

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

**A RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE
UMA ABORDAGEM CRÍTICA A PARTIR DA RELIGIÃO CRISTÃ**

JOSÉ PEDRO LOPES TEIXEIRA

RECIFE / 2008

JOSÉ PEDRO LOPES TEIXEIRA

A RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE
UMA ABORDAGEM CRÍTICA A PARTIR DA RELIGIÃO CRISTÃ

Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre em Ciências da
Religião, pela Universidade Católica de
Pernambuco, sob a orientação do Prof. Dr.
João Luiz Correia.

RECIFE / 2008

T266r

Teixeira, José Pedro Lopes

A relação terapeuta-paciente : uma abordagem crítica a partir da religião cristã / José Pedro Lopes Teixeira ; orientador João Luiz Correia , 2008.

92 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Programa de Mestrado em Ciências da Religião, 2008.

1. Psicologia e religião. 2. Terapeuta e paciente - Brasil.
3. Bíblia. N. T. Marcos. 4. Cura pela fé. I. Título.

CDU 2:159.9

JOSÉ PEDRO LOPES TEIXEIRA

**A RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE: UMA ABORDAGEM CRÍTICA
A PARTIR DA RELIGIÃO CRISTÃ**

Dissertação de mestrado aprovada, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciência da Religião, pela Universidade Católica de Pernambuco, por uma Comissão Examinadora formada pelos seguintes professores:

.....
Prof. Dr. Meraldo Zisman
1º Examinador

.....
Prof. Dr. Cláudio Vianney Malzoni
2º Examinador

.....
Prof. Dr. João Luiz Correia Júnior
3º Examinador (Orientador)

RECIFE/2008

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. João Luiz Correia Júnior, pela orientação segura e paciente.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Religião pela atenção enriquecedora.

Aos colegas de Mestrado pela partilha generosa de conhecimentos e vivências, com destaque para a Darcy, pelo exemplo inspirador de coragem e fé.

A Mirian, Gercila, Evelma, Myria, Aline, Ivana, Marina e Catarina, as mulheres da minha vida, e ao Luiz Antonio, meu neto, pela percepção iluminada de que, durante esta pesquisa, eu lhes neguei minha atenção, jamais o meu cuidado e o meu amor.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo geral criticar o modelo relacional vigente entre o terapeuta e o paciente, a partir de elementos fundamentais da Religião Cristã, do ponto de vista terapêutico. Por meio de pesquisa bibliográfica, estuda-se a relação entre terapia e religião, buscando-se apreender o modo de interagir que pacientes e terapeutas reclamam. A pesquisa tem como base o Evangelho de Marcos, a partir de autores bíblicos atuais como Ekkehard W. Stegemann, Gerd Theissen e John Meier. São consideradas, também, para fundamentação teórica de conceitos, idéias de pensadores como Juan Luis Segundo, Paul Tillich e Victor Frankl. Conclui-se que a relação terapeuta-paciente é um importante agente promotor da fé/confiança que estimula os recursos naturais da cura, bem como que se percebe aproximações e contrastes entre as práticas do Jesus de Nazaré e do terapeuta brasileiro contemporâneo.

ABSTRACT

The general objective of this dissertation is to criticise the actual model of relation between the therapist and the patient, starting from fundamental elements of the Christian Religion in the point of therapeutic view. Via a bibliographic research are made a study of the relation between the therapy and the religion, to search for learning the way to interact, way, what patients and therapists complains. The research is based on the gospel of Marcos, starting from actual biblical authors like Ekkehard W. Stegemann, Gerd Theissen and John P. Meier. Are considered too the theoretical bases of concepts and ideas of thinkers like Juan Luis Segundo, Paul Tillich and Victor Frankl. Coming to the conclusion, that the relation therapist-patient is an important promotion agent for faith/confidence to stimulate the natural resources of cure, perceiving approximations and contrasts between practices of Jesus of Nazareth and a brasilian contemporary therapist.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
1 A DIMENSÃO TERAPÊUTICA DA RELIGIÃO	09
1.1 Terapia na Religião: em busca de conceitos.....	09
1.1.1 Religião, sagrado e terapia	09
1.1.2 Fé antropológica e fé religiosa	19
1.1.3 Doença e cura na religião	22
1.2 Terapia e religião – retrospectiva histórica	27
1.2.1 Terapia e religião – uma relação antiga.....	28
1.2.2 A terapia na cultura grega.....	29
1.2.3 A terapia na cultura judaico-cristã.....	32
1.2.4 A terapia no século XX	35
1.3 O problema atual: a desconexão entre terapia e religião.....	38
1.3.1 A falta de confiança na medicina	38
1.3.2 A confiança cega na religião	45
2 A DIMENSÃO TERAPÊUTICA NA PRÁTICA DE JESUS	50
2.1 Religião e cura no contexto de Jesus.....	50
2.1.1 A Palestina do século I: exploração, miséria, doença	50
2.1.2 Doença e cura na Palestina do século I	57
2.2 Na trilha do Jesus de Nazaré	59
2.2.1 O Jesus humano	59
2.2.2 A cura nos evangelhos.....	63
3 RELAÇÃO “RELIGIOSA” ENTRE PACIENTE E TERAPEUTA.....	68
3.1 A pertinência do modelo relacional de Jesus no ato terapêutico.....	68
3.2 Mudanças do paradigma da relação terapeuta-paciente no Brasil	70
3.3 A posição das Igrejas Cristãs.....	74
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS	86

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo geral criticar o modelo relacional vigente entre o terapeuta e o paciente, a partir de elementos fundamentais da Religião Cristã, do ponto de vista terapêutico. Procuramos atingir os objetivos específicos de evidenciar a importância da fé/confiança na relação terapeuta-paciente como agente de estimulação dos fatores naturais de cura; perceber a contribuição da religião nesse processo; pesquisar sobre o contexto histórico da Palestina do século I, para se compreender as conseqüências na saúde do povo daquela época; estudar a atuação de Jesus nesse contexto, a fim de identificar o seu modo de interagir com os doentes, que serviu de inspiração para seu discipulado.

A religião, fenômeno universal observado em todos os tempos e em todas as culturas, tem sido um fator da maior importância no campo da saúde, dotado do poder de prevenir a doença, bem como de influenciar a reabilitação e a cura, assim contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e para a reinclusão social. No passado, na Palestina do século I, muitos doentes procuravam Jesus, diretamente ou através de amigos e parentes, implorando a cura (Mc 6,54-56). Da mesma maneira, no Brasil do século XXI, nota-se o crescimento da parcela expressiva da população que busca a cura por meios religiosos. Esta é uma das razões citadas para explicar a popularidade das igrejas neopentecostais e de movimentos carismáticos, o que impressiona pelo aumento da frequência de reuniões de oração, por vezes associadas a celebrações litúrgicas (BONFATTI, 2000, p. 9).

Para Bittencourt Filho (2003, p. 203), no elenco de causas explicativas do fenômeno, avultam dois fatos do cotidiano bem reconhecidos: de um lado, uma grande parte da população castigada pela pobreza, violência e desavenças familiares, dificuldades que provocam doenças de toda ordem, especialmente psicossomáticas; de outro, a ineficiência do Estado no campo da assistência à saúde, configurada nos serviços inadequados às necessidades e possibilidades das pessoas doentes.

Realmente, em todos os tempos o ser humano sempre recorreu ao sagrado para superar limitações e satisfazer necessidades (CROATTO, 2004, p. 45). No campo da saúde, o médico De Marco (2003, p. 17) afirma sua crença nisso ao assinalar que, nos primórdios da humanidade, os métodos mágicos e religiosos eram os mais importantes meios de ativação e reforço dos fatores de cura naturais do organismo humano. Assim, a relação entre religião e cura, tema desta pesquisa, que envolve elementos firmados como complementares no espaço popular, começa a impressionar o debate biomédico brasileiro, associado ao reconhecimento

dos resultados de pesquisas científicas que, no mundo inteiro, relacionam fé e boa saúde (VASCONCELOS, 2006, p. 16).

Não valorizar a influência da religião na saúde da maioria das pessoas, diante da quantidade de estudos que têm sido realizados nos campos da Antropologia, Sociologia, Psicologia, Filosofia, Neurobiologia, Ciências da Religião e Epidemiologia, mostra preconceito e negação do espírito de objetividade científica. Ao mesmo tempo, demonstra desconhecimento da importância fundamental da temática “no planejamento das ações de saúde individuais e coletivas, bem como no gerenciamento e formação dos recursos humanos das instituições de saúde.

Metodologicamente, este trabalho foi elaborado por meio de pesquisa bibliográfica, tendo como fundamentação teórica os evangelhos sinóticos e os comentários de biblistas atuais como H. Koester, E. W. Stegemann, W. Stegemann, G. Theissen, A. Merz, J. P. Meier e J. D. Crossan, além do auxílio do conhecimento empírico e vivência profissional do autor enquanto médico sanitário e gestor da saúde.

No primeiro capítulo, fazemos uma reflexão de alcance multidisciplinar sobre os conceitos de religião, sagrado e fé no pensamento de estudiosos clássicos e contemporâneos do fenômeno religioso. Nesse intento, partindo-se da etimologia do termo religião, de Cícero a Agostinho, considera-se o pensamento de R. Otto, M. Eliade, É. Durkheim, M. Weber, S. Freud, C. Yung, V. Frankl e A. Vergote, bem como a contribuição da moderna Ciência da Religião em F. Usarski, e da Teologia em Paul Tillich e J. L. Segundo. Acreditamos que a visão conceitual dessas categorias seja essencial para a percepção da influência religiosa em eventos humanos que envolvem saúde, doença, busca e oferta de curas. Neste capítulo fazemos, também, uma breve abordagem da relação antiga entre a terapia e a religião nas culturas grega e judaico cristã, assim como do sistema assistencial e da capacitação em saúde na realidade brasileira atual. Identificam-se traços de cientificismo e materialismo absolutos na formação profissional dos terapeutas, especialmente dos médicos, possíveis causas da desumanização da relação terapeuta-paciente. De fato, o aparelho formador, secularizado e voltado para a produção em massa, é cultor do modelo biomédico reconhecidamente alheio aos aspectos humanos e à atitude de servir. Esta, por facilitadora da interação de confiança essencial na grave crise existencial que é a doença, constitui-se em uma predisposição indispensável no processo terapêutico desde a prescrição até o cuidado. Pode-se acreditar que essa é uma das causas pelas quais o chamado modelo biomédico tem incentivado uma

oferta de cura alternativa desconectada das ciências da saúde, contribuindo para ampliar em ritmo crescente o já perigoso e descontrolado mercado religioso de curas.

No segundo capítulo, apresentamos brevemente o contexto econômico, político, social e religioso da Palestina do século I, no propósito de facilitar a percepção da origem e dos efeitos da atividade curativa de Jesus de Nazaré num mundo de desigualdade, carências básicas e doenças com plena atualidade no Brasil. Nota-se que o povo judeu sob o domínio romano, entre a desconfiança e o entusiasmo messiânico sempre prontos a eclodir, clamava por líderes carismáticos portadores da cura e da salvação. No mesmo capítulo, analisamos modelo relacional evidente nos atos terapêuticos narrados nos evangelhos e identificamos as fontes de credibilidade mais marcantes da presença terrena do Jesus histórico.

No último capítulo, aproveitando os conteúdos anteriores, evidenciamos a capacidade da religião para promover, por palavras e ações exemplares, um modelo de relação virtuoso entre terapeutas e pacientes.

Por fim, deixamos claro que não pretendemos desabonar o terapeuta brasileiro, enquanto profissional comprometido com uma atividade de máximo interesse social e impositiva de espírito missionário. Mais do que cúmplice ou culpado da atual situação, ele é vítima de políticas que lhe impõem obrigações e não asseguram os meios de execução necessários à prestação de uma assistência humanizada e de boa qualidade.

1 A DIMENSÃO TERAPÊUTICA DA RELIGIÃO

Pode-se presumir que o ser humano, desde que experimentou a dor e tomou consciência da mortalidade, preocupa-se com a doença e busca a cura. Por esse motivo era corrente, entre os povos da antigüidade, o conceito de que a saúde e a doença resultavam da ação de seres sobrenaturais sobre a alma e o corpo dos humanos, crença que aproximava curandeiros, médicos, sacerdotes e deuses na atenção às questões sanitárias.

1.1 Terapia na religião: em busca de conceitos

A partir da etimologia das palavras religião, sagrado e fé, realizamos uma revisão multidisciplinar da conceituação dessas categorias segundo o pensamento de estudiosos clássicos e contemporâneos sobre o papel do fenômeno religioso na vida do ser humano e na dinâmica das sociedades.

Nosso propósito não é alcançar a integralidade dos conceitos, o que nos afastaria da nossa questão central, mas expor o aspecto funcional de influência sobre os processos do adoecimento e da cura. Consideramos que a percepção conceitual dessas categorias seja essencial para o planejamento de políticas e estratégias de prevenção e enfrentamento das doenças nos sistemas de saúde.

1.1.1 Religião, sagrado e terapia

Religião

A religião, embora tenha sido uma presença constante na existência humana, tem desafiado os que procuraram um conceito fechado capaz de incluir as muitas feições que a diversidade cultural do homem lhe confere. O sociólogo Clifford Geertz (2004, p. 15), refletindo sobre como as formas de experiência religiosa mudam, diz que o problema do estudo comparado da religião está na “rarefação do seu objeto”. Geertz assina-la que a dificuldade consiste em encontrar um tipo de crença e prática que, sustentado por um tipo de fé, em determinadas condições, caiba em uma definição fechada de religião.

De fato, a quantidade e a variedade de conceitos e definições de religião afirmam a complexidade da questão. Na concepção moderna de Giovanni Filoramo e Carlo Prandi, religião é um fenômeno histórico atrelado a circunstâncias intelectuais e culturais particulares, cujo conceito deve ser “capaz de levar em conta, tanto os seus aspectos funcionais quanto específicos” (2003, p. 17).

Etimologicamente, religião deriva do substantivo latino *religio*, termo pelo qual os romanos definiam os rituais repetidos de maneira precisa e conforme normas rígidas e escrupulosas. Ao termo *religio* estavam associados os conceitos do gênero “consciência”, “lealdade”, “exatidão”, “escrúpulo”(apud FILORAMO e PRANDI, 2003, p. 255).

Segundo o filósofo Francisco Garcia Bazán, no mundo latino do século I a. C., em Cícero a palavra *religio* está associada ao verbo *relegere*, reler, “reunir de novo”, conforme a rigorosa observância e repetição de “todas as coisas que se referem ao culto dos deuses” (2002, p. 43). Posteriormente, no século III-IV d. C., o autor cristão Lactâncio associa *religio* a *religare*, no sentido de religar, termo capaz de expressar com mais precisão a natureza da relação de fé entre os níveis divino e humano, marcado pela dependência e confiança (apud FILORAMO; PRANDI, 2003, p. 256).

No século IV d. C., refletindo sobre a questão da diferença entre o culto dedicado a homens honoráveis e o culto a Deus, na intenção de definir o sentido preciso de ligação com a divindade, Santo Agostinho assinala que “ a própria palavra *religião (religio)* parecia designar de maneira mais precisa, não um culto qualquer, mas o culto de Deus” (2000, p. 884). Posteriormente, Agostinho retoma o tema e associa *religio* a *religere*, com atenção ao significado de retorno a Deus. Neste caso, o homem deixaria de negligenciar Deus para reconstruir sua ligação com ele e ser rescolhido. Finalmente, Agostinho retorna a Lactâncio, resgatando o vocábulo *religare* e definindo o conceito cristão de religião como uma relação de amor e submissão para com Deus, que foi disseminado na cultura ocidental (apud FILORAMO; PRANDI, 2003, p. 256-257).

Nessa perspectiva, pode-se acreditar que o termo religião surgiu recentemente no Ocidente moderno com o cristianismo. O sentido de *religio* presente nas práticas religiosas dos romanos do tempo de Cícero, com a roupagem nova do conjunto de ensinamentos, normas e rituais praticados pelos primeiros cristãos, fica bem evidente:

⁴²Eles mostravam-se assíduos ao ensinamento dos apóstolos, à comunhão fraterna, à fração do pão e às orações⁴³ Apossava-se de todos o temor, pois numerosos eram os prodígios e sinais que se realizavam por meio dos apóstolos ⁴⁴ Todos os que tinham abraçado a fé reuniam-se e punham tudo em comum: ⁴⁵vendiam suas propriedades e bens, e dividiam-nos entre todos, segundo as necessidades de cada um ⁴⁶. Dia após dia, unânimes, mostravam-se assíduos no Tempo e partiam o pão pelas casas, tomando o alimento com alegria e simplicidade de coração. ⁴⁷Louvavam a Deus e gozavam da simpatia de todo o povo. E o senhor acrescentava cada dia ao seu número os que seriam salvos (At 2,42-47).

Entrando-se na esfera conceitual, seguindo a linha de pensamento da construção ideológica das religiões, o poeta latino Lucrécio, no século I a. C., assinala que a religião surgiu como uma resposta ao medo humano do incontrolável, cabendo-lhe a função de manipular as ações humanas (apud FILORAMO e PRANDI, 2003, p. 259). Contudo, parece que Cícero, atento à natural evolução da cultura romana, preocupou-se em separar a religião da superstição, que tinha presença muito forte no seu tempo. Nesse sentido, o político romano proclamava:

Não apenas os filósofos, mas também nossos antepassados, separaram da superstição a religião, porque àqueles que erguiam súplicas diárias e sacrificavam para que os filhos sobrevivessem chamaram supersticiosos (apud AGOSTINHO, 1990, p.180).

