

EDUCAÇÃO E RELIGIÃO: NOTAS SOBRE ENSINO E APRENDIZAGENS TERAPÊUTICAS NO SCS¹ DA IPDA

Sueli Ribeiro Mota Souza *

RESUMO

Este texto tem como objetivo principal refletir sobre o aprendizado do sistema de cuidado com a saúde no pentecostalismo; especificamente, procura compreender experiências de formação de ensino e aprendizado dos terapeutas e observar formas de educar os modos de atenção corporal de curadores e pacientes no âmbito do “ritual de cura”. O presente trabalho concentra-se em igrejas pentecostais, buscando pontuar algumas especificidades de sua cosmovisão de modo a entender como se dá a inserção de pessoas com problemas de saúde em tais espaços. Considera-se aqui que os relatos de experiências de recebimento de Espírito Santo e da carreira do terapeuta são como estratégias didáticas para difusão e ensinamento do SCS da IPDA (Igreja Pentecostal Deus é Amor). Especificamente, a experiência terapêutica é antes de tudo um aprendizado corporal em que traços do universo simbólico do pentecostalismo são compreendidos com base em representações e práticas pentecostais que atualizam e redirecionam a carreira do doente.

Palavras-chave: Religião – Educação – Sistema de cuidado com a saúde – Pentecostalismo

Introdução

De um modo geral as pesquisas desenvolvidas nos campos da educação e da religião têm apontado que após a identificação do problema de saúde, o indivíduo acometido de uma enfermidade é acompanhado por uma rede de relações sociais em que família e vizinhos tentam ajudar a resolver o problema ensinando e aprendendo estratégias que visam a aliviar as aflições que envolvem os cuidados com a saúde. Normalmente, quando existe gravidade, agravamento da doença ou pelo caráter crônico, a grande maioria dos familiares, bem como os próprios enfermos, diante da incapacidade de solucionar o problema, procuram agências reli-

giosas que possam dar explicações e ensinar e/ou indicar possíveis tratamentos para o doente. Neste sentido, busca-se aqui entender como os processos de doenças, no que diz respeito à saúde em geral, são ensinados, identificados e tratados nas igrejas pentecostais que realizam curas dentro de suas comunidades.

Este trabalho tem como objetivo principal refletir sobre o aprendizado do sistema de cuidado com a saúde no pentecostalismo; especificamente, procura compreender experiências de formação de ensino e aprendizado dos terapeutas e observar formas de educar os modos de atenção corporal de curadores e pacientes no âmbito do “ritual de cura”. Trata-se de uma pesquisa desenvolvida com base

* Cientista Social. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (2007), Bahia - Brasil. Professora do Departamento de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade (Campus I) da Universidade do Estado da Bahia. Tem desenvolvido pesquisas no campo das Ciências Sociais e Educação, com ênfase nos temas Educação e Religião. Atualmente coordena a Licenciatura em Ciências Sociais no Programa Plataforma Freire no âmbito da Universidade do Estado da Bahia. PPGEduc (Universidade do Estado da Bahia – UNEB) Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-Bahia-Brasil, CEP 41.195-001, E-mail: sumota@oi.com.br

¹ SCS – Sistema de Cuidado com a Saúde.

em questões anteriormente levantadas no interior do Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde (ECSAS). As questões que estimularam o presente trabalho surgiram de duas pesquisas (aparentadas) das quais participei, enquanto bolsista do CNPq/Pibic, intituladas: *Saúde Mental: Redes Sociais e Agências Terapêuticas* e *Saúde Mental, Religião e Sociabilidade*, e da minha própria pesquisa, desenvolvida entre pentecostais, que se intitulava *Pentecostalismo, Saúde Mental e Cura*. A primeira pesquisa teve por objetivo coletar dados sobre as redes sociais e agências terapêuticas que estavam responsabilizadas pela administração de cuidados a doentes mentais, em um contexto de classe trabalhadora. Os resultados parciais dessa pesquisa revelaram que uma grande parte dos doentes tem passagem por agências religiosas na qualidade de membros, líderes, frequentadores ocasionais ou pacientes em busca de tratamento. A segunda investigação, em suas conclusões preliminares, indicava que a religião e os processos educativos atuam sobre o corpo não apenas porque se propõem a “curar” aflições e problemas específicos, mas principalmente porque constituem um espaço para a exploração de novas ou distintas possibilidades existenciais que exigem novas modelagens do processo de sociabilidade, e neste sentido uma atenção para os esquemas de ensino/aprendizagem oferecidos pelo pentecostalismo. Os espaços e formas de sociabilidades cultivadas nos grupos religiosos abrem possibilidades em que o doente pode se reorientar e, na maioria das vezes, serve como base para a experiência de um novo modo de “ser-no-mundo”, significação de uma nova educação.

