ainda, o processo do adoecer a vivências que envolviam violência (física e psicológica), sofrida em hospitais psiquiátricos, além de sentimentos de insatisfação com relação à família, por se sentirem perseguidos.

Desse modo, este estudo nos ajuda a pensar nas experiências de cura e adoecimento como vivências socialmente e culturalmente constituídas, que perpassam não apenas a construção de conhecimentos das ciências humanas e biológicas, mas também são legitimadas pela “eficácia da magia” dos saberes religiosos e suas práticas, acreditadas tanto pelo sujeito/crente, quanto pela percepção coletiva – comunidade em que esse está inserido.

Referências

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.2, p. 389-394, 2011.

GALINKIN, A. L. **A cura no Vale do Amanhecer**. Brasília: TechnoPolitic, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

GRIGOLO, T. M. **“O Caps me deu voz, me deu escuta”: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários**. 2010. 283 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2010.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1970.

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

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

MOTA, C.; TRAD, L. A. B.; VILLAS BOAS, M. J. V. B. O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.665-75, 2012.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

POTTER, J.; WETHERELL, M. **Discourse and social psychology**. London: Sage Publications, 1987.

SANTOS, J. Q. dos. Noção popular de doença. In: BLOISE, P. (Org.). **Saúde integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade**. Ed. SENAC: São Paulo, 2011.

VALLE, E. **Psicologia e experiência religiosa**. São Paulo: Edições Loyola, 2010.