Como fenômeno considerado pela marcante influência nas sociedades, a religião foi alvo da atenção especial de estudiosos da antropologia e da sociologia nos séculos XIX e XX. No campo da antropologia, segundo E. B.Tylor e sua teoria do animismo como primeiro estágio da religião, embora sem ter consciência de deuses ou de Deus, o primitivo atribuía os fenômenos naturais à ação de espíritos benevolentes ou malévolos (apud GUERRIERO, 2006, p. 6). Prosseguindo na sua reflexão, o antropólogo Silas Guerriero considera que o fenômeno religioso, além de promover a saúde e o bem-estar como se reconhece atualmente, foi fator de sobrevivência da espécie humana:

Se a religião é universal para os humanos e se este humano é fruto de uma evolução, então a religião deve ter surgido num momento primitivo de formação desse *sapiens* e deve, de alguma maneira, ter contribuído para a própria sobrevivência e adaptação desse animal humano (2006, p. 7).

Na área da sociologia, alguns autores clássicos definem religião fazendo clara referência à essência transcendental que conferem ao fenômeno; outros, considerando o

aspecto funcional, associam à religião funções específicas não necessariamente vinculadas a divindades, como ocorre no budismo (FILORAMO e PRANDI, 2003, p. 260-261).

O ser humano, segundo Émile Durkheim (2003, p. 32), elaborou representações de origem religiosa logo ao tomar consciência de si e do mundo. Sem desfalecer o componente substantivo que imprime na sua definição de religião com a inserção do termo sagrado, o sociólogo afirma a importância funcional da religião como alicerce da construção das sociedades e da convivência social sem vinculação necessária com o sobrenatural:

Uma religião é um sistema solidário de crenças e de práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas, proibidas, crenças e práticas que reúnem numa mesma comunidade moral, chamada Igreja, todos aqueles que a elas aderem.

Para Filoramo e Prandi, na definição que elabora Durkheim afasta a religião da magia de forma intencional, a fim de mostrar o seu firme entendimento sobre a inexistência de uma Igreja mágica. Assim, ao tempo em que realça a noção de sagrado, amplia o espectro religioso para incluir o budismo (2003, p. 262). Ao mesmo tempo, Durkheim insiste na função social das religiões, às vezes latente no poder simbólico que detém, mas que precisa ser transformado em capacidades em favor das necessidades de sobrevivência, de convivência e ambientais do ser humano, além da necessidade salvífica. O autor diz que a religião “não é simplesmente um sistema de signos pelos quais a fé se traduz exteriormente, é o conjunto dos meios pelos quais ela se cria e se recria periodicamente” (2003, p. 460).

Do seu lado, o sociólogo Max Weber mostra a influência social da religião na relação da seita calvinista com a atividade econômica, conforme sua teoria do nascimento do capitalismo. Segundo a interpretação dele, a força do sistema econômico capitalista decorreria da motivação divina dos crentes, o que se expressaria no elevado senso de predestinação e vocação para o trabalho. Weber (*apud* FILORAMO e PRANDI, 2003, p. 263), na linha de Durkheim, assinala que o caráter preponderante da religião é o funcional, tendo como finalidade primeira a melhoria da qualidade de vida do ser humano, no que consideramos plausível incluir-se a preservação da saúde e a cura.

Dado o poder reconhecido de influenciar as pessoas em suas estruturas psíquicas básicas, com efeitos favoráveis ou desestruturantes, a religião cada vez mais é objeto de atenção da psicologia, tanto na pesquisa acadêmica, quanto na prática terapêutica nos consultórios e na atividade hospitalar como meio de cura. Para Sigmund Freud, as idéias

religiosas são de origem psíquica, “são ilusões, realizações dos mais antigos, fortes e prementes desejos da humanidade”, tese pela qual explica a fonte e a sustentação do fenômeno religioso (2001, p. 48). Para o pai da psicanálise, quando confrontado com a hostilidade do mundo, o ser humano foi induzido pelo sentimento de fragilidade a criar idéias de proteção sobrenatural que o confortam (2001, p. 38-39). O teólogo Michael Palmer assinala que, na visão de Freud, essa condição psíquica de insegurança, tida como um estágio de infantilidade indesejável, seria superada com a concepção científica do universo e a educação (2001, p. 49-53). De todo modo, apesar de proclamar o avanço do ser humano rumo à racionalidade redentora, transparece no pensamento de Freud o papel da religião na doença e na cura, expresso no reconhecimento do trauma psicológico da sua ausência:

As pessoas se verão, é verdade, numa difícil situação. Terão de admitir para si mesmas o pleno alcance de sua impotência e sua insignificância no mecanismo do universo; elas já não poderão ser o centro da criação, não mais o objeto de terno cuidado da parte de uma Providência beneficente. Estarão na mesma posição da criança que deixou a casa paterna, onde se sentia tão aquecida e à vontade. Mas o infantilismo certamente se destina a ser superado. Os homens não podem permanecer crianças para sempre; no final, eles têm de entrar na “vida hostil” lá fora. Podemos dar a isso o nome de "educação para a realidade" (*apud* PALMER, 2001, p. 69).

Por seu lado, Carl Gustav Jung vê a religião de forma mais positiva do que Freud, embora reconheça a capacidade que tem, além de produzir saúde e bem estar, de causar doença e sofrimento. Inicialmente, Jung (2000, p. 359) rebate a concepção, tida como racionalista por ele, de que as religiões sejam “sistemas filosóficos forjados pela cabeça do homem”. Ele afirma que “os símbolos religiosos tem um ‘pronunciado caráter de revelação’ e, em geral, são produtos espontâneos da atividade inconsciente psíquica. São tudo, menos coisa imaginada.

Nessa linha de pensamento, o criador da denominada psicologia profunda discorda de Freud sobre a visão da religião como neurose, especialmente do tipo sexual, o que atribui ao desconhecimento da idéia do inconsciente coletivo, a dimensão que habilita o ser humano a intuir sobre os sentidos últimos da vida (*apud* PALMER, 2001, p.141-146). Na sua reflexão sobre o fenômeno religioso, Jung afirma:

Encaro a religião como uma atitude do espírito humano, atitude que de acordo com o emprego originário do termo: "*religio*", poderíamos qualificar a modo de uma consideração e observação cuidadosas de certos fatores dinâmicos concebidos como "potências": espíritos, demônios, deuses, leis, idéias, ideais, ou qualquer outra denominação dada pelo homem a tais fatores; dentro de seu mundo próprio a experiência ter-lhe-ia mostrado

suficientemente poderosos, perigosos ou mesmo úteis, para merecerem respeitosa consideração, ou suficientemente grandes, belos e racionais, para serem piedosamente adorados e amados (JUNG, 2007, p.10).

Assim, na definição que elabora, Jung omite os aspectos racionais relativos ao institucional, ritual e doutrinário das religiões, ao tempo em que convoca o irracional contido no termo "numinoso" emprestado de Rudolf Otto:

Religião é – como diz o vocábulo latino *religere* – uma acurada e conscienciosa observação daquilo que Rudolf Otto acertadamente chamou de “numinoso”, isto é, uma existência ou um efeito dinâmico não causado por um ato arbitrário. Pelo contrário o efeito se apodera e domina o sujeito humano, mais sua vítima do que seu criador (JUNG, 2007, p. 9).

Nessa perspectiva, Jung afasta a religião institucional e destaca a experiência religiosa, que considera capaz de transformar a consciência. Sobre isso, ele enfatiza que ao falar de religião não se refere a uma determinada profissão de fé, que não parte de qualquer credo religioso, mas da “psicologia do *homo religiosus*, do homem que considera e observa cuidadosamente certos fatores que agem sobre ele e sobre seu estado geral” (2007, p. 10-11).

No espaço da psicologia existencial, Viktor E. Frankl propõe visões da religião e do ser humano que vão além de Freud e Jung. O autor, fundamentado na vivência do sofrimento que o campo de concentração de Auschwitz lhe impôs, procura compreender a existência através da dimensão espiritual do ser humano. Na visão de Frankl, a dimensão espiritual traz a vivência da responsabilidade, caracterizada pela capacidade do ser humano responder e agir livremente diante das circunstâncias da vida. Dessa forma, Frankl (2006, p. 18-19) amplia o inconsciente freudiano, que passa da condição de depósito de instintos, traumas e vivências recalçadas, ao estágio superior de inconsciente espiritual, fonte de sentido para a vida e emissor da energia capaz de superar a frustração existencial.

Para Frankl a função da religião é a salvação da alma, cabendo ao sacerdote persistir no seu intento mesmo diante de possível tensão emocional do crente, contemplado como entidade bio-psico-espiritual, deixando ao psicoterapeuta a cura da alma. Contudo, Frankl afirma com convicção (2006, p. 59) :

Por menos que a religião se preocupe em suas intenções primárias com a cura psíquica ou com medidas profiláticas, em seus resultados - não em sua intenção - ela não deixa de ter efeitos psico-higiênicos e até psicoterapêuticos, uma vez que propicia à pessoa uma sensação de incomparável proteção e ancoramento que não pode ser encontrada alhures a não ser na transcendência, no Absoluto.

Envolvido no debate atual da psicologia da religião, Antoine Vergote (*apud* VALLE, 1998, p. 43-44) confere à religião uma dupla dimensão: a dimensão da subjetividade, que inclui o complexo simbólico, os sentimentos e as vivências internas do indivíduo religioso, a qual se associa a dimensão sociocultural do culto e das crenças coletivas que ligam ao sobrenatural. Para o autor a religiosidade madura é uma atitude, palavra tomada com o sentido de predisposição para a relação com o divino, que se expressa não só em comportamentos religiosos provocados por emoções ou pressões ambientais, mas de forma consciente e intencional, condição que pode se estender à ação social.

No domínio da Ciência da Religião, Frank Usarski refere que toda religião tem sua verdade e sua qualidade inquestionáveis para os seus seguidores, devendo ser respeitadas. Com essa crença, diante da complexidade e da diversidade das feições com que a religião se apresenta na história comparada, Usarski (2006, p. 125) defende um conceito de religião aberto e abrangente que divide em quatro elementos:

Primeiro - religiões constituem *sistemas simbólicos* com plausibilidades próprias; Segundo - do ponto de vista de um indivíduo religioso, a religião caracteriza-se como a afirmação subjetiva da proposta de que existe algo transcendental,(...) mais poderoso do que a esfera que nos é imediatamente acessível através do instrumentário sensorial humano; Terceiro - religiões se compõem de várias dimensões: particularmente temos que pensar na dimensão da fé, na dimensão institucional, na dimensão ritualista, na dimensão da experiência religiosa e na dimensão ética; Quarto - religiões cumprem funções individuais e sociais. Elas dão sentido para a vida, elas alimentam esperanças, (...) e com isso tem a potencialidade de compensar sofrimentos imediatos. (...) Além disso, religiões integram socialmente, uma vez que membros de uma comunidade religiosa compartilham a mesma cosmovisão, seguem valores comuns e praticam sua fé em grupos.

Identificam-se com a máxima clareza, no pensamento de Usarski, o fator fé/confiança que dá suporte existencial ao homem religioso e se aplica, na concepção de Eymard Vasconcelos, à superação do sofrimento na doença e nas dificuldades e riscos que marcam o trabalho em saúde:

A Religião é o campo de elaboração subjetiva em que a maioria da população latino-americana constrói de forma simbólica o sentido de sua vida e busca motivação para a superação da crise existencial colocada pela doença. É referência central para a organização de grande parte das mobilizações comunitárias para enfrentamento dos problemas de saúde. É o espaço em que a maioria dos profissionais de saúde estrutura o sentido e a motivação para o seu trabalho. Valorizar esta dimensão da realidade não é uma questão de fé ou não em Deus, mas de considerar processos da realidade subjetiva e social que têm uma existência claramente objetiva. Sem entender o olhar e a elaboração religiosa não se pode compreender a perspectiva com que a maioria dos usuários de serviços de saúde e dos seus profissionais se relaciona com a realidade (2006, p. 9).

A sensibilidade de Vasconcelos recepciona o clamor dos doentes, que se mistura aos reclamos dos servidores das agências de primeiros-socorros, ambulatórios médicos e enfermarias do sistema brasileiro de saúde pública, assim como explicita um conceito de religião que preenche e ultrapassa o propósito do nosso trabalho.

Sagrado

O termo sagrado, conforme Severino Croato, vem do hebraico *qadosh* e tem o sentido fundamental de separado/reservado, a contraface de *hol*, profano. O autor diz que a fenomenologia da religião não contempla o aspecto de virtude ou pureza contido no termo, mas “o âmbito impregnado de alguma maneira por uma Realidade transcendente” (2004, p.48). No Antigo Testamento, em Ex 3, 1-6, afirma-se a significação religiosa de separado ao termo, expondo-se a característica de mistério e causa de temor e fascínio do divino:

¹Apascentava Moisés o rebanho de Jetro, seu sogro, sacerdote de Madiã. Conduziu as ovelhas para além do deserto e chegou ao Horeb, a montanha de Deus. ² O Anjo de Iahweh lhe apareceu numa chama de fogo, do meio de uma sarça. Moises olhou, e eis que a sarça ardia no fogo, e a sarça não se consumia. ³Então disse Moises: "Darei uma volta e verei este fenômeno estranho; verei por que a sarça não se consome." ⁴Viu Iahweh que ele deu uma volta para ver. E Deus o chamou do meio da sarça. Disse: "Moises, Moises!" Este respondeu: "Eis-me aqui." ⁵Ele disse: "Não te aproximes daqui; tira as sandálias dos pés porque o lugar em que estás é uma terra santa." ⁶Disse mais: "Eu sou o Deus de teus pais, o Deus de Abraão, o Deus de Isaac e o Deus de Jacó." Então Moises cobriu o rosto, porque temia olhar para Deus.

Para Nathan Söderblom, “o sagrado é a palavra mais decisiva em toda religião; é mais decisiva ainda que a noção de Deus” (*apud* TERRA, 2001, p. 637). Usarski comenta que, desde a concepção de Söderblom, divulgada em 1913 e pioneira no tratamento do tema na modernidade, o termo sagrado “assumiu um significado ontológico que, de acordo com uma cosmovisão dualista, representa a esfera “complementar” ao profano” (2006, p. 33).

Posteriormente, no ano de 1917, essa concepção das instâncias separadas do sagrado aparece na análise fenomenológica feita pelo teólogo Rudolf Otto, o qual insere o tema no debate da área nascente da Ciência da Religião. Para Otto, o homem religioso arcaico pressupõe que o sagrado é dotado de uma condição de “superioridade (e inacessibilidade) absoluta”, que ele chama *mysterium tremendum*, capaz de imobilizar pelo temor e limitar a aproximação. Assim, na experiência religiosa, tomado pela emoção diante de um objeto concebido como sagrado, o crente tem a consciência do chamado sentimento de criatura, um estado caracterizado pela dependência absoluta da criatura diante do criador

(2007, p. 41-43). Conforme o autor, somente o crente que persevera na experiência defronta-se com a interface fascinante do sagrado, o *mysterium fascinans*, quando então pode ter a graça de vivenciar a felicidade, às vezes extática, que a intimidade com a divindade provoca (2007, p. 68).

No âmbito da psicologia do inconsciente, identificamos a percepção das raízes do sagrado na abordagem de Freud sobre o tabu, que abrange a vinculação de pessoas, animais ou coisas ao divino, com o sentido funcional de proteção ou evitação respeitado pelos crentes. Segundo Freud, a existência do tabu antecede aos deuses e às religiões (2006, p. 37). Nessa perspectiva, chegamos à concepção de Jung (JUNG, 2007, p. 11) de que a manifestação do sagrado deve ser entendida como arquetípica, visto que são as imagens mentais eternas, imanentes na alma humana, que provocam a atração e o fascínio experimentado pelo homem religioso diante do divino.

O historiador das religiões Mircea Eliade (2001, p. 19-20) confirma que o elemento comum às definições do fenômeno religioso é a oposição do sagrado e da vida religiosa ao profano e à vida secular, dando forma aos dois modos de ser e estar que o ser humano pode assumir na sua existência livre. Conforme o autor, apesar de fazer todos os esforços para permanecer no âmbito do sagrado ou na proximidade das pessoas e das coisas consagradas, o homem moderno sofre as conseqüências do processo de continuada dessacralização do mundo que resulta na ausência de sentido e desencantamento do mundo que o atinge.

No âmbito da filosofia, Umberto Galimberti (2006, p. 12) diz que a sacralidade é uma qualidade do objeto que se liga a potências imaginadas como pertencentes a uma dimensão superior denominada “divina”, pela qual o homem religioso sente-se atraído, mas por temor reverencia e mantém separada da dimensão humana. O filósofo refere que em toda religião, a concepção do sagrado inclui pessoas consagradas, espaços separados e tempos definidos para garantir sua distinção no mundo profano e ligar o crente à divindade.

A partir de uma visão multidisciplinar, nossa reflexão sobre o conceito de sagrado, caracterizado pela condição de separado e vinculado ao transcendente, conduz à percepção dos efeitos que a sacralização de pessoas, espaços, tempos e coisas exerce no âmbito da doença e da cura. Em Hipócrates de Cós, na maneira dos que o antecederam, percebemos que sacralizavam-se os elementos do campo da ciência médica nascente, cercando-os de mistério e proibições que forçavam o isolamento dos doentes e de seus familiares. O pai da medicina moderna escreveu: “As coisas sagradas são reveladas aos homens sagrados; às pessoas comuns (isso) não é permitido, antes de serem iniciadas nos

mistérios da ciência” (CAIRUS; RIBEIRO JÚNIOR, 2005, p. 170). Ao observador do mundo misterioso das práticas da medicina atual, fica evidente que a prescrição hipocrática permanece vigente, limitando espaços, negando informações de interesse vital e, muitas vezes, ocultando do doente e familiares a figura do terapeuta assistente.

Terapia

Numa abordagem direta da nossa temática, precisamos entender os significados das palavras terapia e terapeuta. Conforme o dicionarista M. Gardner, o termo terapia, do grego *thérapéia*, o mesmo que terapêutica, tem o significado técnico de "parte da medicina que se ocupa dos meios próprios para curar ou para aliviar os doentes" (2002, p. 1171). Segundo o autor, a palavra é frequentemente usada de maneira incorreta no sentido de tratamento, do inglês *treatment*, conjunto de prescrições empregado para combater uma doença ou, ocasionalmente, os sintomas dela (2002, p. 1197). Para o propósito da nossa reflexão, todo tratamento é um processo de cura, desde a prescrição de um simples comprimido para dor de dente, que pode conter apenas açúcar ou uma droga analgésica, até uma operação multidisciplinar de transplante de coração. Da aplicação de um simples placebo aos procedimentos cirúrgicos mais complexos, a terapia sempre invade um corpo que é, antes de tudo, na visão dos terapeutas de Alexandria, “uma pessoa repleta de memórias” (*apud* LELOUP, 2007, p. 29).