Ao reconhecer à importância dos cultos religiosos no ensino/aprendizagem de tratamento da doença, a literatura antropológica tem apresentado conclusões interessantes que destacam como os sistemas religiosos oferecem ensinamentos e explicações coerentes para a aflição, inserindo-a em um contexto sociocultural mais amplo e desenvolvendo uma prática terapêutica de diferentes formas, que visa reintegrar o doente integralmente em uma nova ordem cósmica (LÉVI-STRAUSS, 1967; TAUSSIG, 1993).

Considerando que a procura de agências pentecostais é grande entre as classes trabalhadoras brasileiras e que os ensinamentos terapêuticos

nessas agências ocupam um lugar de destaque entre suas práticas, pareceu-nos importante dar atenção especial aos processos de ensino/aprendizagem de tratamento que são desenrolados nessas agências.

Este trabalho concentra-se em igrejas pentecostais, buscando compreender melhor as especificidades de sua cosmovisão de modo a entender como se dá a inserção de pessoas com problemas de saúde em tais espaços. Para melhor situar essa proposta, passo a seguir a exposição de alguns conceitos relacionados a essa problemática.

Em primeiro lugar convém delimitar o sentido de pentecostal no contexto desta pesquisa: refere-se a grupos dissidentes do protestantismo de missão radicado no Brasil, principalmente vindos dos Estados Unidos e que aqui são reconhecidos pela literatura especializada como “Movimento de Segunda Geração” ou ainda de “Segunda Onda” (FREESTON, 1994). Especificamente, tratarei nesse estudo do pentecostalismo praticado na Igreja Pentecostal Deus é Amor.

Dentro do heterogêneo campo religioso brasileiro, a IPDA² é parte de uma vertente importante do movimento pentecostal (FREESTON, 1994). Como todas as igrejas ligadas a esse tipo de movimento, ela também foi marcada pelo avivalismo.

O avivalismo é o resultado de dois séculos de busca de renovação espiritual e santidade em igrejas americanas. As manifestações oficialmente consideradas pentecostais (avivadas) aconteceram na Escola Bíblica de Betel, na cidade de Topeka, Kansas, em 1901.

No Brasil esse movimento ganhou novos contornos a partir das suas sucessivas “ondas” (FREESTON, 1994) e do encontro com elementos diversos da cultura nacional. As igrejas que aqui se estabeleceram tornaram-se importantes agências de cura para uma parcela significativa da população de baixa renda.

No pentecostalismo a “doença” tende a ser encarada como um mal. Para que haja “cura” é preciso que se derrote o mal, possibilitando ao doente a percepção de que existe ordem onde antes era caos; assim, num mundo ordenado, o sujeito tem garantia contra as enfermidades. “Para tanto,

² Doravante poderemos usar esta sigla para designar a Igreja Pentecostal Deus é Amor.

o pentecostalismo ensina ao doente a necessidade de reorientar seu comportamento segundo as exigências morais deste novo mundo, firmando com ele um compromisso militante” (RABELO, 1994: 53). Para compreendermos melhor a forma pela qual a religião pode “intervir” sobre a doença faz-se necessário rediscutir os conceitos de doença e saúde.

De uma maneira bem geral, podemos dizer que parte da literatura médica, e mesmo da literatura sociológica especializada, tem formulado os conceitos de doença e saúde enquanto realidades substantivas, passíveis de serem localizadas nos corpos e alteradas mediante intervenção próprias do que chamamos educação informal.

Já a especialização da profissão médica vem acompanhada não apenas de um renovado impulso de pesquisa e intervenção no campo que com ela se define, mas também de um processo de exclusão ou perda de legitimidade das práticas não profissionais (KLEINMAN, 1987). A profissão médica especializa-se nas técnicas de detecção (visualização) e combate à doença, enquanto processo patológico que se desenrola ao interior do corpo, ou seja, um educação formal e acadêmica. Uma das consequências desse tipo de abordagem é a pouca importância atribuída aos fatores socioculturais, que também estão focados na causa, tratamento e prevenção das enfermidades, tratando a doença com base em abordagens substancialistas.

Esse tipo de prática, via de regra, não leva em consideração que o doente está inserido em um vasto contexto cujas especificidades devem ser levadas em conta. Estudos no campo da sociologia da saúde têm demonstrado que o comportamento das pessoas diante da doença, mesmo quando se busca o serviço médico, é formado com base em especificidades socioculturais (UCHOA & VIDAL, 1994).

A antropologia médica tem contribuído muito para dirimir as lacunas deixadas pelas visões substancialistas propondo um novo enfoque para a compreensão da saúde e da doença. Baseada no desenvolvimento da linha interpretativa, a antropologia forneceu maior subsídio aos estudos no campo da saúde. Geertz (1978), como um dos fundadores dessa linha, definiu a cultura como um universo de símbolos e de significados, entendendo

que as realidades sociais e psicológicas só se tornam inteligíveis na cultura (GEERTZ, 1978).