De outro lado, M. Gardner define terapeuta, do grego *thérapeuô*, como o médico ou paramédico que aplica os meios de cura ou de alívio dos doentes (2002, p. 1171). Indo além, acreditando na capacidade interior de cura do ser humano, entendemos que um terapeuta é todo agente animado capaz de promover a fé/confiança que estimula os recursos naturais de cura do ser doente. Quando pensamos na perspectiva do profissional da saúde em geral, lembramos de Filon de Alexandria e sua filosofia humanista do início do século I d. C.. A respeito dos chamados terapeutas de Alexandria, ele diz que “aqueles que se tornam terapeutas não o fazem por costume nem por exortação ou solicitação de outrem, mas impulsionados pelo amor divino” (*apud* LELOUP, 2006, p. 39). Filon registrou para enriquecer a história da medicina incipiente do seu tempo:

A medicina que professam, é superior àquela que vem sendo exercida em nossas cidades – uma medicina que apenas cuida do corpo, enquanto a outra também cuida do psiquismo, atormentado por essas doenças penosas que são o apego ao prazer, a desorientação do desejo, a tristeza, as fobias, as invejas, a ignorância (...). Eles cuidam do Ser (*apud* LELOUP, 2005, p. 36).

O filósofo judeu, contemporâneo de Jesus de Nazaré, no que lastima o tipo de medicina praticada nas cidades da sua época, exalta a autêntica atitude de servir dos terapeutas de Alexandria, cuidadores amorosos do corpo e da alma.

1.1.2 Fé antropológica e fé religiosa

Para se entender a interação entre religião e cura é preciso examinar o conceito de fé, o instrumento intelectual que o ser humano dispõe para assumir e realizar suas disposições diante das dificuldades da vida. Dessa forma, na linha de pensamento desse trabalho, Francisco Lotufo Neto (1997, p. 4) afirma que:

Fé, uma característica geral das vidas humanas, é um processo dinâmico, central para o *self*, que ajuda a pessoa a dar forma a seus relacionamentos pessoais e sociais, e fornece a base para que encontre uma maneira de manter coerência em sua vida [...]. Para muitos, mas não necessariamente para todos, é a ligação da alma com uma força central de valor e poder, que constitui a transcendência.

No primeiro sentido, o autor fala da fé antropológica, motivadora de realizações nas várias dimensões do cotidiano e que pode ser indiferente à religião ou crença; no segundo, quando a fé promove a ligação com o transcendente, tem-se a fé religiosa, importante fator de motivação e suporte existencial dos crentes, especialmente no enfrentamento de situações de crise. Nos dois casos, afirma-se a fé/confiança, evocada no propósito dessa pesquisa, como um agente ativador dos recursos naturais da cura a ser prescrito no ato terapêutico.

Fé antropológica

Segundo James Fowler, além de dar sentido à vida das pessoas e as unir com força e lealdade em torno de objetivos comuns, a fé “torna as pessoas capazes de lidar e enfrentar os limites da condição humana, baseando-se naquilo que tem a qualidade de essência em suas vidas” (*apud* LOTUFO NETO, 1997, p. 5).

De fato, o conjunto de valores que permeia a existência humana necessita de testemunhas referenciais nas quais se pode depositar confiança. O ser humano, em sua esfera existencial, busca a felicidade, a simples e primitiva sensação de estar satisfeito com vida. Por vezes, não atinge o objetivo pelo fato de desviar a atenção para objetivos secundários devido

ao desenvolvimento da afetividade e, conseqüentemente, a possibilidade de sentir frustração. A busca da felicidade preconiza a verdadeira liberdade que, para ser obtida, implica num equilíbrio entre as necessidades pessoais e as relações de afetividade com os outros para a construção dos valores. As escolhas feitas pelo ser humano, com suas vantagens e desvantagens, alegrias e dissabores, são sua própria iniciativa de arriscar-se, apostar na vida para atingir a felicidade. Para se tomar as decisões necessárias à constituição das relações sociais, visto serem fundamentais para o desenvolvimento da afetividade, é preciso acreditar que as medidas mais adequadas foram tomadas, ou seja, é necessário ter “fé” para a consecução dos objetivos pretendidos. A fé, então, adquire uma dimensão antropológica, comum a todos, constitutiva do ser humano, representando uma aposta existencial e fazendo da sua verificabilidade última uma instância escatológica. Esta fé é uma para cada pessoa, visto representar o conjunto de valores pessoais do indivíduo, necessários para se atingir os objetivos existenciais. Isto é complementar ao conceito de fé e representa a ideologia que move cada um. A fé está relacionada à significância de um determinado anseio e a ideologia corresponde à eficácia deste anseio (LUIS SEGUNDO, 1997, p. 13-31).

Implicada na vontade do ser humano de mudar a realidade para ser feliz, a fé contrapõe-se muitas vezes ao conceito científico da experimentação e dados correlatos, do concretismo que pode mostrar um mundo inteiramente diferente do almejado. O conceito de confiança em referenciais, muitas vezes intangíveis para a ciência, representa esta contraposição, embora a crença nos métodos científicos seja a representação da fé submetida à objetividade. A fé de cada indivíduo é construída a partir de suas experiências pessoais no aperfeiçoamento e/ou sofisticação de suas satisfações, no processo de aprimoramento de suas estruturas internas de valores. Parte destes valores é adquirida no convívio familiar, a partir da infância, fase de imitação e assimilação, imediatista e simplista. Os demais são modificados à medida que a pessoa refina sua percepção de realidade e sua própria personalidade, resultado de sucessos e fracassos. À medida que se desenvolve o homem aprende a ser mais “objetivo”, tornando seus valores mais absolutos (LUIS SEGUNDO, 1997, p. 47-51).

A transmissão dos valores em que se tem fé se faz por dois tipos de linguagem: a um lado, imagens e conotações mínimas, que todos os animais compreendem, a icônica; a segunda, a digital, é típica do homem e inclui todo o vocabulário abstrato que exprime os valores. À primeira se confere uma significância muito maior já que os sinais arbitrários da linguagem digital nem sempre são garantidamente verossímeis. A força do ícone se justifica pelo fato de os valores estarem arraigados na imaginação, na possibilidade de se sentir

satisfação ao empregá-los ou segui-los (LUIZ SEGUNDO, 1997, p. 43-45)

Para Tillich, a fé é um ato incondicional, abrangendo a totalidade do ser que crê, uma questão que, psicologicamente, gera conflitos posto que como todos os aspectos da personalidade estão envolvidos na vivência da fé, forçosamente ocorre crise de expectativa (2005, p. 727). Em Jung, na mesma linha de pensamento, fé original ou fé genuína é uma manifestação de um sentimento oriundo na alma, do inconsciente. A fé seria, então, a ligação com o esperado, a determinação da ação, o vivido de uma opção que mobiliza todo o ser (*apud* PEREIRA, 2003, p. 33).

A necessidade de fé na implementação da relação terapeuta-paciente se reflete no fato, demonstrado pela pesquisa de Kleinman et al. (1989, p. 651), de 50% dos pacientes nos Estados preferirem o médico de confiança, a despeito da maior espera e dificuldade de deslocamento, em vista de que os clínicos gerais não consideram todas os sintomas descritos pelos pacientes como relevantes na proposição de diagnóstico. Enfatiza que o médico deve procurar compreender a realidade do paciente desenvolver sua relação com ele e conseguir sua inteira adesão ao tratamento.

O fato de que, entre os gregos, o paciente era levado para o interior do templo para que, em sonhos, viesse a ser tocado por Asclépio, representa a linguagem icônica da fé que, transportada para a relação terapeuta-paciente, reforça a necessidade do estabelecimento de uma relação mais pessoal (KOESTER, 2005, p. 179). A fé do médico em suas técnicas de tratamento é tão importante quanto à fé do paciente no médico para que a cura possa se realizar, pois a confiança pessoal do terapeuta como que se dissemina no ambiente da cura (EVANS, 2002, p. 91).

Fé religiosa

A fé religiosa é a transfiguração da fé antropológica à luz da religião (LUIZ SEGUNDO, 1997, p. 85). Da mesma maneira que a fé antropológica, também se modifica com o fluxo da existência do indivíduo, à medida que a “ortodoxia” dos ritos passa a ser cônica e firmemente seguida. Para o homem religioso, a força dos valores se expressa através da idéia de um ser absoluto, Deus, referencial e exemplo presente na religião cristã. Dessa forma, o caminho para a felicidade se configura em ter fé nos preceitos que circundam este ser absoluto (LUIZ SEGUNDO, 1991, p. 47-51).

De fato, o processo da fé religiosa exige uma entrega absoluta, uma integração total com o ambiente que o cerca, ou seja o todo, universo, relacionado ao ser absoluto. Isto repercutirá em todos os aspectos da vida: o viver pessoal, a integração no grupo e na sociedade, a verdadeira consciência ecológica (AMATUZZI, 2003, p. 570). Estes aspectos da fé religiosa a tornam cega visto que, novamente de acordo com Jung, provêm do obscuro profundo da alma. A confiança absoluta implicada na fé religiosa surge de conflito da incredulidade de forma que quanto mais intensa é a fé, maior a dúvida. Distúrbios psicológicos normalmente estão relacionados à questão da fé. Há a impressão de não ser atendido ou o cometimento de um pecado. Por outro lado, existe também o aspecto da falta de fé em que a pessoa se culpa de não poder crer (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 85).

Evans (2002, p. 89-90) lembra do visível interesse contemporâneo pela fé religiosa no âmbito da assistência à saúde e, mais especificamente, a cura pela fé, isto é, a fé individual na melhora de saúde seja ela física, mental ou emocional. Enfatiza também que concomitantemente ao ceticismo de clérigos cristãos quanto à cura pela fé surge uma nova visão da classe médica acerca do tema.

1.1.3 Doença e cura na religião

Como já se comentou, para os povos do antigo oriente a noção de doença estava relacionada a espíritos malignos ou castigo divino devido à falta cometida contra a divindade. Assim, a cura era obtida com apoio religioso para expulsar os demônios causadores do mal ou implorar o perdão divino por meio de súplicas e sacrifícios (TERRIN, 1998, p. 196). A medicina, para estes povos, era ligada ao exercício de sacerdotes, com clara vinculação entre doença, cura e salvação. Desde que Foucault (2008, p. 86-87) alertou que a doença não é uma questão puramente biológica, mas um produto também relacionado a eventos históricos e sócio-culturais, a demanda e a oferta de cura devem ser examinadas considerando-se todas as variáveis sociais dominantes da cultura e da época. Nessa perspectiva, o antropólogo Jean Benoist (*apud* LAPLANTINE, 2004, p. 16) comenta que o termo *sickness*, doença na língua inglesa, permite apreender as condições sociais, históricas e culturais que formam as representações do doente e do terapeuta, ou seja, as realidades adoecimento e enfrentamento conjunto da doença em qualquer sociedade considerada.

No Antigo Testamento, doença e pecado estão estreitamente relacionados, o que expressa uma contradição, pois Deus criou o homem para ser feliz (Gn 3,16-19). A doença constitui-se, assim, em um sinal da ira do Senhor contra o ser humano pecador (Ex 9,1-12), a tal ponto que os salmos de súplica se iniciam com a confissão de culpa (Sl 38,2-6; 39,9-12; 107,17). Quando um justo é afligido por enfermidade, isto se configura em teste sobre a fidelidade a Deus (Tb 12,13) ou expiação das faltas dos pecadores (Is 53,4s). No Novo Testamento, surge a conotação de que a doença, pelo sofrimento que causa, representa uma forma de redenção. Assim, o apóstolo Paulo revela a experiência da doença e da cura na religião (Gl 4,13; 2Cor 1,8), quando diz “carregamos em nossos corpos os sofrimentos de morte de Jesus, a fim de que também a vida de Jesus se manifeste em nossos corpos” (2Cor 4,10). Paulo diz que se sente recompensado no sofrimento e que completa “o que falta às tribulações de Cristo em minha carne pelo que seu corpo, que é a igreja” (Cl 1,24).

Por seu lado, o conceito da cura integral, isto é, cura da mente e do corpo, aparece no Antigo Testamento em Ex 15,26, quando Deus promete saúde e cura ao seu povo em troca de fidelidade. Do mesmo modo, em 2Rs 20,5 e Sl 103,3, Deus é apresentado como aquele que traz a cura para o seu povo, bem como é assegurado que as doenças enviadas sobre o povo egípcio não atingiriam o povo de Israel. No Novo Testamento, a pregação e a ampla atividade curativa de Jesus demonstram que o propósito divino é a cura de todos os enfermos e dos oprimidos pelos agentes do mal (Jo 6,38; 14,10). O trabalho missionário atribuído por Jesus a seus discípulos incluiu a cura como prova do poder de Deus (Lc 9,1; 2,6). Nessa visão, a cura e o perdão eram concedidos conjuntamente para eliminar a doença e o pecado, resultando em saúde e redenção (Tg 5,14-16). As maneiras do discipulado realizar a missão delegada estão prescritas por Jesus como a imposição de mãos (Mc 16,15-18; Lc 13, 12-13; At 9,17-19); a confissão de pecados seguida da oração e da unção do enfermo com óleo pelos presbíteros (Tg 5,14-16); e o dom das curas (1Co 12,9). Ao mesmo tempo, estão assinaladas causas de impedimento da cura, como o pecado não confessado (Tg 5,16); o domínio do demônio (Mc 9, 25-29; Lc 13,11-13); a falta de fé geradora de ansiedade aguda (Pr 3, 5-8; Fl 4,6-7); os insucessos do passado que debilitam a fé presente (Mc 5, 26-27; Jo 5,5 -9); o ensino anti-bíblico (Mc 3,1-5; 7, 8-13); a negligência na pregação do poder da fé, da oração e do perdão (Mc 11,22 -24; Tg 5,14-16); a negligência na busca dos dons divinos, inclusive o da cura, assim como o medo na sua aplicação (1Cor 12, 9-10; 12, 29-30; At 4, 1-12; 4, 29-30; 6, 8-12; 7, 57-58; Hb 2,3-4); a incredulidade (Mc 6,3-6; 9,19-24); a irreverência com as coisas santas (1Cor 11,28-30). Em alguns casos haveria uma

razão discernível para persistência da doença física em crentes dedicados (Gl 4,13-14; 1Tm 5, 23). Em outros, diante da impossibilidade da cura, o ser humano pode receber a graça de preparar-se para morrer, fiel a Deus durante a enfermidade (2Rs 13,14-20).

É interessante ressaltar que na antiguidade de Israel, num contexto caracterizado pela mentalidade preventiva, são admitidos recursos curativos da medicina tradicional, apesar de muito incipientes. Isaías empregou técnicas medicinais para curar Ezequias (2Rs 20,7) e Rafael curou Tobias do mesmo modo (Tb 11, 8-11). O uso de medicamentos e a intervenção de médicos, raros e limitados na época, é pouco citado (Is 1, 6; Jr 8,22). Contudo, em longa e rica referência, o médico é reconhecido como criação de Deus (Eclo 38, 1-15), ao que o doente pode recorrer depois do culto e das oferendas ao divino (Eclo 38, 11), sob pena de condenação pela infidelidade a Iahweh (2Cr 16,12-13). É importante assinalar que, na visão do Novo Testamento, o doente deixa de ser considerado maldito e excluído do mundo, com as representações de Jesus servindo de base para o trabalho de cura das igrejas cristãs tradicionais.

O teólogo Paul Tillich (2005, p. 716-717) relaciona o processo de vida aos processos de auto-identidade e auto-integração e seu equilíbrio. A doença, nesta dinâmica, seria a perturbação ou desintegração, cuja consequência última é a morte. A terapia, seja ela interna ou externa a processos orgânicos, tem como função o restabelecimento do equilíbrio perdido. Para o autor, a cura é sempre fragmentária devido à constante oposição entre as manifestações de saúde (2005, p. 720). Considerando a interdependência entre os aspectos da vida das pessoas, é notório que mesmo o menor ferimento causa uma reação biológica e psicológica no indivíduo. O autor assume que a predominância de certos meios individuais de concepção de vida definirá a cura pretendida.

Tillich (2005, p. 717-720) considera ambígua a questão da cura pela fé, cujo conceito se confunde entre a cura sob o impacto de uma presença espiritual e efeitos psicológicos de ações de caráter mágico. Para o autor, o conceito de fé religiosa envolve a impregnação da presença espiritual e, portanto, nada teria de comum com a noção de concentração e auto-sugestão para a obtenção de cura por grupos que praticam a “cura pela fé”. Compreende a magia como influência de um ser sobre o outro sem comunicação mental ou uso de meios físicos, porém com visíveis efeitos físicos e mentais. Assim, afirma que não se deve admitir unicamente a cura mágica, visto existirem outras formas de cura, e enfatiza a identidade entre saúde e salvação porque ambas expressam a elevação do ser humano à transcendência da vida divina.

Em países desenvolvidos como os Estados Unidos e Inglaterra observa-se uma mudança substancial no perfil de enfermidades mais comumente registradas. Acidentes automobilísticos relacionados ao consumo de álcool, o suicídio e o homicídio são apontados como as principais causas de morte de adolescentes e jovens de até 25 anos, enquanto as doenças crônicas constituem a maior causa de enfermidade, debilidade e morte entre idosos. Os debates acerca das relações entre estilo de vida, classe socioeconômica e injustiça contra certas classes e raças e as enfermidades e doenças refletem a questão secular da visão bíblica sobre a influência dos mundos interior e exterior sobre a saúde. Maior renda e nível de instrução mais elevado podem propiciar a membros de uma família mais conhecimento sobre bons hábitos de saúde e melhor acesso aos serviços de saúde e prevenção. Atualmente, é notória a crise na assistência à saúde. O modelo se mostra ineficiente, sua reforma fracassou e há um desencanto em relação à assistência à saúde. No Reino Unido, o serviço nacional de saúde está entrando em colapso com a diminuição das subvenções públicas, expansão paralela dos serviços privados de saúde e transição que torna os médicos administradores do capital (EVANS, 2002, p. 58-59).