1. Uma visão sociocultural da experiência com a doença

Tradicionalmente, a antropologia médica tem demonstrado que uma multiplicidade de agências de cura coexiste paralelamente à biomedicina, e que essas agências possuem uma compreensão distinta de doença e tratamento. O desafio da antropologia médica tem sido entender como diferentes grupos sociais dão sentido, representam e vivenciam experiências de doença.

Uma das grandes contribuições para a compreensão dos processos sociais de saúde tem sido a distinção feita entre *disease* e *illness*.³ Trata-se de dois conceitos imbricados que não se reduzem um ao outro nem existem de forma separada.

Para Eisenberg (1977), *disease* é o processo de doença, enquanto disfunção corporal de forma objetiva, e *illness* é a experiência subjetiva. O primeiro conceito refere-se às modalidades funcionais dos órgãos, e o segundo a valores, expectativas, crenças construídas subjetivamente com base no que é experienciado quando se está doente (EISENBERG, 1977). Assim, por um lado temos a *disease* como o corpo objetivo, e por outro a *illness* enquanto consciência e representação. Kleinman (1978) retoma essa distinção mostrando que são dois modelos distintos na construção da doença: o modelo biomédico, fundado na concepção de *disease*, e o modelo leigo, que privilegia a experiência da aflição.

Procurando compreender as práticas médicas e concepção de cura, Kleinman (1978) também elaborou o conceito de sistema de cuidado com a saúde. A partir daí explorou temáticas como experiência dos sintomas, modelos de condutas dos doentes, escolhas de tratamentos alternativos, práticas e avaliações dos resultados terapêuticos. O modelo teórico-metodológico de Kleinman para a análise das representações e práticas relacionadas à saúde/doença (SCS⁴) tem como tarefa básica a ava-

³ A literatura especializada vem aceitando consensualmente esses termos sem tradução.

⁴ Usaremos essa sigla como designativo do Sistema de Cuidados com a Saúde.

liação da construção cultural da doença enquanto uma experiência que envolve todo um arcabouço de estratégias e critérios educativos que irão guiar a escolha terapêutica, processos cognitivos de aprendizagens e de comunicação por meio dos quais a doença é explicada, rotulada e ensinada, bem como um conjunto de ações que visa à administração e cura do problema. Segundo Kleinman, o sistema de cuidados com a saúde (SCS):

Está ligado a outros sistemas culturais (parentesco e sistemas religiosos), estrutura de sistemas simbólicos de significados, valores, normas de comportamento e da vida. O sistema de cuidado com a saúde entende a doença com um idioma cultural ligado a crenças sobre a causa da doença e da experiência de sintomas. Parte especificamente do comportamento do doente, decisões concernentes às alternativas de tratamento, atual prática terapêutica e evolução dos resultados terapêuticos. Estabelecendo um sistemático relacionamento entre esses elementos (KLEINMAN, 1978, p.31).

O SCS possui três arenas: popular, profissional e o *folk*. A arena popular é o setor leigo. É aí que são tomadas a maioria das decisões com relação aos cuidados com a saúde. Tanto nas sociedades ocidentais quanto nas não ocidentais, cerca de 70% a 90% das doenças são tratadas dentro dessa arena (KLEINMAN, 1978).

O setor profissional envolve a biomedicina e também a medicina chinesa e a Ayurvédica. É o setor que detém o controle oficial das práticas com relação à saúde e doença; seu poder tende a desqualificar outros saberes e controlar o acesso às informações cada vez mais especializadas.

O setor *folk* é composto por especialistas não profissionalizados, muitos dos quais pertencem às instituições/grupos religiosos que exercem funções terapêuticas.⁵ Vale dizer que uma das grandes contribuições do setor *folk* é a análise integrada dos vários conhecimentos sobre os cuidados com a saúde.

As três arenas citadas são modelos explanatórios para compreender melhor as práticas no interior do SCS. Os modelos explanatórios não são homogêneos dentro de uma mesma sociedade e correspondem a um conjunto de explicações sobre doença e tratamento. Esses modelos surgem como uma série de proposições ou generalizações, prin-

cipalmente sobre causa e efeito. Cabe-nos buscar a lógica interna desses discursos, analisando os raciocínios que fazem a ligação entre percepções, crenças, conhecimento e ação.