A respeito da relação complexa entre mente e corpo, anteriormente negligenciada pela medicina oficial, Achterberg refere que mente e corpo funcionam com uma unidade, de modo que se é imaginada uma mudança no corpo, opera-se uma reação corporal imediata para atender à demanda mental. Sobre a cura da doença pela imaginação, a autora acrescenta:

A imaginação sempre teve um papel-chave na medicina. O que é a imaginação? É o processo de pensamento que invoca e usa os sentidos: visão, audição, olfato, paladar, sentidos do movimento, posição e tato. É o mecanismo de comunicação entre percepção, emoção e mudança corporal. Importante causa tanto da saúde quanto da doença, a imaginação é a maior e mais antiga fonte de cura do mundo (1996, p. 9).

Nessa linha de pensamento, Ashley Montagu aponta a imaginação como fator de adoecimento. O antropólogo assinala que a falta de desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico, que marca as crianças chamadas “anãs psicossociais”, deve-se à queda na produção de hormônio do crescimento por parte da glândula pituitária (1988, p.198). Sobre o fato, o pediatra G. F. Powel e colaboradores comprovaram que o hipopituitarismo idiopático em causa está associado à falta de amor dos pais, principalmente a privação materna imaginada ou sentida pelas crianças, não a uma má formação na glândula (apud Montagu, 1988, p. 198-199).

Alberto A. Quintana (1999, p. 26-28) avaliando o trabalho de benzedeadas em comunidades pobres do Brasil, admite que a cura religiosa se processa de modo semelhante ao método psicanalítico. O autor parte da concepção de que a doença é uma ferida simbólica, razão do resultado favorável quando o terapeuta (a benzedeadas) oferece uma explicação que combina com as crenças do doente. Essas curas se inserem no contexto da medicina popular ou servem de suporte às expectativas de ocorrências espetaculares ou mudanças não explicadas a nível racional. Neste caso, conforme o antropólogo João Bosco Botelho mostra, a medicina popular configura-se em um certo número de práticas de prevenção e de cura fundadas em uma visão coerente do ser humano e do cosmos, presentes não só nas sociedades agrárias, mas em sociedades modernas como a atual (2005, p. 367-368).

Os problemas relativos à assistência à saúde institucionalizada suscitam a participação dos grupos religiosos, de maneira a fornecer meios para a redução de custos e expansão desta assistência. Seu papel é primordial no que tange às doenças relacionadas ao estilo de vida e na prevenção a doenças. Estes grupos podem oferecer aos pacientes o apoio emocional através do afeto, toque, compaixão, esperança, oração e culto, fé dos amigos e da família. No entanto, este apoio pode inspirar no doente uma expectativa de cura superior ao que pode ser atingido. Uma vez abrandada, pode-se obter a restauração da saúde num nível aceitável (EVANS, 2002, p. 59-60).

No século XIX, segundo Evans, surgiu nos EUA, entre os protestantes, o ministério terapêutico pentecostal ou carismático. Para os pentecostais, a cura milagrosa é advinda de ação do Espírito Santo. Esta corrente, entretanto, não é completamente aceita pelos setores cristãos mais tradicionais muito embora seja o movimento que mais apresenta crescimento no mundo. A grande preocupação, especificamente na Inglaterra, era o fato de, em alguns casos, haver conexões com grandes negócios e com a direita política (2002, p. 99).

É oportuno destacar que os protestantes, no sentido amplo das agremiações eclesiais resultantes da Reforma do século XVI, instituíram e mantêm proibições contra o fumo e bebidas alcoólicas. Em face do problema crescente das doenças auto-induzidas, como o estresse e a dependência de drogas, acreditamos no reconhecimento cada vez maior do ministério terapêutico, exercido de forma ecumênica no amplo espectro das religiões.

1.2 Terapia e religião – retrospectiva histórica

A religião e a medicina partem de necessidades diferentes do ser humano. Enquanto a religião procura satisfazer a necessidade de relação com o mundo que o transcende, a medicina cuida concretamente da sobrevivência dele. Segundo o antropólogo João Bosco Botelho, não se pode precisar quando o ser humano, já consciente da sua mortalidade, associou conhecimentos rudimentares e práticas utilitárias com crenças mágicas e religiosas para, intencionalmente, evitar o sofrimento e garantir a sobrevivência. É plausível que se identifique a doença original na tomada de consciência da primeira dor e, no ato instintivo do seu tratamento, a origem da medicina (2005, p. 85). Sobre isso, o filósofo Michel Foucault (2004, p. 58) escreve:

Na aurora da humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia. Essa relação era de instinto e de sensibilidade, mais do que de experiência; era estabelecida pelo indivíduo para si mesmo antes de ser tomada por uma rede social.

Desde então, a medicina e a religião servem ao ser humano, associadas ou distantes conforme o momento histórico e cultural, inseridas no conceito de cultura concebido pelo antropólogo E. B. Tylor como “aquele todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, leis, costumes e todas as outras aptidões e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade” (*apud* HELMAN, 2003, p.12). Nessa perspectiva, segundo François Steudler coexistem, de um modo geral, três modelos de enfrentamento da doença: o modelo mágico-religioso, que vê nos espíritos malignos as causas das enfermidades, cujo tratamento compete ao sacerdote ou ao feiticeiro; o modelo empírico, fundamentado na observação direta e originado na revolução hipocrática da medicina grega, que limita a participação do sacerdote enquanto consolida e amplia o papel do médico; e o modelo científico, decorrente do avanço tecnológico ocorrido nos séculos XVII e XVIII, que separou formalmente a medicina da religião e foi radicalizado no modelo biomédico atual (*apud* SCLIAR, 2001, p. 11-12).

Tendo em vista delimitar o nosso estudo, partimos da antiga Mesopotâmia, área do Oriente Médio situada entre os rios Tigre e Eufrates, correspondente ao Iraque contemporâneo, o berço da civilização e das primeiras grandes realizações culturais que dignificaram a humanidade.

1.2.1 Terapia e religião – uma relação antiga

Documentos catalogados entre os mais antigos conhecidos atualmente, como a *Epopéia de Gilgamesh*, o *Código de Hamurabi* e a *Iliada de Homero*, ao lado dos textos reunidos na Bíblia, registram a relação entre terapia e religião.

Na Mesopotâmia a religião nasceu com o sentimento de adoração às forças da natureza, evoluindo para a aglutinação entre as divindades oriundas da concepção sumério-acadiana. Os deuses mesopotâmicos eram esplendorosos, dotados de qualidades superlativas em bondade e maldade na sua relação de intimidade e posse do mundo e dos seres humanos. O primoroso mito babilônico Gilgamesh, que para alguns provoca analogias com textos bíblicos de datação posterior, contém fragmentos de mitos sumerianos do quarto milênio a. C. Conforme a psicanalista Rivkah S. Kluger, colaboradora de Carl G. Jung, a obra sugere a presença de altares e práticas de culto sacrificial pela vida e pela cura desde aquele tempo: “Quando haviam matado o touro celeste, arrancaram-lhe o coração e o colocaram diante de Shamash. Afastaram-se e se prostram diante de Shamash” (1999, p. 152). Em outra versão do épico anônimo, A Epopéia de Gilgamesh, depois de ouvir o sonho que prenuncia a morte do amigo Enkidu, vitimado pela maldição dos deuses, Gilgamesh expressa o que parece ser a primeira referência escrita de um apelo humano pela cura divina: “Rezarei agora aos grandes deuses, pois meu amigo teve um sonho ominoso” (2001, p. 131).

Hélio Jaguaribe (2002, p. 102-105) destaca Anu e Marduk como divindades supremas e regentes do mundo na visão do sincretismo sumério-acadiano. O historiador assinala o admirável, para a época, estágio de desenvolvimento da cultura mesopotâmica no emprego de plantas medicinais e práticas médico-cirúrgicas, chamando a atenção para o fato de que “o bom tratamento envolvia sempre a ação combinada de um médico e de um sacerdote-mágico. O médico João Alfredo De Marco chama atenção para o registro histórico que testemunha a crença na existência de seres sobrenaturais produtores de doenças, classificados por tipo de moléstia que cada um causava (2003, p. 24).

O Código de Hamurabi, o conjunto de leis mais remoto da história da humanidade, sistematizado na Babilônia do século XVIII a.C., insere o objeto do nosso estudo nesse segmento. No final do seu reinado, Hamurabi fez erigir uma "estela" gigante, na qual mandou gravar a própria imagem recebendo do deus Marduk as insígnias do reinado e da justiça. Embaixo da moldura, destacam-se 21 colunas contendo as 282 cláusulas que compõem o documento histórico. O sentimento de religiosidade da época aparece nas

palavras de reverência e devoção aos deuses gravadas no prólogo do documento. Hamurabi evoca o deus Anu, que do topo do panteão o ungira rei da Babilônia (ELIADE, 1998, p. 62):

Quando o alto Anu, Rei de Anunaki e Bel, Senhor da Terra e dos Céus, determinador dos destinos do mundo, entregou o governo de toda humanidade a Marduk (...), quando foi pronunciado o alto nome da Babilônia; quando ele a fez famosa no mundo e nela estabeleceu um duradouro reino cujos alicerces tinham a firmeza do céu e da terra - por esse tempo de Anu e Bel me chamaram, a mim, Hamurabi, o excelso príncipe, o adorador dos deuses, para implantar a justiça na terra, para destruir os maus e o mal, para prevenir a opressão do fraco pelo forte (...).

No artigo 218 o Código determina enfático: “Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o mata, ou lhe abre uma incisão com a lanceta de bronze e o olho fica perdido, se lhe deverão cortar as mãos” (DE MARCO, 2003, p. 23). A determinação referida, que é o registro histórico mais antigo da aplicação do rigor legal contra a má prática médica, deixa entrever a concepção da proteção da saúde e da cura por meio de um ser humano ungido como instrumento divino.

1.2.2 A terapia na cultura grega

Na religiosidade da Grécia antiga, os deuses participavam da intimidade da vida das pessoas, as quais sacralizavam todos os tempos e espaços com práticas reverenciais, dos lares aos templos e às zonas de combate. Nesse contexto, a cura pela intervenção divina, ofertada pelos sacerdotes, convivia com a atividade de médicos e mágicos como fato natural para a mentalidade da época.

No poema épico A Ilíada, escrito por volta de 725 a. C., Homero (1996, p. 91) coloca nas palavras do poderoso rei Agaménon, falando ao irmão Menelau ferido por uma flecha troiana, a expressão de desespero e apelo religioso do ser humano frente ao risco de morte :

Que venha um médico, logo, explorar a ferida e cobri-la com salutíferas drogas, que possam da dor libertar-te. (...) Corre, Taltíbio, e nos traze, sem perda de tempo, Macáone, médico irrepreensível, o filho notável de Asclépio, para que o filho de Atreu, Menelau valoroso, examine.

Na sua obra prima, Homero realça a “compostura divinal” e o prestígio que era dispensado ao médico prático da época, representado no médico-herói Macáone, bem como a

convivência natural entre a medicina humana e a cura religiosa:

Quando, afinal, alcançou o lugar onde estava o guerreiro filho de Atreu, vulnerado, cercado por todos os chefes, com divinal compostura avançou para o meio do círculo. A seta, então, sem demora, do cinto apertado retira, ainda que as farpas agudas, quando ele puxou, se virassem. A malha, após, retirou, a couraça de aspecto brilhante e o cinturão que o bronzista, com muita perícia, forjara. Pondo patente a ferida que o dardo amargoso fizera, chupa-lhe o sangue, cobrindo-a, depois, habilmente, com bálsamo cujo segredo Quirão, por afeto, a seu pai ensinara(1996, p. 92).

Por volta do século VI a. C., em santuários dedicados às divindades médicas locais, os devotos ofereciam sacrifícios, purificavam-se com dietas, banhos, rituais apropriados e, eventualmente, obtinham solução para as enfermidades. Em Trica, na Tessália, região em que teria nascido Asclépio, o médico grego elevado à categoria de divindade, foi construído o mais antigo templo de curas, dentre muitos dedicados ao deus grego da Medicina. Posteriormente, por volta do século V, erigiu-se um templo na cidade de Epidauro, que tornou-se o mais influente na sua época, seguindo-se outras edificações menores em Atenas, Cós, Pérgamo e Roma a partir do século IV a. C. A escolha das localidades das edificações sagradas seguia critérios como clima agradável, proximidade de bosques e fontes de águas minerais. Segundo as inscrições do templo de Epidauro, os doentes acorriam mobilizados pela confiança na cura depois de consultas e opiniões de médicos tradicionais (KOESTER, 2005, p. 176).

O tratamento iniciava-se com um sacrifício ao deus e, depois de um banho de purificação, o enfermo era levado a adormecer dentro do recinto sacralizado e transformado em espaço terapêutico da cura. O processo se completava no sonho sagrado, promotor da relação pessoal com o Deus, o qual tratava amorosamente o suplicante ou ordenava a uma serpente que lambesse a região afetada pela doença. Outras vezes, Asclépio recomendava tratamentos com prescrição de banhos, massagens, plantas medicinais, oferecimento de sacrifícios, viagens, exercícios físicos e outros procedimentos salutareos. Os doentes satisfeitos expressavam sua gratidão ao deus, como parte significativa do ritual, com oferendas em pedra ou madeira esculpidas com dedicatórias e o relato da cura, modelos do órgão curado, além de contribuição em valores materiais para o templo. No cenário da cura divina, os sacerdotes-médicos tinham como função a ambientação cuidadosa e o auxílio aos suplicantes na execução dos sacrifícios de animais, na interpretação dos sonhos e no encaminhamento das dádivas aos deuses (KOESTER, 2005, p. 177-179).

Para o helenista Werner Jaeger (2003, p.1001), na Grécia do final século V e durante o século IV a. C. a medicina e o médico alcançaram o seu auge de reconhecimento pela contribuição social e espiritual. Numa época de revolução cultural sem par no mundo antigo, os médicos gregos preservaram o seu apreço à disciplina do método reflexivo e ao patrimônio de saberes dos filósofos que os precederam. Nesse linha de pensamento, identificamos elementos do pensamento de Platão sobre a cura envolvendo a crença em Asclépio e a confiança em Hipócrates. O filósofo trata de conceitos atuais como a adequação da terapêutica a cada caso, desde o aproveitamento restrito dos recursos naturais do organismo humano, até o emprego de práticas culturais como a ginástica, a dieta e as drogas. Nas suas reflexões Platão (2002, p. 98-101) deixa entrever a preocupação com o prolongamento artificial da vida, decorrente da intervenção médica fútil, visto como dano ao paciente.

Foi nesse contexto que Hipócrates e sua escola de Cós construíram uma base segura para sua medicina racional sem o desmonte traumático das pontes com a religião. Nota-se claramente isso na reverência aos deuses na abertura do famoso Juramento do médico grego: “Eu juro por Apolo, médico, por Esculápio, Higia e Panacéia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue (...)” (HIPÓCRATES, 2002, p. 17).

No período helenístico, a nova medicina clínica desenvolveu a observação direta do doente e a avaliação das causas e sintomas das doenças, sem perder de vista a importância da atividade física, da higiene e da dieta para a preservação da saúde e a cura (DE MARCO, 2003, p. 30). Na área intervencionista, a anatomia contribuiu com os novos conhecimentos obtidos através da dissecação de cadáveres humanos, com destaque para a descoberta do sistema nervoso pelo médico Hierofilo, no século III a.C. Posteriormente, nos séculos II e I a.C., sob o domínio imperial de Roma, os centros de culto e cura de Asclépio permaneceram ativos e florescendo, contudo ocorreu a decadência do prestígio do médico na sociedade, acompanhada do crescimento do charlatanismo e da magia (KOESTER, 2005, p. 129)

Koester (2005, p. 367) diz que devido à força da devoção que inspirava e ao fato da religião romana ser sincretista, Asclépio foi introduzido em Roma no ano de 293 a.C., recebendo o nome latino de Esculápio, com o fim de combater uma praga que desafiava a medicina e castigava severamente os romanos.

1.2.3 A terapia na cultura judaico-cristã

O modelo de enfrentamento da doença predominante no Antigo Testamento é o religioso, mas os israelitas não responsabilizavam os espíritos malignos pelas moléstias que os atingiam. A doença quase sempre era percebida como uma punição originária do Deus daquele povo monoteísta (SCLIAR, 2001, p. 20). Nesse sentido o Antigo Testamento é rico em referências à doença e à cura como fenômeno inerentes ao ser humano em pecado. As exortações de Deus à obediência são bem explícitas, segundo o Lev 26,14-16:

¹⁴ Mas se não ouvirdes e não praticardes todos estes mandamentos, e ¹⁵rejeitardes os meus estatutos, desprezardes as minhas normas e quebrardes a minha aliança, deixando de praticar todos os meus mandamentos, ¹⁶então eu farei o mesmo contra vós. Porei sobre vós o terror, o definhamento e a febre, que consomem os olhos e esgotam a vida.

Por outro lado, as pessoas que cumprem os preceitos divinos, recebem como recompensa a garantia da cura e a proteção contra as doenças, conforme o contido em Ex 15,26:

²⁶ Depois ele disse: Se ouvires atento a voz de Iahweh teu Deus e fizeres o que é reto diante dos seu olhos, se deres ouvidos e guardares todas as suas leis, nenhuma enfermidade virá sobre ti, das que enviei sobre os egípcios. Pois eu sou Iahweh, aquele que te restaura”.

Como já foi citado, o médico aparece muito pouco no Antigo Testamento, mas faz-se rica referência ao uso de drogas medicamentosas, ao médico e ao farmacêutico como criações e instrumentos de Deus (Eclo 38, 1-8).

A ausência de médicos, contudo, não significava a aceitação passiva da doença ou da morte, mas uma atenção preferencial para a prevenção, o que incluía rigorosas prescrições dietéticas e de higiene. Aos sacerdotes cabia a responsabilidade do diagnóstico de determinadas moléstias contagiosas, especialmente a lepra, devido ao estigma da exclusão social que a doença impunha. Scliar (2001, p. 20-21) refere que para os israelitas, como o ser humano “foi criado à imagem e semelhança de Deus, a vida é sagrada, o ser humano é obrigado a preservá-la”.

No Novo Testamento, vemos o ressurgimento dos espíritos e forças demoníacas como causa de doenças, mas como decorrência de pecados cometidos, não por vontade de Deus. Segundo Marcos, Jesus deu aos doze discípulos o poder de curar, missão que

cumpriram com entusiasmo no processo de evangelização implantado pelo cristianismo primitivo (Mc 3,14-15). As dificuldades e o sofrimento dos apóstolos evangelizadores têm a dimensão dos resultados históricos registrados (At 3, 2-8; 8, 6-8; 8, 14-17; 9, 33-35; 9, 40-42).

Foi o cristianismo que implantou as bases das instalações destinadas aos doentes, embora o objetivo primeiro não fosse o tratamento das doenças. Na metade do século IV, o termo latino *Hospitia* era utilizado para designar instalações ligadas aos mosteiros, que hospedavam e protegiam refugiados, peregrinos e pessoas doentes. A partir do ano 335 d. C., em substituição aos templos de Asclépio como refúgios de enfermos, bem como para afirmar a tradição cristã de proteger os desamparados e os doentes, começaram a construir os primeiros hospitais. A mudança representou uma revolução no mundo pagão, onde não havia o sentimento de compaixão relativa à doença e ao infortúnio. Assim, historicamente, pode-se afirmar que a atenção médica e o cuidado institucional para a cura do ser humano enfermo surgiu com o cristianismo. Especialmente depois da queda do império romano, na medida em que o Estado deixou de oferecer serviços de saúde ao povo, os hospitais cristãos foram fundamentalmente importantes. Entre os séculos VIII e IX, a Igreja começa a distinguir pecado de doença e a concentrar-se mais na salvação. É plausível que se vincule ao fato a atenção maior e mais humanizada ao cuidado dispensado ao doente, sem interesse na terapêutica. Assim, na Europa do início da idade média, a medicina era praticada especialmente por monges, que rejeitavam os preceitos e as práticas curativas de Hipócrates por considerá-las de raízes pagãs. Por volta do século XIII, a limitada habilidade cirúrgica dos monges, assim como o crescente interesse por vantagens financeiras e benefícios materiais como retribuição pelos serviços médicos nos mosteiros, levou a Igreja a introduzir o enfermeiro no espaço do cuidado aos doentes. Dessa forma, os monges passaram aos cristãos leigos o ministério de cura (EVANS, 2002, p. 31-34).

De fato, Carlos Miranda refere que o Concílio de Viena decidiu, em 1312, que a assistência médica deveria ser, a partir de então, uma atribuição de leigos, cabendo os religiosos dedicar-se à assistência espiritual. O autor diz que a proibição não impediu que religiosas continuassem suas atividades nas enfermarias e na administração de hospitais seculares até hoje (2004, p. 394).

Com a destruição dos mosteiros, entre os anos de 1525 e 1540, o sistema de assistência aos enfermos foi desestruturado e os fundos de assistência à saúde foram extintos pelos reformistas. Dessa forma, por absoluta necessidade, entre 1720 e 1750, vários

hospitais de voluntários foram criados em Londres e outras cidades, sob a administração de instituições de caridade organizadas pelo Estado ou cidades individuais (CROWLESMITH, *apud* EVANS, 2002, p. 39).

A marca divisória entre o cuidado da alma pela Igreja e a intervenção da ciência no campo da saúde física foi fixada entre os séculos XVII e XVIII, assim continuando até os tempos atuais (KELSEY, 1998, p. 81). Na Inglaterra, até o final do século XVII, clínicos e outros profissionais de saúde eram licenciados pelos bispos diocesanos. No século XIX, devido ao Ato de Registro Médico, todos os profissionais religiosos, à exceção dos médicos qualificados, foram excluídos da prática médica, selando a separação formal entre religião e saúde (EVANS, 2002, p. 50).

O filósofo Michel Foucault afirma que, antes do século XVIII, os hospitais serviam para separar os enfermos da sociedade, enquanto esperavam a morte, não havendo quase nenhuma intervenção sobre a doença ou no doente. Foucault assinala, sem fazer referência à contribuição religiosa, que em torno de 1780 desenvolve-se com clareza a consciência do hospital como instrumento terapêutico, trazendo o disciplinamento dos saberes, das práticas e do espaço institucionalizado de cura na Europa (2008, p. 99-101). É nesse período que a Academia de Ciências da França busca uma padronização para os hospitais existentes, a partir de uma série de viagens de pesquisa, cujo objetivo era estudar aspectos físicos e funcionais para transformar os depósitos de doentes da época em instituições de prática médica na assistência à saúde. A formação médica, que não incluía atividade hospitalar, após essa fase tornou-se uma atividade rotineira, com visita e evolução hospitalar dos pacientes realizadas por médicos, cujo trabalho era observar o comportamento dos doentes e tentar auxiliar a natureza no processo de cura. (2008, p. 99-102).

As guerras levaram à necessidade da criação de hospitais militares, abundantes na Europa em séculos passados. Sua disciplina foi incorporada por estas instituições e influenciou o funcionamento hospitalar tal como conhecemos hoje, com fichamento dos pacientes, identificação por leitos e a separação por doenças. Assim, o hospital europeu passa a ser um campo documental normatizado, além de um espaço de cura (FOUCAULT, 2008, p. 104-105).

No Brasil, a terapia de feição judaico-cristã chegou, no ano de 1549, com os primeiros jesuítas que acompanharam o governador geral Tomé de Souza. Como testemunho do trabalho dos inicianos nas suas enfermarias instaladas em Pernambuco, o historiador Carlos Miranda (2004, 246) aponta uma carta do padre Pedro Dias, de 30 de julho de 1689,

dirigida ao padre Antonio do Rego. O documento registra a relevância da assistência espiritual e corporal prestada aos nativos vitimados pela febre amarela:

A este miserável espetáculo acudiram logo os nossos religiosos do Colégio do Recife, mas como eram poucos e a seara grande, foi necessário socorrer deste colégio da cidade de Olinda com ânimo deliberado de sacrificar as vidas, em tão gloriosa ocupação, a saúde espiritual e temporal dos próximos para honra e glória da companhia, em que se ocupam de dia e de noite, exceto o tempo necessário a refeição, missa e reza, porque não esperavam ser chamados no colégio, mas andavam pelas ruas oferecendo-se e buscando os enfermos e moribundos mais pobres e necessitados. E talvez achavam muitos que morriam sem confissão, por não haver quem lhes chamasse; e outros morrendo a míngua e falta do necessário, a que procuravam socorrer por si e por terceiras pessoas (*apud* MIRANDA, 2004, p. 246)

Por outro lado, Miranda mostra a interferência da Igreja no trabalho assistencial dos cristãos-novos na área da saúde no Brasil Colônia. Fica bem evidente, no título 160 das Constituições Primeiras do Arcebispado da Bahia, datada de 1707, a face da evangelização radical implementada na época (*apud* MIRANDA, 2004, p. 260):

Mandamos a todos os Médicos e Cirurgiões, e ainda Barbeiros que curam os enfermos nas Freguesias, onde não há Médicos, sob pena de cinco cruzados para as obras pias, e Meirinho Geral e das mais penas de direito, que indo visitar algum enfermo, (não sendo a doença leve) antes que lhe apliquem medicinas para o corpo, tratem primeiro da medicina da alma, admoestando a todos a que logo se confessem, declarando-lhes que se assim o não fizerem, os não podem visitar e curar, por lhes estar proibido por direito, e por esta Constituição : de tal sorte que entendam, que esta admoestação se lhes faz por bem da saúde da alma, e do corpo; e, no segundo dia, os tornar a admoestar; e se ao terceiro, lhes não constar, que estão confessados, os não visitem mais sob as mesmas penas.

Apesar da coação e ameaças dos inquisidores da Igreja, segundo Miranda, depois da expulsão dos holandeses os cristãos-novos fugidos de Portugal assumiram o exercício da prática médica no Brasil.

1.2.4 A terapia no século XX

Ao observador empírico deste início de século XXI, ocorrem duas impressões sobre o ser humano como ente vulnerável entre a saúde e a doença. Na primeira, parece que o homem moderno não se dá conta de que, enquanto nega o milagre, confere à ciência o caráter extraordinário que o milagre tinha na mentalidade antiga; na segunda que, enquanto

se afasta do sagrado tradicional, o mesmo homem deseja intervir no curso normal da natureza e, por meio das ciências da saúde, imunizar-se contra todos os sofrimentos, além de manter-se eternamente jovem e esbelto, talvez preparando o corpo para a imortalidade material.

No século XX, as ciências da saúde encontraram soluções eficazes, preventivas ou curativas, para males crônico-degenerativos e infecciosos que atormentaram o homem desde os primórdios da sua humanidade. Assistimos admirados à ultrapassagem das expectativas do refinamento instrumentado dos diagnósticos, do transplante de órgãos de toda ordem e do acesso ao campo da origem genética das doenças e das pesquisas da física quântica (MOSER, 2004, p.18-29). O fenômeno está inserido na busca da tecnologia apropriada ao desenvolvimento dos serviços de saúde, na linha do pensamento de Marília Bernardes Marques (1991, p. 65), que expõe a definição de tecnologia como “o conjunto de técnicas, medicamentos, equipamentos e procedimentos utilizados por profissionais de saúde no oferecimento de cuidados médicos aos indivíduos e pelos sistemas nos quais tais cuidados são ofertados.

Contudo, para a cura medicamentosa da lepra, símbolo bíblico da dor e exclusão social, contrapõem-se doenças emergentes como a AIDS, que mantém o estigma do isolamento. Dessa forma, entre avanços e novos desafios, é evidente o salto tecnológico do complexo médico-industrial no século XX, mas enquanto amplia as possibilidades do diagnóstico e da cura, promove a explosão dos custos dos serviços, incentiva a especialização ilimitada dos terapeutas e agrava as dificuldades de acesso aos benefícios pelos segmentos de baixa e média renda das populações.

Um acontecimento da maior relevância na ciência médica do século XX, a partir de 1950, foi a aceitação da medicina psicossomática, campo de estudos que comprovam a relação entre mente e corpo. O fato representa o rompimento do domínio da medicina estritamente científica, do fenômeno racional, tangível e replicável sem variações nos detalhes mínimos. Nos EUA, segundo Evans, os quatro tipos de enfermidade-cardiovascular, câncer, artrite e problemas respiratórios – são cada vez mais encarados como psicossomáticos, razão para algumas escolas de medicina incluírem a formação em saúde integral em seus currículos (2002, p. 61-62).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em resolução datada de 1998, saúde é um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. No entanto, uma síntese das conclusões de importante pesquisa denominada “The Faith Factor”, realizado por D. Matthews, D. Larson e

colaboradores, afirma que a ciência médica tem subestimado o papel dos fatores fé/confiança e religião na saúde. Sobre isso, na análise de 146 de um total de 158 estudos do trabalho, 77% demonstraram a influência positiva da religião na saúde; 17% mostraram-se neutros ou ambíguos e 6% apresentaram resultados negativos. A importante pesquisa assinala que:

Os efeitos positivos das variáveis religiosas, indicando compromisso religioso, foram achados em todas as áreas, incluindo uso de drogas e álcool, sintomas psicológicos, sintomas físicos e resultados gerais na saúde, e variáveis psicossociais incluindo medidas de bem-estar (*apud* EVANS, 2002, p.79).

Como parte dessa revisão, os efeitos da frequência à igreja sobre a saúde foram avaliados em uma população de 91.909 indivíduos residentes na cidade de Washington County, em Maryland, apontando para o benefício associado a significativas reduções na morbidez e na taxa de mortalidade causadas por enfermidades. No mesmo “The Faith Factor”, em estudos voltados para a influência da religião sobre o controle da pressão arterial, observou-se que pessoas de maior devoção mantêm taxas mais baixas de hipertensão através de dietas e mudanças comportamentais. Nessa linha de interesse, agora especificamente voltada para a relação entre saúde e frequência religiosa, pesquisa envolvendo uma amostra de 964 pacientes entrevistados num centro de saúde em Glasgow, Escócia, constatou que pessoas adultas, entre católicos e protestantes, apresentaram 41% de índices físicos, mentais e sociais melhores que os resultados de não frequentadores da igreja (*apud* EVANS 2002, p.80-81).

No Brasil, através do depoimento de uma mulher do povo, Ribeiro de Oliveira mostra como o sofrimento e as dificuldades do cotidiano são tratados na religiosidade popular (*apud* DALGALARRONDO, 2008, p. 252):

Por isso, seu moço, é que eu digo: todas as religiões são boas, mas cada uma pra uma ocasião. Para quem não tem problema na vida, a melhor religião é a católica; a gente se pega com os santos, vai a igreja quando quer e ninguém incomoda a gente. Pra quem está em dificuldade financeira, a melhor religião é a dos crentes, porque eles ajudam a gente como irmãos; só que não pode beber, fumar, dançar nem nada. Agora, pra quem sofre de dor de cabeça, a melhor religião é a dos espíritas; ela é exigente, não se pode faltar às sessões, mas cura mesmo. Se Deus quiser, quando eu ficar curada de tudo, eu volto pro catolicismo.

No relato da depoente, segundo a perspectiva do psicólogo Gordon Allport, fica evidente um sentimento religioso imaturo, característico dos indivíduos que fazem da religião uma utilidade para a satisfação de seus interesses imediatos, diferente da religiosidade

intrínseca, que é “compreensiva, integradora e motivacional” (*apud* DALGALARRONDO, 2008, p. 86-87). Parece claro, do mesmo modo, certo grau de desconforto nas mudanças que a necessidade impõe e o pluralismo religioso promove, bem como a vontade expressa de pertença para o desenvolvimento da fé/confiança.

1.3 O problema atual: a desconexão entre medicina e religião

O distanciamento entre a medicina e a religião tem sido incentivado desde o iluminismo, sob o argumento de que a religião limita o desenvolvimento das ciências da saúde. Para Antonio Moser (2004, p. 18), a dessacralização da medicina e da classe médica teve origem dentro do campo da saúde devido ao desenvolvimento de ciências afins.

O resultado parece evidente no aparelho de capacitação em saúde na realidade brasileira atual. Com efeito, identificam-se traços de cientificismo e materialismo na formação profissional dos terapeutas, especialmente dos médicos. A questão tem interesse para o nosso trabalho por ser possível causa indireta da má qualidade dos serviços e diretamente associada à degradação da relação terapeuta-paciente.

1.3.1 A falta de confiança na medicina

São os sistemas de atenção à saúde que conferem, no ato terapêutico, a forma final da relação entre os doentes e os terapeutas, pelo que ela deve ser estudada no contexto onde se realiza. Sobre sistemas de saúde, o antropólogo Arthur Kleinman diz (*apud* DUARTE, 2001, p. 109):

Pacientes e agentes de cura são componentes básicos de tais sistemas e, desse modo, inserem-se em uma configuração específica de significados culturais e de relações sociais. Não podem ser compreendidos separados deste contexto. Enfermidade e processo de cura também conformam parte do sistema de atenção - cuidado - à saúde.

Nessa perspectiva, consideramos o aparelho formador dos terapeutas um elo fundamental do sistema de saúde pública vigente no Brasil. Quando adota a política de produção em massa, centrado em um modelo afastado dos aspectos humanos e da atitude de servir, fica evidente o prejuízo que resulta. A predisposição mental e comportamental para o serviço amoroso e de excelência, desde a prescrição até o cuidado, é indispensável no processo terapêutico. Ela é facilitadora da interação de confiança que conforta e estimula os recursos naturais do ser humano na crise existencial da doença. Podemos acreditar que essa é

uma das causas, dentre outras que exporemos, do crescimento da procura por medicinas alternativas desconectadas das ciências da saúde, assim como da ampliação do já perigoso e descontrolado mercado religioso de curas.

Na visão do sanitarista e mestre em medicina social Paulo M. Buss, a relação terapeuta-paciente depende do equilíbrio de forças entre o interesse social e profissionais detentores do monopólio do conhecimento e movidos pelo corporativismo, traços igualmente estruturados no campo de influência do aparelho formador (1995, p. 61):

É na relação terapeuta-paciente que a esse interesse maior se contrapõe a ideologia individualista de um profissional formado dentro de uma concepção mundial medicalizada, tecnologizada e hiperespecializada de abordagem e tratamento do evento pessoal e único que é o de buscar bem-estar físico e mental e alívio para a dor.

Maldonado e Canella (2003, p.35) mostram a distância entre a onipotência do terapeuta e a fragilidade do paciente, o que expressa a necessidade de uma interação humanizada para reduzir a insegurança e a desconfiança que, no âmbito do sistema de saúde pública brasileiro, são compartilhadas:

Quanto mais forte a ilusão de onipotência, mais intensa a culpa onipotente, manifestada pelo medo de cometer falhas imperdoáveis ou causar danos irreversíveis. Nesta dinâmica, o atendimento é vivenciado como uma situação de poder e de superioridade, em que o profissional fica como forte, inclusive com força destrutiva, e o cliente é visto como frágil, vulnerável, que pode desmoronar sem esboçar a menor defesa.