O conceito de modelo explanatório tem o mérito de iluminar o papel da cultura na configuração de distintas abordagens à saúde e à doença dentro dos esquemas de ensino/aprendizagem da IPDA. Entretanto sua utilização na análise das formas pelas quais o grupo lida com a doença conduz à busca de modelos cognitivos fechados subjacentes às falas dos informantes. Compreensão leiga sobre a doença não pode ser reduzida a um tipo de estrutura cognitiva; é antes um conhecimento aberto, que comporta elementos contraditórios e está em contínua modificação, pois muito do saber popular sobre a doença está preso a eventos, situações e relações sociais em que foi adquirido e utilizado, ou seja, são também ensinamentos/aprendizagens encarnados em certas práticas habituais (BOURDIEU, 1987). O conceito de *habitus* surgiu com base em uma velha ideia da escolástica, que concebia hábito como um *modus operandi* que reinterpreta o conceito de hábitos, modificando inclusive sua grafia, definindo a noção de *habitus* como um:

Sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações que podem ser objetivamente “regulamentadas e reguladas” sem que por isso sejam o produto de obediência de regras, objetivamente adaptadas a um fim; sem que se tenha necessidade da projeção consciente deste fim ou do domínio das operações para atingi-lo, mas sendo, ao mesmo tempo, coletivamente orquestradas sem serem o produto da ação organizadora de um maestro (BOURDIEU, 1987, p. 15).

Assim o *habitus* conforma e orienta a ação na medida em que é produto das relações sociais; ao mesmo tempo assegura a reprodução dessas mesmas relações objetivas. Os agentes sociais são, assim, produtores e reprodutores do seu mundo.

Nos termos acima, tomar a doença como realidade sociocultural inserida no SCS e de *habitus* em que se aprende/ensina, significa também repensar

⁵ É por isso que nos interessa aqui o estudo desta arena, para melhor compreensão da doença e da cura dentro do pentecostalismo.

o próprio conceito de “cura”. Um primeiro passo nessa direção tem levado os estudiosos a atentarem para os espaços em grupos sociais que oferecem possibilidade de reconstrução da experiência da doença com base no sentido de aflição e de conflito.

A noção de ressocialização mostra-se importante nessa reflexão. Segundo Berger (1985), os processos fundamentais da socialização e controle social, na medida em que têm êxito, servem para atenuar conflitos. A socialização procura garantir um consenso perdurável no tocante aos traços mais importantes do mundo social. O controle social procura conter as resistências individuais ou do grupo dentro de limites toleráveis (BERGER, 1985, p.42). Baseados nessas ideias podemos supor que na medida em que conduzem a uma ressocialização de indivíduos rotulados como doentes, certos grupos desempenham uma função terapêutica importante. Entre estes se encontram, sem dúvida, os grupos pentecostais.

Neste aspecto podemos entender melhor o encontro das preocupações que caracterizam respectivamente a sociologia da religião, da saúde e da educação. A religião é apontada pelos estudos antropológicos e sociológicos como fundamentalmente produtora de sentido, ordenando o mundo e a existência como totalidade coerente e unitária da vida (WEBER 1981, 1991; DURHKEIM, 1989). Geertz (1973) sintetizou as ideias de Durkheim e Weber definindo a religião como:

Um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações [...] através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatalidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (GEERTZ, 1973, p.104).

Assim, a religião ajusta a ação à ordem cósmica imaginária via sistema de símbolos. Os padrões culturais expressos nos símbolos fornecem programas para a instituição dos processos sociais e psicológicos que modelam o comportamento público.

O termo “modelo” tem dois sentidos. A religião é **modelo de** na medida em que nela estão refletidas ou expressas outras dimensões da vida social: a economia, política, as relações de gênero e outros aspectos; mas é também **modelo para** na medida

em que constitui disposições e motivações que irão orientar o fiel em várias dimensões da vida. Assim, o estudo da religião é uma análise do sistema de significados incorporados nos símbolos que formam a religião e também uma análise do relacionamento desses sistemas com processos socioculturais e psicológicos. Geertz indica ainda que:

A religião nunca é apenas metafísica. Em todos os povos as formas, os veículos e os objetos de culto são rodeados por uma aura de profunda seriedade moral. Em todo lugar, o sagrado contém em si mesmo um sentido de obrigação intrínseca: ele não apenas encoraja a devoção como exige; não apenas induz a aceitação intelectual como reforça o compromisso emocional (GEERTZ, 1973, p. 143).

A religião deve então ser compreendida pelo *éthos*, que aponta justamente para seu aspecto moral e valorativo. O *éthos* torna-se compreensível porque representa um “tipo de vida implícito no estado de coisas real que é a visão de mundo” (GEERTZ, 1973, p. 144). Para Geertz, o *éthos* é “[...] o tom, o caráter e a qualidade de sua vida, seu estilo moral e estético e sua disposição, é a atitude subjacente em relação a ele mesmo e ao seu mundo que a vida reflete” (GEERTZ, 1973, p. 141).