Sabe-se que a formação médica no âmbito universitário ocidental nasceu com as primeiras universidades, na Idade Média, com a medicina procurando definir seu lugar no conjunto dos saberes da época, embora sob rigoroso controle da Igreja (CAIRUS; RIBEIRO JÚNIOR, 2005, p. 163). A partir do renascimento, o ensino médico sofreu uma fragmentação disciplinar progressiva e chegou ao século XIX cada vez mais técnico, prático e dissociado da magia e da religião. Contudo, conservava parcialmente a sua dimensão filosófica, com o terapeuta ainda praticando a reflexão antes da ação. Sobre isso Patrick Paul (2000, p. 1-2) assinala:

Com o século XVIII e o século XIX, o ensino da medicina torna-se cada vez mais prático e técnico, mas sem perder totalmente a sua dimensão filosófica. A arte médica impunha tanto a reflexão quanto a ação, mas se apoiava sempre numa atividade empírica proveniente das ciências aplicadas e dos conceitos científicos em geral.

O mesmo autor, discorrendo sobre essa questão da maior importância, diz que:

Sua preocupação atual se fundamenta na constatação das dificuldades que os médicos enfrentam no exercício profissional, devidas à fragmentação dos saberes, à complexificação dos procedimentos, à informação e à informatização a qualquer preço, ao aumento dos problemas jurídicos, ao quadro deontológico e à explosão dos custos da saúde (2000, p. 5-6).

A impressão atual é que o avanço tecnológico sem par, enquanto amplia as possibilidades de diagnóstico preciso da doença, o que é favorável ao tratamento e ao cuidado, afasta o terapeuta do paciente e desumaniza, quando não impede, a interação. Uma cena expressiva é a solidão de um doente no túnel de um aparelho de ressonância magnética, cujas imagens, transmitidas ao consultório de um cirurgião, decidem a programação de uma cirurgia. Posteriormente, o mesmo cirurgião aborda um corpo inconsciente pelo efeito de uma anestesia geral e efetua a cura física do doente. Exemplo mais contundente do afastamento terapeuta-paciente que a tecnologia médica pode promover é a tele-medicina. No mundo real, em um país como o Brasil, marcante pela dimensão continental, diversidade epidemiológica e distribuição geográfica e social de recursos profundamente desigual, a tele-medicina tem o sentido positivo de disseminar conhecimentos, técnicas e práticas médicas, especialmente em situações emergenciais. Mas no mundo ideal, do dever-ser comprometido com o bem comum, fica evidente a falta de interação entre o paciente e o terapeuta motivador da fé /confiança que contribui para a cura integral nas dimensões física, psíquica, espiritual e social.

Nessa perspectiva, impressiona o descaso com a estruturação da atitude dos terapeutas nos aspectos relacional e da autoridade para educar o paciente em benefício da própria saúde:

O ato relacional, embora essencial na relação médico-paciente, é valorizado de maneira insuficiente(...). Mas para responder de outro modo, é preciso ser formado de outro modo. Ou seja, é preciso ter valorizado o âmbito da autoformação do sujeito médico, a fim de que este possa, por sua vez, dinamizar a autoformação e a educação do sujeito paciente. (...) E atualmente a medicina parece muito mais preocupada com vencer a doença do que com cuidar de um ser humano(...). Ela aplica seus métodos objetivamente, esquecendo muitas vezes que o sujeito doente também se inscreve numa dimensão psicossomática, psicológica, psicossocial, sociocultural, e mesmo numa dimensão espiritual e religiosa (PAUL, 2000, p. 6).

Realmente, o entusiasmo extremado do terapeuta moderno pelo modelo biomédico parece fundamentar-se, além do reconhecimento geral dos extraordinários resultados, na consciência da dessacralização do mundo e da aparente supremacia da razão. Contudo, todo ser humano é a expressão consciente de experiências inconscientes, ninguém é exclusivamente racional (ELIADE, 1998, p.170). Nesse sentido, Umberto Galimberti (2006, p. 9) escreve que o homem moderno está convencido de que é senhor da técnica, sem preocupar-se com estigma ameaçador de que “a técnica nasceu não como expressão do ‘espírito’ humano, mas como ‘remédio’ à sua ineficiência biológica. Expressando a sua preocupação com uma possível vingança da técnica, o filósofo diz:

O despertar religioso, sob todas as diferentes formas a que hoje assistimos, não nos deve iludir. Ele é só um sintoma da inquietude do homem contemporâneo que, tendo crescido na visão da técnica como projeto de salvação, hoje percebe à sombra da expansão técnica a possibilidade de extinção. (GALIBERTI, 2006, p.570)

A preocupação de Galimberti é extensiva ao setor assistencial da saúde, onde o império da técnica se impôs a partir da primeira metade do século XX e consumou o processo de desumanização da medicina científica.

Para o sociólogo Paulo Henrique Martins, o processo de desumanização começou com o incentivo à biotecnologia promovido pela aliança entre cientistas e homens de negócios ávidos por lucros, entre os séculos XVIII e XIX, que resultou no nascimento da clínica médica (2003, p. 33). Num outro enfoque, discorrendo sobre a evolução da medicina para a biomedicina moderna, o médico Julio de Mello Filho (2006, p.110) aponta a influência de Abraham Flexner, autor do relatório histórico que mudou radicalmente a educação médica nos Estados Unidos e promoveu o desenvolvimento da especialização descontrolada na medicina ocidental.

A temática está inserida na área de interesse do nosso trabalho, pois mostra a origem da feição tecnicista, hospitalo-cêntrica e de altos custos do modelo impessoal de assistência à saúde implantado no Brasil. Mello Filho critica o relatório Flexner por privilegiar a capacitação científica em detrimento da educação em humanidades promotora da relação terapeuta-paciente. O autor afirma enfaticamente (2006, p. 111-112):

Depreende-se daí que o estudante de hoje necessita de uma formação muito mais complexa e abrangente, incluindo as áreas do corpo, da mente e da sociedade na qual habita: família, ambiente sociocultural e ecológico (...).Hoje se exige, entre outras coisas, uma visão do estudante da relação com seu paciente, com a percepção de suas reações emocionais para com

este (contratransferência) incluindo os malefícios que suas condutas inadequadas podem estar infligindo ao mesmo.

Nessa linha de pensamento, a psicóloga Sandra Torres Serra (2006, p. 193) assinala a característica mecanicista do modelo flexneriano, que vê o corpo humano como máquina e separa razão e emoção:

O modelo de ensino médico adotado na maioria das universidades brasileiras é fundamentado nos princípios que nortearam a chamada reforma Flexner. A partir do relatório elaborado por Flexner em 1910, o modelo de ensino privilegia a formação científica de alto nível e o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, entendendo o funcionamento do homem pelo estudo de suas partes.

Assim, induzido por uma formação equivocada, voltada para a definição obsessiva do diagnóstico pontual e preciso, o terapeuta se distancia cada vez mais do paciente, que é transformado em objeto e excluído do processo da cura. Dessa forma, o resultado foi uma reação das chamadas medicinas alternativas, além do trânsito de expressiva parcela de doentes, independente de classe social, para o mercado religioso da cura.

Outras áreas interessadas na gestão da satisfação do consumidor tem atentado para os serviços de saúde, mas o enfoque principal tem sido os valores e as práticas específicas da administração de negócios, desde que a saúde foi transformada em produto tangível exposto no mercado. De todo modo, a revolução da gestão da qualidade nos serviços de saúde apresentou-se como um contraponto ao flexnerianismo, embora tivesse apoio ou resistência conforme a área de interesse dos atores envolvidos. Sobre isso, a categoria dos terapeutas, especialmente os médicos, tem demonstrado forte resistência por sentir-se fiscalizada e controlada por setores de fora da corporação (NOGUEIRA, 1994, p.95).

Da parte do doente, de fato, a expectativa de serviços de qualidade, exceto em centros de excelência de custos proibitivos, é desfeita em face das necessidades básicas não atendidas. A esse respeito, um comentário de Edwards W. Deming, um dos gurus mais proeminentes da gestão pela qualidade, sobre a assistência que recebeu em um hospital americano em 1987, é ilustrativo:

Minha enfermeira de plantão colocou-me uma toalha quente. ‘Voltarei em 20 minutos e, caso eu não volte, toque a campainha, por favor’; 65 minutos depois, apertei o botão. Veio uma auxiliar; ela explicou que não fazia aquele tipo de trabalho, apagou a luz de chamada e saiu. 30 minutos depois, chamei novamente a enfermeira. A mesma auxiliar voltou e novamente observou que aquele não era o serviço dela; assim, apagou de novo a luz e saiu. Para mim, a solução era simples: tirar eu mesmo a toalha e o isolante, de acordo

com as regras ou contra elas. No outro dia ,o mesmo se repetiu (Apud WALTON, 1992, p. 67).

No sistema público de saúde brasileiro, o mal-estar é do domínio da sociedade, disseminado pelo boca-a-boca em todos os espaços ou, diariamente, pelas manchetes da imprensa escrita e falada. Por isso, para uma ilustração mais atual da temática, recorreremos à neurocientista Jill Bolte Taylor, que contribui para o nosso estudo com o relato da sua internação na UTI de um hospital americano. Taylor, acometida de um acidente vascular cerebral hemorrágico grave, mas lúcida ao ponto de perceber e criticar a atenção recebida, depois de recuperada escreveu (2008, p. 66):

Percebi que algumas pessoas me levavam energia, enquanto outras a drenavam de mim. Uma enfermeira era muito atenciosa com as minhas necessidades: Eu estava aquecida? Precisava de água? Sentia dor? Claro, eu me sentia segura quando estava sob seus cuidados. Ela estabelecia contato visual e criava um momento de cura. Outra enfermeira, que nunca estabelecia contato visual, arrastava os pés como se sentisse dor. Essa mulher me levou uma bandeja com leite e gelatina, mas não percebeu que minhas mãos e meus dedos não conseguiam abrir as embalagens. Queria muito ingerir alguma coisa, mas ela não percebia minhas necessidades. Ela erguia a voz quando falava comigo, sem se dar conta de que eu não era surda. Naquelas circunstâncias, sua indisponibilidade para estabelecer contato comigo me apavorava. Não me sentia segura sob seus cuidados.

É reconhecido pelo doente que o terapeuta dotado da atitude de servir e do dom da empatia, preenche de forma natural o espaço terapêutico e transmite confiança. Taylor registrou sua impressão favorável sobre outro terapeuta que cuidou dela na mesma internação (2008, p. 66):

O Dr. David Greer era um homem bondoso e gentil, um jovem genuinamente solidário com a minha situação, alguém que fazia um intervalo em sua atribulada rotina para se debruçar sobre mim e falar com cuidado, em voz baixa. Ele tocava meu braço para me fazer entender que ia ficar bem. Não podia entender suas palavras, mas era evidente que o Dr. Greer cuidava de mim. Ele entendia que eu não era estúpida, embora estivesse incapacitada. Ele me tratou com respeito. Serei eternamente grata por sua bondade.

Fica evidente a necessidade, para a promoção da cura, que o doente expresse sua dor no plano simbólico das palavras, gestos, rituais e cuidados, em franco diálogo com os “bens de cura” que o terapeuta exprime na forma de atenção, confiança, técnicas e remédios (MARTINS, 2003, p. 61). O autor diz que “a tecnicização da cura elimina a palavra e o gesto

necessário para a simbolização do sofrimento, gerando, por conseguinte, um ambiente de desumanização propício a novas doenças” (2003, p. 71).

De fato, o hospital moderno tornou-se uma das mais complexas organizações de serviços, caracterizada pelo emprego de tecnologias de ponta, pelo que depende do trabalho de profissionais com elevado grau de especialização e exigentes de poder e autonomia. Em tal contexto, é cada vez maior a dificuldade para compor equipes capazes de executar a atividade multidisciplinar que a fragmentação do doente e o avanço tecnológico impõem. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento continuado das ciências da saúde promove e influencia o modelo biomédico centrado na doença, o que anula a noção de que o doente, como pessoa que sofre e necessita de atenção, é o elemento central do processo. As sofisticadas técnicas de diagnóstico tornaram a relação personalizada entre terapeuta e paciente, antes fundada nas habilidades de olhar, escutar, falar e tocar, numa relação cada vez mais impessoal e distante. Deixou-se de considerar que as práticas de saúde, para interligarem o social com o somático, o psíquico e o espiritual, são implementadas através da comunicação, trabalho de equipe, comprometimento valores humanitários fundamentais (MALDONADO; CANELLA, 2003, p. 216-218).

Assim o filósofo Hans-Georg Gadamer lembra que, desde Hipócrates, o médico ascendeu a um patamar social e profissional acima do curandeiro, liberto dos recursos mágicos que empregava na sua prática. Desde então, considerados os limites do chamado “estado da arte”, a produção de saúde é a arte e a ciência de curar, em que o médico “conhece o motivo pelo qual uma determinada técnica de cura tem êxito” (2006, p. 40). A propósito disso, Conceição A. Sanches (2006, p. 107-108), assinala que a consciência do médico sobre a importância de sua postura comunicacional sobre o tratamento, pode dar-lhe a impressão equivocada de auto-suficiência ou, ao contrário, produzir insegurança técnica. Nesse caso, sob a pressão do interesse institucional ou do doente, é induzido a adotar sem crítica procedimentos sofisticados e tratamentos de altos custos que negam sua dimensão profissional e degradam a relação terapeuta-paciente. Dessa forma, ficam comprometidos a comunicação entre as partes, o estabelecimento da fé/confiança, a aderência ao tratamento e a cura.

Evans (2002, p. 88) adverte para o fato de que o campo terapêutico tornou-se um monopólio dos médicos que, de certa maneira, “têm se tornado os novos sacerdotes”. Lembra que, às vezes, suas abordagens assemelham-se às dos curandeiros populares que tanto criticam. Do ponto de vista do paciente leigo, lançam mão de jargão profissional difícil,

inspecionam fezes e urina, amostras de sangue, recomendam dietas e prescrevem medicamentos desagradáveis ao paladar, reforçando a exortação para que, mesmo confiando em médicos e religiosos idôneos, deve-se ser cético por precaução.

1.3.2 A confiança cega na religião

Como já comentado, a presença do sagrado no cotidiano das sociedades é inegável. Essas manifestações persistem de forma bem evidente, apesar das mudanças que alteraram as características religiosas do homem moderno:

Nossa experiência profissional vem revelando que, cada vez mais, questões envolvendo a religiosidade se fazem presentes na clínica psicológica, seja em consultórios particulares ou em atendimentos institucionais (como os que acontecem em centros de saúde e clínicas-escola). De acordo com as nossas observações, a presença da religiosidade nos atendimentos clínicos não é apenas eventual, mas está, muitas vezes, estreitamente vinculada ao problema psicológico que é trazido para a psicoterapia. Tem-se encontrado casos de interpretação espiritual ou religiosa para problemas de percepção ou de comportamento (como, por exemplo, influência de demônios ou outros espíritos nas atividades cotidianas), ou mesmo de esclarecimentos religiosos para problemas psicológicos (como, por exemplo, culpabilidade, principalmente no campo da sexualidade, alimentada por doutrinas religiosas ou diretamente por líderes religiosos) (CAMBUY; AMATUZZI; ANTUNES, 2006, p. 81).

Estudo orientado por Márcia Fontão Zago (2007, p. 44), com o objetivo de identificar como a religião influencia a sobrevivência de um grupo de pacientes oncológicos, registra como a pessoa fragilizada pela doença fica confusa e exposta no mercado da religião:

Uma semana antes de operar, eu fui à igreja e falei com o pastor. Fui lá porque era perto da minha casa e já conhecia a religião da televisão. Ele falou que se tenho fé viva em Jesus, era para não operar, que ele (Jesus) ia me operar sem fazer a cirurgia. Aí, a minha sobrinha falou: "Não vai nessa não! Você vai perder a cirurgia que já está marcada e aí vai ter que esperar". Eu já tava muito ruim e pensei: vou operar! Pra mim, Jesus é o médico dos médicos (D, sexo masculino, 62 anos).

Contudo, conforme a autora, os serviços religiosos são uma alternativa acessível para os doentes, incentivados pela rede social de apoio, em face das barreiras do sistema de saúde pública:

Já fui em várias igrejas, os amigos convidam, um chama e vamos lá fazer oração. Eles tão sempre ajudando a gente. Quando operei, os meus irmãos pediram para a irmandade me ajudar, pra orar por mim. A Igreja toda me

ajudou, os irmãos oraram por mim. Quando eu saí do hospital eu fui à igreja, fui na Universal, depois na Igreja Internacional da Graça de Deus, aonde minha irmã vai, agora estou na Congregação Cristã do Brasil.

A maioria das pessoas relata o acolhimento e a preocupação dos companheiros de religião, sempre solidários na prece, aproximando a religião ao contexto de doença. A família e as práticas religiosas são partes de redes sociais que fornecem apoio, principalmente, cognitivo, normativo e afetivo.

A pesquisadora Mirian Rabelo (1993, p. 316-319), acompanhou a trajetória sofrida de uma jovem acometida de epilepsia grave em busca de tratamento. Ainda que mantendo o acompanhamento psiquiátrico da doente, sua mãe levou-a para cura espiritual na umbanda, no pentecostalismo e no espiritismo. A paciente, inicialmente reservada e quieta até a puberdade, passou a comportar-se de maneira agressiva e a vagar pela região onde morava, invadindo as casas de outros moradores e sofrendo represálias físicas. A mãe da doente, após incursão na umbanda, aceitou o diagnóstico de uma “mãe-de-santo”, que indicou como causa da doença a perseguição do espírito de um irmão falecido. Depois da passagem sem sucesso por oito “terreiros”, a paciente foi encaminhada ao pentecostalismo, onde várias seções de exorcismo não produziram melhor resultado. Finalmente, abriu-se o espaço de práticas espíritas, onde mãe e filha deveriam capacitar-se para ingresso no processo de cura.

O sociólogo Ricardo Mariano (2003, p.53) categoriza a maioria dos seguidores dos cultos neopentecostais, mais visíveis especialmente na IURD, como de baixa renda e escolaridade inferior. Na opinião do pesquisador, o fato facilita a internalização e aceitação de promessas de cura por intermédio dos pastores, visto que a atividade médica é concebida como mítica e as drogas prescritas pelo médico como poções mágicas.

Conforme Cerqueira-Santos; Koller e Pereira (2004, p. 83), os pastores e fiéis da IURD entendem o fato de ser saudável como uma estreita relação de proteção e bênção para com o Espírito Santo, de maneira que, em caso de doença, além de problema físico que pode ocasionar seqüelas e morte, há também a questão de doença espiritual envolvida sobre a qual devem influir espíritos malignos. Dessa forma, de acordo com Neves (*apud* CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 84), “as noções de saúde e doença só se tornam inteligíveis nesse sistema de representações se articuladas com aquelas atribuídas ao pecado, ao castigo, à degeneração humana, por um lado, e à graça, ao merecimento, ao poder mediador do Espírito Santo e à onipotência de Deus, por outro”. No caso observado, os membros da IURD não distinguem corpo e mente, de forma que o mundo carnal e o

espiritual estão entrelaçados e, para eles, mesmo doenças tipicamente materiais podem ter causa espiritual coadjuvante.

Durante o ritual de cura, os demônios responsáveis pela aflição são invocados e obrigados a confessar os males que praticaram ao afligido para, subseqüentemente, serem humilhados e expulsos. À vista dos fiéis, os pastores superariam os médicos em conhecimento, posto que Jesus seria o maior dos médicos e o poder dos pastores emanaria dele. Outra característica observada pelos pesquisadores em relação às práticas da IURD, diferente de outras religiões que sugerem a resignação diante do desengano médico, a cura para os males é apregoada como sempre possível. Segundo Neves (*apud* CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER; PEREIRA, 2004, p. 86) é o próprio desengano médico que impele os doentes a procurarem a “cura milagrosa” na prática curativa da IURD.

Especificamente em relação aos grupos pentecostais, é característica a ênfase no que denominam ministério de libertação, cujas raízes se firmam no ser repleto no Espírito Santo. Satanás seria, então, um inimigo a ser derrotado (EVANS, 2002, p. 133). Para a autora, “a igreja tem autoridade para libertar as pessoas, mas precisa ser ensinada a exercer este ministério (Mt 10,1; Mc 3,14-15; 6,13; Lc 9,1-2; 10,17).

Segundo assinala Evans, um aspecto da cura tratado pelos cristãos é a denominada cura interior, inserida no âmbito da saúde mental, relativa à cura de feridas emocionais. O processo utiliza a imaginação da fé, em que a figura de Jesus serve como veículo para a resolução de traumas conseqüentes a situações como abuso sexual, incesto e síndrome de estresse pós-traumático (2002, p. 182-184).

Nesse contexto, quando M. Balint afirma que “o médico é o remédio mais usado em medicina” (1988, p.1), o doente recorre cada vez mais ao chamado mercado alternativo de cura da religiosidade popular, às vezes postergando o tratamento efetivo para o caso e agravando a doença. Surge, assim, uma pergunta fundamental: como preservar e harmonizar, no âmbito do encontro terapêutico promovido pela medicina moderna, a fé/confiança que humaniza a relação e contribui para a cura ?

Na percepção de sociólogos da estatura de Talcott Parsons e Marcel Mauss a doença e a saúde não são simples problemas de ordem orgânica ou fisiológica, mas estados dependentes do modo como o indivíduo se insere na cultura, no meio social, na família e no trabalho. Dessa condição natural, resulta que “o enfrentamento da doença não se faz apenas

pela Ciência, mas também por outros recursos existentes na sociedade, como os mágicos e religiosos (MARTINS, 2003, p. 27).

Na convicção decorrente do conhecimento empírico e da experiência prática com seus pacientes, na maioria protestantes, mas oriundos de todos os países civilizados, Jung aponta uma questão da maior importância para o nosso propósito (1980, p. 336) :

De todos os meus pacientes que tinham ultrapassado o meio da vida, isto é, que contavam mais de trinta e cinco anos, não houve um só cujo problema mais profundo não fosse o da atitude religiosa. Aliás, todos estavam doentes, em última análise, por terem perdido aquilo que as religiões vivas ofereciam em todos os tempos, a seus adeptos, e nenhum se curou realmente, sem ter readquirido uma atitude religiosa própria, o que, evidentemente, nada tinha a ver com a questão de confissão (credo religioso) ou com a pertença a uma determinada igreja.

Sobre a questão funcional da religião no âmbito da doença e da cura, Frankl (2006, p. 55-57) enfatiza que a religiosidade inconsciente deve emergir de forma espontânea, sem que o terapeuta jamais force a manifestação falsa de fé, sob pena de não obter a cura. Ele recomenda prudência na abordagem do paciente religioso, dizendo que é preciso “diferenciar claramente a função médica da função sacerdotal”, deixando ao paciente a sua fé e ao sacerdote o seu ministério. Contudo, afirma que o terapeuta deve oferecer conforto e consolo para a alma quando a cura parecer impossível (2006, p.65).

Talvez a resposta esteja na reflexão ecumênica de Paul Tillich (2001, p.57), que sugere a aliança entre a medicina e a religião, visando somar saberes, habilidades e esforços para ampliar a confiança dos doentes e tornar o resultado do encontro terapêutico mais eficaz:

O médico, em especial o psicoterapeuta, pode implicitamente comunicar coragem de ser e o poder de incorporar a ansiedade existencial dentro de si próprio. Ele não se torna um ministro agindo assim, e jamais deveria tentar substituir o sacerdote, mas pode se tornar um auxiliar da auto-afirmação básica, assim desempenhando uma função sacerdotal. Em contrapartida, o ministro ou outra pessoa qualquer pode se tornar um auxiliar do médico. Ele não se torna um facultativo, e nenhum ministro deveria aspirar a torna-se um na qualidade de ministro, embora ele possa irradiar poder de cura para a mente e para o corpo e ajudar a remover a ansiedade neurótica.

Pierre Bourdieu (2004, p. 28-29) contribui para nossa reflexão com sua visão da religião como um sistema de símbolos que se expressam objetivamente como linguagem capaz de produzir sentido e promover consenso em um mundo organizado em classes motivadas por interesses diversos. O valor consensual dessa linguagem tende a aumentar

desde que a saúde e a cura foram expostas no mercado como bem de consumo de alto custo. A partir de então, os novos interessados – governantes, políticos, juízes, advogados, produtores de equipamentos, planos de saúde, hospitais e clínicas ocuparam a cena principal, deixando terapeutas e doentes, os atores legítimos do processo terapêutico, na condição de coadjuvantes fragilizados pelejando entre si. Segundo Bourdieu (2004, p. 46) o efeito de *consagração* exercido pela religião, sem os desvios de manipulação a que se expõe, consegue restabelecer limites de convivência adequados ao mundo social, o que esperamos seja extensivo ao mundo da saúde, doença e da cura.

2 A DIMENSÃO TERAPÊUTICA NA PRÁTICA DE JESUS

Neste capítulo apresentamos brevemente o contexto político, socioeconômico e religioso da Palestina do século I, no propósito de facilitar a percepção da origem e dos efeitos da atividade curativa de Jesus de Nazaré num mundo de desigualdade e carências básicas com plena atualidade no Brasil. Expomos, ainda, as impressões mais marcantes sobre as fontes de credibilidade da presença terrena do Jesus histórico, assim como os traços do modelo relacional de Jesus mais evidentes nas curas narradas no Evangelho de Marcos.

2.1 Religião e cura no contexto de Jesus

Neste segmento, conforme o método sociológico de análise textual (CORREIA JÚNIOR, 2006, p.49), procedemos a identificação de aspectos simbólicos e de fatos concretos do mundo conturbado em que atividade curativa de Jesus se realizou. Chama a atenção a força com que o povo de Israel sob o domínio romano, entre a desconfiança e o entusiasmo messiânico sempre prontos a eclodir, clamava por líderes carismáticos portadores da cura e da salvação.

2.1.1 A Palestina do século I: exploração, miséria, doença

A história de dominação e resistência do povo judeu registrou alternâncias de poder e controle social a partir do século IV a. C., com forte influência nos antagonismos entre as classes da sociedade israelita e no desenvolvimento socioeconômico e religioso de Israel (STEGEMANN, 2004, p. 121-131). O resultado foi o aumento do endividamento dos camponeses, premidos por elevados tributos estatais e religiosos, apesar de medidas eventuais favoráveis como o melhor aproveitamento da terra, a criação de colônias em terras reais, a fundação de cidades pelos conquistadores e a restrição à escravização (STEGEMANN, 2004, p. 131-134).

Quando o controle passou aos romanos e seus delegados judeus, a partir de 63 a. C., período de maior interesse para nossa dissertação, a pressão sobre o campo e os camponeses aumentou, pois as cidades costeiras e transjordânicas separaram-se, impelindo os agricultores para o que restou do Estado, e a perda de áreas urbanizadas reduziu a atividade comercial. Além disso, os romanos pressionavam por tributos também pela derrota, na forma de despojos e multas de guerra, todo o conjunto de mudanças contribuindo para o aumento da pobreza, a exclusão social e as doenças de todo tipo (STEGEMANN, 2004, p. 140 -142).

Herodes, o Grande, no intuito de eliminar o estrato superior tradicional que lhe faria oposição, confiscou vastas áreas de terra, posicionando não-judeus como proprietários e aumentando a população de arrendatários, diaristas e escravos, o que exacerbou conflitos seculares. Ele atuava como rei dos judeus e procurador romano, o que implicava em formidável carga tributária. Os latifundiários da época herodiana eram os reis e os aristocratas, assim como algumas famílias do estrato sacerdotal. O engajamento da aristocracia judaica na arrecadação de impostos era justificado no permanente temor de conflitos armados e suas conseqüências (STEGEMANN, 2004, p. 134/ 140 e 144).

Dessa forma, sob a proteção e o controle dos romanos, Herodes tornou-se o braço executivo do Império em Israel, mantendo uma quantidade expressiva de auxiliares não-judeus, vários parentes em cargos de magistrados, além de um exército de mercenários. Os grandes comerciantes também eram influenciados e influenciavam o poder dominante local devido a natureza de suas atividades. A avidez da casa herodiana, da aristocracia e de seu séquito angariaram a antipatia e a insatisfação do povo, o que dificultou em muito a dominação romana e promoveu articulações de base social e religiosa em Israel (STEGEMANN, 2004, p. 156-160).

Na sua análise socioeconômica da Palestina sob o domínio romano, Bruce J. Malina (2004, p.145) afirma que a região integrava uma sociedade rural primária, necessitada de ocupação remunerada e ações assistencialistas efetivas para a maior parte da população. A indiferença das elites para com as necessidades do povo, associada à imposição de impostos exorbitantes, geraram o clima de insatisfação e revolta expresso no clamor por mudança muito favorável ao movimento de Jesus. Para o povo sofrido da época, segundo Malina, “na religião política pregada por Jesus, o Deus de Israel é o patrono de Israel”. Entendemos que, a partir desse quadro, forjou-se a reação conjugada das elites da Galiléia e romanas contra o camponês itinerante que, com sua pregação carismática, exaltava as aldeias, os lugarejos e as estradas da Galiléia.

Na percepção de Stegemann e Stegemann, a base econômica das sociedades mediterrâneas, entre elas a de Israel, era a atividade agrária, de forma que a maioria da população era camponesa, com uma parcela de agricultores livres, mas uma parte expressiva era composta de arrendatários, diaristas e escravos. As cidades consumiam a produção agrícola e abrigavam os artesãos e comerciantes. Nelas viviam as elites, os grandes senhores de terras e os detentores do poder que dominava o campo, o que resultava em expressiva concentração de renda (STEGEMANN, 2004, p.19- 21).

Uma grande parte da população dividia o trabalho entre atividades do campo, atividades comerciais e industriais incipientes. As riquezas eram transferidas para as cidades por meio de tributos cobrados no campo, onde as pessoas viviam em condições sub-humanas de miséria ou prostituição. A atividade comercial era caracterizada, de uma maneira geral, pela distribuição interna de cereais, óleo e vinho e importação de artigos de luxo tais como os perfumes e bens de consumo como ferro, cobre, chumbo, ouro e prata, mas as dificuldades de transporte e a elevada tributação dificultavam o comércio (STEGEMANN, 2004, p. 128). Especificamente quanto à cobrança de dívidas de impostos e empréstimos, podia ocorrer o desconto, a prorrogação do prazo, a escravização, a prisão pública ou privada, a tortura ou o sufocamento. O desnível social favorecia a aplicação de medidas coercitivas mais severas, mas mesmo homens do estrato superior poderiam ser penalizados em caso de não pagamento de dívidas. Ao devedor restava optar entre a prorrogação do prazo, apelação à instâncias superiores, fuga ou suicídio (ROCHA, *apud* STEGEMANN, 2004, p. 162).

A construção de novos centros urbanos, a melhoria tecnológica, o comércio mais desenvolvido e o domínio da escrita contribuíram decisivamente para a sofisticação do sistema econômico. Constituiu-se, dessa forma, um sistema de dominação da sociedade rural pelas cidades, visto que nelas se concentrava o poder político e o dinheiro, estabelecendo-se uma relação de visível desigualdade. Assim, o Estado transformou-se em um despojo das elites, centralizador, concentrador de renda e incentivador da exploração dos camponeses ao ponto de provocar protestos e revoltas (STEGEMANN, 2004, p. 23-25)

Jerusalém era superada apenas por Roma na quantidade de proletários, trabalhadores de baixa renda e nível social inferior, distribuídos entre artesãos, trabalhadores braçais e mesmo mendigos. A este grupo de carentes juntavam-se os camponeses que, endividados sob o peso de excessivos impostos, convertiam-se em escravos ou, ao perderem seus meios de produção, migravam na busca de trabalho em Jerusalém, primeiro passo para se tornarem mendigos ou saqueadores (STEGEMANN, 2004, p.122 e p.132). Acima dos

proletários, situava-se uma classe média estabilizada, embora pressionada pela dominação, enquanto no pico da pirâmide social estavam os ricos e influentes saduceus e um grupo menor da aristocracia sacerdotal. Os fariseus, posicionados no segmento mais baixo da classe média, destacavam-se pela observância rigorosa das regras religiosas e pelo estudo da Torá e das tradições orais. Transformavam suas casas em templos e procuravam na ostentação da pureza a maneira de destacarem-se dos leigos (STEGEMANN, 2004, p. 181).

Fundamentalmente, o estrato superior da sociedade judaica era composto por famílias sacerdotais, tradicionalmente constituídas e vigilantes da sua posição. A ascensão ou a queda destas famílias dependia de sua relação com os detentores do poder maior, o que implicava em disputa política e focos de insatisfação permanentes entre as elites religiosas (STEGEMANN, 2004, p. 152-153).

Pesava sobre a sociedade, além dos impostos recolhidos pelos romanos e pelos herodianos, os tributos de cunho religioso que garantiam a manutenção do templo, do culto e dos sacerdotes e levitas. Constituíam em contribuição anual para o templo, em lenha para queima, em primícias (primeiros fruto, primogênitos e resgate de primogênitos masculinos), dízimos para o pessoal do culto (parte retirada da massa, parte do sacerdote, dízimo do levita, parte retirada do dízimo) e outros. Os reis contribuía para o templo, porém eram também necessárias contribuições adicionais de voluntários (STEGEMANN, 2004, p. 145).

Em termos de orientação religiosa, a cultura monoteísta dos judeus, símbolo de sua religiosidade, consistiu na grande barreira à helenização empreendida por Alexandre e seus generais, seguidos pelos conquistadores romanos. Reforça esta identidade religiosa e cultural dos judeus a fé na eleição deste povo por parte de Deus e a herança da terra de Israel concedida por este mesmo Deus. A obediência estrita ao estabelecido na Torá, seu livro sagrado, e às peregrinações de seus três períodos festivos era outra característica da identidade religiosa judaica, cujos centros de influência eram o templo de Jerusalém e as sinagogas. (STEGEMANN, 2004, p. 164-165).

Para os judeus, o templo de Jerusalém, especialmente o segundo, representava não só o único local para o culto sacrificial, como também o centro da vida religiosa em torno do qual gravitavam as questões políticas e sociais. Os judeus na diáspora participavam das peregrinações para as festas religiosas e ofereciam contribuições para o templo, enquanto sacerdotes de todas as partes de Israel se revezavam nas celebrações e os levitas atuavam no culto como cantores, músicos e vigias dos portões. No perímetro do templo, realizavam-se orações, reuniões culturais, ensino e aprendizagem. As sinagogas, provavelmente, eram locais

de reunião das comunidades, leitura da Torá, ensino dos mandamentos em especial às crianças, acomodação para estrangeiros (judeus da diáspora) e armazenamento de bens da comunidade. As famílias também desempenhavam um importante papel na socialização religiosa durante o período helenístico-romano, numa realidade em que a Torá e seus regulamentos definiam todas as atividades a serem realizadas. A prática da leitura familiar da Torá representava uma referência numa época em que alta classe, associada aos interesses dos dominadores, desprezava a própria cultura judaica. O forte sentimento religioso dos judeus mostrava-se, por exemplo, na prática da purificação do corpo e da alma mesmo na diáspora, quando estavam imersos em outras sociedades majoritárias ou na época em que era grande a comunidade de não-judeus em Israel. Dessa maneira, justifica-se uma ostensiva busca de santificação, especificamente por fariseus e essênios, por meio de banhos rituais e abluções diárias vinculadas às refeições ou à oração. Também procediam a estes expedientes por ocasião da participação em sepultamentos, em partos, contato com impuros, após a menstruação ou ato sexual. Preocupavam-se bastante em não consumir alimentos ditos impuros, estabeleciam tabus rígidos quanto ao incesto e consideravam a ascese sexual, chegando a retirar-se ao deserto para purificar-se. Ao que parece, a exacerbação destes conceitos vinha dos conflitos internos, gerados especialmente pela coerção religiosa, além das freqüentes tentativas de helenização e do sentimento de impotência que anulava as identidades em geral. Nesse contexto, o binômio doença/cura era associado de forma direta e fortemente ao binômio impureza/pureza (STEGEMANN, 2004, p. 166-175).