Se a religião é veículo socializador ou ressocializador, isso se dá fundamentalmente porque conduz a formação de motivos e disposições para vida, relativo ao *éthos* que lhe é próprio. Compreender essa capacidade da religião enquanto **modelo para** exige que atentemos para seus efeitos como ideias ou representações, como também sua ação sobre as experiências que as pessoas vivenciam cotidianamente.

O Campo: estratégias e vivências

O trabalho de campo foi realizado em duas igrejas, sendo uma igreja sede e a outra congregação. Entrevistamos 12 membros na igreja sede e 7 na congregação. Desses números, apenas 9 pessoas aceitaram gravar entrevista, das quais selecionamos 8 casos, um dos casos o terapeuta.

A investigação buscou mapear de uma forma mais geral a vida das pessoas na comunidade pentecostal. Isto foi importante como base para

compreender as experiências dos problemas de saúde e a sua trajetória dentro da comunidade, bem como nos forneceu elementos para analisar as representações e práticas de acordo com as experiências vividas pelas pessoas que direta ou indiretamente estavam ligadas a casos de doença no âmbito da igreja. Durante o período da pesquisa, conversamos e entrevistamos terapeutas e pacientes sobre eventos significantes relativos às suas trajetórias religiosas.

Na primeira etapa da pesquisa introduzimos um bloco de questões que foram aplicadas junto às lideranças religiosas, e que teve como principal objetivo fazer uma primeira sondagem para verificação da possibilidade de implantação da pesquisa na igreja e ao mesmo tempo buscar informações sobre a história, o contexto e localização dos possíveis casos que serviriam como estudo.

O objetivo principal deste primeiro roteiro de questões foi fazer um levantamento preliminar das igrejas pentecostais de 2ª geração, nas quais existiam casos de pessoas que tinham problemas de saúde ou que já tinham sido curadas. O questionário estava dividido em três partes: a primeira procurava situar o contexto dessas comunidades pentecostais, buscando reconstruir de forma sumária a história e organização do grupo. A segunda visava a coletar informações sobre os agentes (lideranças das igrejas) para obter uma ideia do nível de inserção desses sujeitos na comunidade. E a última estava voltada para a identificação de casos de pessoas com problemas de saúde ou que tinham sido curadas e que participavam do rol de membros ou congregados da igreja.

Foram feitas também visitas a campo, estabelecendo um contato com informantes com os quais foi feita uma avaliação prévia para a escolha dos indivíduos portadores de problema de saúde. Acompanhamos esses casos, na igreja selecionada, de acordo com os resultados da primeira enquête, e quando foi possível, na própria família do doente, para estabelecer até que ponto as visões dos familiares coincidem ou não com as da igreja. Deste modo acompanhamos sete famílias. O acompanhamento de casos foi feito por meio de visitas semanais.

Os casos acompanhados possuíam o seguinte perfil: 1) eram apontados pelas outras pessoas ou autorreferidos como portadores de problema de

saúde; 2) tinham passado por uma unidade hospitalar para tratamento da doença e/ou faziam (ou tinham feito) uso de medicamentos para controle do problema. Isso porque o fato de terem passado por uma unidade hospitalar ou terem feito uso de medicamentos confere traços de doente segundo conceito geral.

Na segunda fase do trabalho de campo elaboramos mais um questionário baseado nas categorias êmicas coletadas via entrevistas gravadas, que teve como objetivo aprofundar melhor aspectos levantados durante as visitas a campo. Mais especificamente o questionário procurou mapear as áreas de atenção corporal dando atenção às descrições de experiências de recebimento do Espírito Santo.

Esse questionário nos ajudou a entender melhor como as imagens e signos estão resignificados no pentecostalismo praticado na IPDA, analisar como se ensina/aprende a lidar com conflitos e dilemas nos SCS, e perceber, em certa medida, o que muda no aprendizado da pessoa com problemas de saúde no âmbito da IPDA.

Esse instrumento de coleta de dados foi importante também porque nos ajudou a fazer um mapeamento das redes sociais e dos projetos de vida, destacando as implicações da participação nesse contexto religioso. Finalmente, forneceu dados que possibilitaram uma melhor compreensão do itinerário terapêutico e da formação do terapeuta.

As duas igrejas pesquisadas localizam-se em um bairro de classe trabalhadora composto de avenidas e ruas bem irregulares, característico da falta de planejamento urbano. O sistema de saúde é visivelmente insuficiente para atender as necessidades da população, que é obrigada a recorrer aos bairros mais ricos. O bairro está basicamente dividido em áreas: uma avenida muito grande chamada Rua do Norte, o Alto da Alegria, próximo ao fim de linha⁶, e a Baixa da Alegria.

A Rua do Norte é margeada por muitas ruelas cujas extremidades dão quase sempre para ladeiras íngremes, que no sentido norte dão acesso às baixadas do bairro e no sentido sul ligam-se com dois outros bairros, chegando até a praia.

⁶ Fim de linha é uma expressão que serve para anunciar a última parada dos ônibus coletivos

Em alguns pontos dessas ruelas pode-se ter uma bela visão do mar. Lá existe um vasto comércio com lojas, farmácias, padarias e feira livre, em que são comercializadas muitas frutas, verduras, folhas, roupas, entre outras coisas. É nessa área, parte mais nobre do bairro, que transitam os ônibus.

A região chamada Alto da Alegria é na verdade uma continuação da Rua do Norte, cujas características começam a ser modificadas. As casas são mais pobres, as ruas cada vez mais apertadas, o comércio é também mais informal. Em muitas casas é possível observar improvisações de pequenas vendas na frente das portas.

A Baixa da Alegria é a parte do bairro que compõe boa extensão das baixadas. Nas baixadas praticamente não existe infraestrutura (rede elétrica e hidráulica, telefone, esgoto e pavimentação). As casas são construídas e habitadas antes que estejam completamente prontas, ou melhor, os trabalhos de construção, melhoria e ampliação parecem não ter fim. Muitas improvisações são feitas de restos de madeira, papelão, zinco, barro etc. As casas que já puderam ser construídas com bloco e cimento, ainda que não acabadas, são arranjadas de tal forma que é possível a construção de um ou dois andares. Geralmente essas extensões são destinadas aos filhos já casados.

Uma das famílias que acompanhei possuía uma construção desse tipo. Inicialmente era apenas um barraco em que D. Rita se abrigava com seus filhos, depois ela construiu uma casa de tijolos e à medida que os filhos foram casando D. Rita “bateu a laje” para um dos filhos, deu o terreno da parte lateral da casa para outro e até no pequeno quintal construiu mais uma casa para abrigar a família da filha.

As ruas às vezes são verdadeiros becos; as distâncias entre as laterais são muitas vezes de apenas um metro, o calçamento da rua é feito por blocos de cimento cujas frestas deixam visível o esgoto que passa por baixo dos blocos. Em muitos trechos o esgoto corre a céu aberto. O mau cheiro, para quem não está acostumado, às vezes chega a causar ânsia de vômito e dor de cabeça. A Baixa da Alegria possui um campo de futebol de onde se pode ver vários locais em que é jogado o lixo. Nessa região podem ser encontradas muitas igrejas pentecostais, inclusive igrejas que nasceram no bairro e que, portanto, possuem sua própria história, não estando

ligadas a nenhum tipo de convenção ou igreja-mãe. No intuito de apresentar o campo, descrevo, com brevidade, como conheci uma das igrejas:

[...] Àquela altura eu tinha certeza que não poderia sair facilmente daquele labirinto de trilhas; para aumentar minhas preocupações, ainda andamos um bom trecho até darmos de cara com uma escadaria imensa que permitia o acesso às residências do morro. Essa era a quarta etapa do nosso caminho, tudo agora era mais silencioso, só ouvíamos latidos de cachorro, as casas eram mais separadas uma das outras à medida que se subia o morro. Finalmente minha guia disse: “É aqui”. Mostrou-me uma pequena construção pintada de branco, com um letreiro na frente indicando se tratar de uma congregação da IPDA cujas portas e janelas estavam fechadas. Estranhei, porque normalmente essas igrejas sempre realizam suas atividades de portas abertas ao público. Mas aproveitei enquanto minha guia batia à porta para examinar melhor a estrutura da congregação e percebi então que se tratava de um quadrado com laje batida, com mais ou menos 6m de frente por 6m de comprimento assentado ao longo da subida do morro, misturado com as casas locais, quase sem se diferenciar da arquitetura que caracteriza as habitações daquela área. Na pequena congregação pude observar que uma de suas paredes laterais estava quase encoberta pela terra que descia do morro no período de chuvas, facilitando a infiltração dentro da igreja. Demoraram a abrir a porta; enfim uma senhora negra nos recebeu, estranhou minha presença, mas felizmente minha guia logo se adiantou dizendo: “É amiga de mainha.” Entrei, finalmente, e passei a observar o ambiente enquanto o culto seguia (Notas de Campo).

3. Compreendendo o ensino/aprendizagem na IPDA

Com base na pesquisa desenvolvida nas duas igrejas, pode-se dizer que a carreira do doente é vista como experiência *de aflição*. Por esse motivo, durante os cultos são feitas várias descrições dos casos de experiência de aflição que buscam ou buscaram cura nessa igreja. O “recebimento do Espírito Santo” é aprendido e ensinado como fonte de purificação e renovação, como observou um membro da IPDA:

O Espírito Santo é garantia e proteção para o corpo e o selo da salvação para a alma (espírito). (Flávia)

Pode ser bem compreendido por meio de metáforas construídas com base na ideia de que o pentecostal possui um “corpo habitado pelo Espírito Santo”.

Analisando o primeiro aspecto dessa experiência de purificação e renovação, o “recebimento do Espírito Santo” acontece especialmente em contextos rituais de grande eferescência emocional, dando ao crente acesso a uma nova ordem de realidade.

A ideia subjacente ao recebimento do Espírito Santo é de que ocorre uma transformação milagrosa na pessoa que se faz merecedora do sagrado, curando o corpo e alma. Trata-se de uma experiência que, de certa forma, parece ajudar os indivíduos a lidar com situações conflituosas e aflitivas, dando-lhes um novo sentido apoiado no cultivo de um conjunto importante de emoções e no direcionamento da atenção para novos contextos de significados. O “recebimento do Espírito Santo” pode assim responder significativamente a certos problemas vividos, como o medo, a angústia, o sofrimento em geral, na medida em que ele é vivido pelo “crente” como “selo da promessa de salvação”, uma espécie de garantia de “vida eterna”.

Outro ensinamento/aprendizado é o processo de “santificação” e seu efeito terapêutico. Por meio da “ideia da santificação para o recebimento do Espírito Santo” o “crente” consegue ter maior controle sobre as angústias produzidas pelas contingências da vida. Assim, aprender a doutrina da santificação é também importante na formação do projeto de vida do “pentecostal” e em especial dos que buscam a cura. No pentecostalismo da IPDA, o corpo deve estar preparado (doutrinado/ensinado) para ser preenchido pelo Espírito Santo. Por isso o *éthos* vestir, o gestual e a postura devem ser bem observados entre os fiéis. O corpo é o espaço de ensino/aprendizagem por excelência em que o Espírito Santo se manifesta. O corpo torna a presença sagrada visível, passível de ser compartilhada, admirada, e serve como fonte de inspiração.

O modo de vida pentecostal está inscrito no corpo dos fiéis como um conjunto de disposições encarnadas (BOURDIEU, 1987). Na pesquisa de campo pude registrar falas que ilustram bem essa centralidade do corpo na experiência pentecostal:

Um pentecostal fiel a gente conhece pelos calos dos joelhos e dos cotovelos. (Ana)

Os calos têm um significado importante na medida em que expressam o fervor e autenticidade do pentecostal. Esses sinais físicos são também sinais de um aprendizado. O discurso pentecostal enfatiza a transformação operada na vida da pessoa, produzida pelo “recebimento do Espírito Santo”. Isso implica aprender a estar “sempre” à disposição da vontade de Deus, o que se pode constatar, por exemplo, na fala de um jovem pentecostal:

[...] E graças Deus, agora Deus tem me usado em sua obra e muitas vezes antes de eu chegar à igreja ou a onde me convidam, Deus me usa e o Espírito Santo de Deus enche meu ser e eu vejo. [...] Quero dizer, Deus me revela o que as pessoas estão precisando. Muitas vezes eu estou cansado, mas aquilo fica martelando em minha cabeça e eu tenho que ir. E vou. Esse poder não é meu, entende? É de Deus e eu tenho que obedecer. (Maurício)

Outro aspecto importante é o ensino/aprendizagem da “proteção” que o “recebimento do Espírito Santo” confere ao “crente”, ligando-o a concepções de bem-estar e, conseqüentemente, de “saúde”.

Na IPDA se ensina/aprende que não causa estranheza que o fenômeno do recebimento de espírito santo e da cura terapêutica aconteçam em outras situações fora do culto, mas é significativo que a maioria ocorra mesmo no contexto ritual; por esse motivo achamos importante destacar alguns aspectos do culto.

Ao que tudo indica, o culto é muito mais do que uma experiência intelectual. É antes de tudo uma confluência de sentimentos e ações de especialistas, membros e/ou observadores que se unem por meio de gestos, cantos, orações, pregações e até refeições sacramentais (Santa Ceia). Essas ações, além de transcenderem objetivos práticos, são também uma afirmação de fé. É na participação e na afirmação de fé que ocorrem nos cultos que o “crente” incorpora e encarna os modelos do pentecostalismo, aprendendo a forma de expressar, controlar as emoções e, sobretudo, agir diante do rito que se desenrola. A emoção pode ser vista em quase todos os rostos a certa altura do culto pentecostal. Muita gente, quando está orando, chora e ri ao mesmo tempo. Algumas pessoas entram em

êxtase e falam em “novas línguas” (glossolalia). Nesses momentos, alguém pode ser tomado pelo “poder do Espírito Santo” e falar em uma “língua estranha” e/ou “entregar” uma mensagem para uma pessoa em particular ou para toda a igreja, cujo conteúdo pode está ligado ao SCS.

Em geral tais experiências se dão quando toda a igreja está orando em voz alta. No decorrer das orações muitas pessoas passam a “manifestar o Espírito Santo” falando em “novas línguas”. Frequentemente acontece de alguém do grupo começar a falar em “língua” de uma maneira mais vibrante e menos repetitiva que as demais, às vezes usando algumas palavras em português, como, por exemplo: “Reichundaleia *escute meu povo* alabababa”.

Pelo que foi exposto acima, podemos dizer que para o pentecostal parece haver certa distinção entre falar em “novas línguas” e “falar em línguas”. O primeiro pode significar, por exemplo, falar em francês, inglês etc. e o segundo falar a “língua dos anjos”. Contudo nada impede que um crente da IPDA inverta esta ordem. Assim como pode ocorrer também que alguém considere os dois termos apenas como sinônimo de falar a “língua dos anjos”.

De alguma forma os membros da igreja sabem que a pessoa está falando alguma coisa para a igreja. Nem sempre quem fala em línguas usa a língua portuguesa para marcar o início da profecia (revelação). Mesmo assim, toda a igreja parece saber o momento certo de fazer silêncio total para escutar a mensagem da pessoa que possui o dom de línguas.

Quando a pessoa que estava falando em “línguas” acaba sua fala, pode acontecer que outra pessoa seja tomada pelo “Espírito Santo” para dar a interpretação em português. O conteúdo das mensagens proferidas varia. Algumas são ensinamentos para a igreja, mas a maioria é “revelação” para uma pessoa em particular.

Considerações finais

Visando a compreender a dimensão da experiência de ensino/aprendizagem do sistema de cuidado com a saúde no pentecostalismo, dos modos de atenção corporal de curadores e pacientes no âmbito do “ritual de cura” vivido por pessoas com problemas de saúde na IPDA, pontuamos neste trabalho alguns aspectos que nos parecem importantes para o desenvolvimento da reflexão que aqui interessa, ou seja, a experiência do recebimento do Espírito Santo é ensinada/aprendida de forma mais intensa e valorizada nas igrejas estudadas. Também é chave importante para se entender as mudanças operadas nos sistemas de ensino/aprendizagem dos doentes que passam a frequentar, como membros, a IPDA.

Os relatos de experiências de recebimento de Espírito Santo e da carreira do terapeuta são como estratégias didáticas para difusão e ensinamento do SCS da IPDA. Especificamente, a experiência terapêutica é antes de tudo um aprendizado corporal em que traços do universo simbólico do pentecostalismo são compreendidos com base em representações e práticas pentecostais que atualizam e redirecionam a carreira do doente.

REFERÊNCIAS

- BERGER, Peter Ludwig. **Um rumor de anjos**: a sociedade moderna e a redescoberta do sobrenatural, tradução Waldemar Boff. Petrópolis: Vozes, 1973.
- _____. **O dossel sagrado**: elementos para uma teoria sociológica da religião [organização Luís Roberto Benedetti, tradução José Carlos Barcellos]. São Paulo: Paulinas, 1985.
- BOURDIEU, P. Sur le pouvoir symbolique. **Annales**, Paris, v.32, n.3, p.405-11, maio/jun. 1977.
- _____. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- DURKHEIM, Émile. **As formas elementares de vida religiosa**: o sistema totêmico na Austrália. São Paulo: Paulinas, 1989.
- _____. Le dualisme de la nature humaine et ses conditions sociales. **Scientia**, n.15, p. 206-21. tr. 1960.
- EISENBERG L. The perils of prevention: a cautionary note. **New England Journal of Medicine**, 1977.

- FRESTON, Paul. **Breve história do pentecostalismo brasileiro**. In: ANTONIAZZI, Alberto (Org). **Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- GEERTZ, C. **The interpretation of cultures: selectect essays**. New York: Basic Books, 1973.
- _____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- KLEINMAM, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.
- LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.
- MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.
- PALS, Daniel L. **Seven theories of religion**. New York: Oxford University Press, 1996.
- PASSOS, João Décio. **Pentecostais: origens e começo**. São Paulo: Paulinas, 2005.
- RABELO, M. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes trabalhadoras urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p. 316-25, 1993.
- _____. Religião, ritual e cura. In: ALVES ; MINAYO. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ROLIM, Francisco Cartaxo. **Pentecostais no Brasil: uma interpretação sócio-religiosa**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- TAUSSIG, Michael. **Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem: um estudo sobre o terror e a cura**. Tradução, Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Paz e Terra, 1993.
- UCHOA, E. ; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, 1994.
- WEBER, M. A. **Ética protestante e o espírito do capitalismo**. Brasília: EDUNB, 1981.
- _____. **Economia e Sociedade**. Brasília: EDUNB, 1991.

Recebido em 27.09.10

Aprovado em 15.01.11