O dominador romano usava como ponto de apoio para o controle de Israel os saduceus, fariseus e sacerdotes (STEGEMANN, 2004, p. 122). À medida que a opressão se intensificava, os conflitos entre as elites de Israel e as lideranças populares recrudesceram, levando o povo a apoiar movimentos nacionalistas, religiosos-messiânicos e revolucionários, freqüentemente unindo as correntes da liberação e da salvação. Um levante sob comando fariseu foi deflagrado pouco antes da morte de Herodes, no ano 6 a. C., momento em que tanto os romanos quanto os delegados judeus mais oprimiam o povo. O símbolo da águia romana, colocado ostensivamente diante do templo para confrontar a religião judaica foi destruído, provocando a execução dos conspiradores. Quando da ascensão do sucessor de Herodes, seu filho Arquelau, o povo revoltado exigiu a libertação dos prisioneiros, a abolição de certos impostos e a redução do tributo anual. A resposta armada ao movimento popular, no ano 4 a. C., resultou na morte de milhares de manifestantes (STEGEMANN, 2004, p. 200). Apesar da tragédia, a revolta não perdeu intensidade e duas sangrentas insurreições

contra os romanos eclodiram em Jerusalém sete semanas depois. No campo, a população também revoltou-se, até que a violenta reação romana culminou com a crucificação de dois mil revoltosos. Após um período de relativa paz, ocorreu uma nova revolta quando um censo popular com objetivos fiscais foi promovido no ano 6 d. C.. A cisão entre classes média e baixa começou a configurar-se na medida em que os camponeses e proletários cediam ao fanatismo e, contrariamente, os fariseus buscavam a reconciliação com Roma (HORSLEY; HANSON, 2007, p. 49).

As freqüentes tentativas de se erigir uma estátua a César ou restabelecer a águia romana no templo, visto que o culto a César era incentivado no império, provocaram várias revoltas antes da grande revolução dos judeus (HORSLEY; HANSON, 2007, p. 50). Estes choques entre o povo e a administração eram fundamentados por motivos religiosos e representavam o ódio que as massas sentiam contra o imperador. O fortalecimento da repressão romana fomentou a mudança de motivação do político para as fantasias religiosas e idéias messiânicas (JOSEFO, *apud* STEGEMANN, 2004, p. 195).

A chama de revolta se espalhou ao ponto de se tornar uma guerra direta. Os fanáticos constituíram novos grupos que passaram a dirigir ações terroristas contra os moderados das classes alta e média de Jerusalém e a atacar as aldeias cujos habitantes se recusavam a participar dos atos de terror. Em 66 d. C., a grande revolta popular contra Roma irrompeu apoiada pelas classes média e baixa com violentos combates e derrota das tropas romanas. Liderada por proprietários e homens cultos, a revolta carecia de energia por tender à celebração de acordos com os oponentes. O fracasso no primeiro ano de batalhas, mesmo com vitórias, foi atribuído pelas massas à direção fraca e indiferente (STEGEMANN, 2004, p. 208-210).

Nessa fase conturbada, destacou-se pela violência o grupo dos zelotes, denominação genérica dada a combatentes que se inseriam em movimentos religiosos de renovação ou de resistência aos romanos, embora houvesse diferenças e embates entre estes grupos. Os bandidos sociais, originários do estrato inferior, inseriam-se nestes movimentos como uma provocação às elites rurais, dada a sua recusa de apoio e, com isso, angariavam a simpatia e a proteção dos agricultores. Impunham-se pelo carisma e pela violência, atuando no campo, povoados e regiões fronteiriças, onde o poder romano não estava consolidado e utilizando desertos e cavernas como esconderijo. Originários do estrato inferior, alguns deles declararam-se reis perante seu grupo e utilizaram roupas de ornamentação real. Foram parte importante da grande revolta dos judeus tanto na resistência aos romanos quanto nos

combates internos contra revoltosos do estrato superior. Para estes autores, os zelotes propriamente ditos seriam sacerdotes do campo que, durante o período de 66 a 70 d. C., teriam constituído o grupo mais radical entre os participantes da grande revolta, realizando ataques especialmente contra a aristocracia de Jerusalém (STEGEMANN, 2004, p. 202-212).

Outro grupo violento que mereceu atenção foi o dos sicários, particularmente recrutado dentre os membros do séquito do estrato social superior da Palestina. O grupo caracterizou-se pela atuação na cidade de Jerusalém e pelo uso de um punhal recurvado que podia ser escondido no interior das vestes. Eles executavam atos de terror contra membros das elites, como assassinato de sumo-sacerdotes à luz do dia e seqüestro de auxiliares influentes do templo (STEGEMANN, 2004, p. 208-210).

A conseqüência destas pressões internas foi a sangrenta guerra civil no inverno de 67-68 d. C. As classes médias buscavam a concórdia com os romanos e a situação se agravava com inimigos internos e externos. Enquanto os pequenos comerciantes, artesãos e camponeses defendiam a cidade contra os romanos e os fariseus negociavam a paz, os ricos desertaram para o lado dos romanos. Os que se abrigaram no palácio real foram mortos e seus tesouros foram tomados pelas massas. A revolta e a guerra civil foram sufocadas pelos romanos pondo fim às esperanças dos cem mil camponeses e membros da classe média (HORSLEY; HANSON, 2007, p. 54).

Durante toda essa época, o fundamento religioso para a revolta foi a literatura apocalíptica, que descrevia um período de trevas ao qual sobreviveriam somente os que resistiam à tentação das riquezas, um apelo forte para as classes oprimidas. Uma exceção foi o trabalho de João Batista, profeta de grande expressão entre o povo e dissociado de qualquer intenção política. Sua linha de atuação se inseria no arrependimento dos atos pecaminosos e na mudança de vida (conversão), a diretriz básica do Cristianismo primitivo (HORSLEY; HANSON, 2007, p. 55).

Finalmente, fica o entendimento de que a grande maioria dos seguidores de Jesus de Nazaré era composta de camponeses pobres e incultos, associados ao proletariado e aos párias sociais de Jerusalém, todos membros do extrato inferior da sociedade da Palestina do século I (STEGEMANN, 2004, p. 234). Foi essa população de oprimidos, nutrida pelo ódio às elites governantes e ao dominador romano, que conformou o contexto psicológico no qual Jesus realizou milagres e curas como meio de demonstrar a possibilidade real de uma vida terrena mais feliz na relação direta com o Deus de Israel

2.1.2 Doença e cura na Palestina do século I

Na Palestina do tempo de Jesus os médicos eram poucos e restritos ao atendimento das elites, assim como os conhecimentos e os recursos da medicina eram muito limitados, condição que se associava à crença em milagres para incentivar o surgimento comum de homens com o dom considerado divino de curar.

De fato, os vultos taumatúrgicos que possuíam carisma e poderes de cura, destacavam-se no âmbito dos movimentos religiosos em Israel pela conduta de vida exemplar e o desinteresse por bens materiais. Muitos foram martirizados como garantia de esperança messiânica, como João Batista e o próprio Jesus de Nazaré, o que ocasionou uma maior adesão, ao chamamento das forças sobrenaturais para a resolução de problemas terrenos. Contudo, apesar do carisma que atraía a atenção, eles não mobilizavam massas ou seguidores efetivos. Hanina ben Dosa, um Galileu pobre que teria realizado curas a distância é o exemplo mais citado, impressionando seus contemporâneos pela humildade, sabedoria e poder carismático da sua oração; Apolônio de Tiana caracterizou-se pelos exorcismos que praticava; Jesus ben Ananias, camponês inculto chegado em peregrinação a Jerusalém 4 anos antes da grande revolta judaica, teria profetizado a ruína do templo, o que chamou a atenção para os “profetas de sinais”, que eram distinguíveis pela prática de não-violência. A autoridade romana tratava a questão da mesma maneira rigorosa como procedia com os bandidos sociais e revoltosos, pelo fato de estes movimentos provocarem distúrbios e mobilização coletiva (STEGEMANN, 2004, p. 191-193). Nesse sentido, Josefo registra que os “profetas de sinais” judeus, “que reúnem seguidores na Palestina com promessas de libertação e, assim, despertam a ira de Roma sobre suas cabeças, prometem a seus adeptos sinais e prodígios no futuro próximo” (*apud* MEIER, 1998, p. 145).

Apesar de muitos destes movimentos não terem sido continuados, no caso de João Batista, entretanto, a força carismática foi mantida mesmo após sua morte, sendo o movimento continuado por Jesus de Nazaré. Talvez a diferença esteja na visão apocalíptica, pois o exílio de João Batista e a prática do batismo remontavam à figura de Elias, que também se exilou no deserto e ascendeu aos céus. Batista anunciava o grande juízo que recairia sobre todo o Israel, exortava ao abandono das práticas pecaminosas e oferecia o batismo como purificação e símbolo da mudança de atitude e salvação (STEGEMANN, 2004, p. 194-199).

A literatura mostra Jesus como taumaturgo carismático e como mago, inserido nesse contexto em que taumaturgos carismáticos, mágicos e os chamados “profetas de sinais” judeus se confundiam. Contudo, Theissen e Merz (2004, p. 329-332) chamam a atenção para as diferenças marcantes entre as práticas, mostrando que os milagres carismáticos dispensam rituais e, pela força da fé/confiança, resgatam a auto-estima de pessoas excluídas, realçando o proveito individual e social. Em comparação, os milagres mágicos se fazem por práticas ritualizadas, visam ao interesse exclusivo do indivíduo e dispensam a fé/confiança no mago. A conclusão de Theissen e Merz é que Jesus foi “em parte, admirado como taumaturgo carismático e, em parte, atacado como aliado do demônio”. Nota-se o fato de que as narrativas de milagres efetivos de Jesus são diferentes dos relatos históricos sobre outros homens carismáticos cuja capacidade maior era fazer promessas de prodígios. Se havia muitos milagreiros curando e exorcizando com gestos mágicos, bebidas, ervas e raízes de cheiro forte, não há nenhuma referência de que Jesus usava algum talismã, fazia passes de magia ou empregava outro recurso além da sua palavra (THEISSEN e MERZ, 2004, p.312-315).

Nessa perspectiva, consideramos importante que se entenda, o fundamento da força taumatúrgica e da autoridade carismática de Jesus. Em Max Weber, na sua teoria do carisma, encontramos argumentos que identificam a adesão não-racional e supra-utilitária dos seguidores de Jesus, bem como a fé/confiança que inspirava nos doentes (2002, p. 173-174):

O líder carismático ganha e mantém a autoridade exclusivamente provando sua força na vida. Se quer ser profeta, deve realizar milagres; se quer ser senhor da guerra, deve realizar feitos heróicos. Acima de tudo, sua missão deve ser “provada”, fazendo que todos que se entregam fielmente a ele se saiam bem.

Na concepção de Weber, o carisma é um dom que confere ao detentor poderes considerados sobrehumanos pelos seguidores, capacitando para atender as necessidades de épocas de crise como aquela enfrentada pelo povo da Palestina no século I depois de Cristo (2002, p. 171). De fato, nota-se na personalidade de Jesus a vontade com força de missão para transformar o mundo em que vivia, uma realidade dominada pela tradição e pela burocracia que promoviam a doença social da miséria e da exclusão.

2.2 Na trilha do Jesus de Nazaré

É de reconhecimento geral que Jesus impressionou profundamente os seus contemporâneos da Palestina do século I, do mesmo modo que continuou fazendo seguidores e contestadores durante dois milênios. Até o século XVIII, foi visto pelos olhos da fé como o Jesus Cristo, o homem que depois de morto “foi arrebatado ao céu e sentou-se à direita de Deus” (Mc 16, 19). A partir de meados do século XVIII, época do racionalismo e do iluminismo, Jesus chamou a atenção como personagem da história da humanidade. Desde então, a pesquisa histórica tem procurado, nas entrelinhas da literatura teológica dos evangelhos, o conhecimento fragmentário para a reconstrução do Jesus histórico. Diante das descobertas dos textos do Mar Morto e de Nag-Hammadi, bem como do material coletado nas escavações efetuadas na Palestina nos últimos quarenta anos, os especialistas encontram novas informações, enriquecendo o debate sobre a personalidade do Jesus de Nazaré, cujos ecos procuramos apreender nesta seção.

2.2.1 O Jesus humano

Para Gabriele Cornelli, o historiador orientalista Hermann Samuel Reimarus foi o primeiro autor que tentou elaborar uma concepção do Jesus histórico. Segundo Cornelli, os estudos de Reimarus, publicados postumamente entre 1774 e 1778, tentaram separar o "Cristo da fé" do "Jesus da história", defendendo que “o Jesus histórico não seria um messias religioso, mas segundo a esperança judaica do tempo, um libertador político na linha messiânica davídica”, tese aplaudida pelo protestantismo liberal da época (2006, p. 17). Albert Schweitzer, voz importante da reação teológica que se seguiu, argumenta que o Jesus de Nazaré é uma criação do racionalismo da teologia liberal, que “jamais existiu, contudo significa algo para o mundo porque uma poderosa força espiritual jorra dele e flui através do nosso tempo” (2005, p. 480). Posteriormente, Rudolf Bultmann junta-se à reação de Schweitzer, afirmando com convicção que “não se deve retroceder para além do querigma, utilizando-o como ‘fonte’ para reconstruir um ‘Jesus histórico’ com sua ‘consciência messiânica’, sua ‘interioridade’ ou seu ‘heroísmo’” Em outro pronunciamento, contudo, Bultmann (2001, p. 101) justifica seu ceticismo sobre a busca do Jesus histórico, dizendo não acreditar que existissem outras fontes além dos evangelhos (*apud* CORNELLI, 2006, p. 19):

Eu penso de verdade que não podemos chegar a saber quase nada a respeito da vida e da pessoa de Jesus, dado que as primeiras fontes cristãs não demonstram nenhum interesse nelas, sendo além de tudo muito fragmentárias e lendárias; e não temos outras fontes sobre Jesus.

Na condição de representante da chamada terceira busca do Jesus histórico, referindo-se aos duzentos anos de pesquisa que o antecederam, James Charlesworth diz que discorda de Bultmann, especialmente quando o teólogo afirma que pouco se sabe “sobre a vida e a personalidade de Jesus, já que as primeiras fontes cristãs não mostram interesse em qualquer das duas e que não existem outras fontes sobre Jesus” (1992, p.146). Para Charlesworth, um estudo mais profundo do Judaísmo Antigo permite a apreensão de informações que aproximam da pessoa de Jesus de Nazaré, apesar de não se poder, como afirma Bultmann, apresentar "Jesus como um fenômeno histórico psicologicamente explicável" (1992, p. 146).

De fato, a busca do Jesus histórico nos últimos duzentos anos enfrentou a resistência dos que afirmam que Jesus é apenas o produto da teologia dos evangelistas. Entretanto, o caráter judeu de Jesus e seu efeito paradigmático sobre judeus e pagãos não deixam dúvidas hoje em dia. Nessa perspectiva, o autor judeu Gaalyah Cornfeld diz que "a arqueologia e a erudição modernas estabeleceram agora, fora de qualquer dúvida, que um homem conhecido como Jesus certamente existiu na história e que a crítica dos céticos era mal fundada" (*apud* CHARLESWORTH, 1992, p. 179-181).

Recorrendo-se às fontes fora dos evangelhos, encontramos na obra do historiador Flávio Josefo duas referências a Jesus, publicadas no livro *Antiguidades Judaicas* no ano 93 da era cristã. A primeira, trata-se de uma passagem de um documento de interesse político para a época, sobre a condenação de judeus à morte sem a autorização do procurador romano. Josefo identifica um dos condenados ao apedrejamento ilegal como sendo irmão de Jesus, que aparentemente era conhecido dele ao ponto de usá-lo como referência. Na narrativa o autor assinala que o sumo-sacerdote Anano mandou reunir um conselho “diante do qual fez comparecer Tiago, irmão de Jesus, chamado Cristo, e alguns outros” (JOSEFO, 2004, p. 925). Para John P. Meier, a simplicidade e a total neutralidade do texto, tratando Tiago como uma pessoa desconhecida e sem expressão pessoal, ao ponto de Josefo usar um referencial de identificação, confirma a autenticidade do texto. Segundo Meier, sendo Tiago um personagem da maior importância no cristianismo primitivo, qualquer inserção cristã sobre ele seria naturalmente rica de reverências e louvores (1993, p. 66).

Mais polêmico do que a referência feita a Jesus, no relato da condenação de Tiago, é o texto de Josefo denominado *Testimonium Flavianum* (*apud* CHARLESWORTH, 1992, p. 103):

Por volta desse tempo, havia Jesus, um homem sábio, se, com efeito, devemos chamá-lo um homem. Pois ele era alguém que praticava feitos surpreendentes (e) um mestre de pessoas que recebiam o extraordinário com prazer. Ele motivou muitos judeus e também muitos gregos. Ele era o Cristo. E quando Pilatos, o condenou à cruz, já que ele era acusado por aqueles da mais alta categoria entre nós, os que o haviam amado (desde) o início não pararam (de causar perturbações), pois ele lhes apareceu, no terceiro dia, tendo novamente vida, como os profetas de Deus haviam previsto estas e outras coisas maravilhosas a seu respeito. E até agora a tribo dos cristãos, assim chamados por causa dele, (ainda ?) não se extinguiu.

Uma parcela dos estudiosos de Jesus tem avaliado o *Testimonium Flavianum* como uma interpolação feita pelo cristianismo primitivo no texto original de Josefo, mas os argumentos não são conclusivos. No grupo mais radical, A. Harnack assinala que “Josefo, o escritor judeu de fins do primeiro século, ignora completamente o movimento cristão, pois seu assim chamado testemunho de Jesus é uma interpolação cristã” (*apud* CHARLESWORTH, 1992, p.107). Entre os moderados, Charlesworth considera que as expressões, transcritas a seguir, são claras inclusões cristãs no texto original: “se, com efeito, devemos chamá-lo um homem”; “ele era o Cristo”; e “pois ele lhes apareceu, no terceiro dia, tendo novamente vida, como os profetas de Deus haviam previsto estas e outras coisas maravilhosas a seu respeito”. Charlesworth expõe sua certeza de que Josefo fez uma referência concreta a Jesus de Nazaré e que, excluídos os acréscimos, o *Testimonium Flavianum* parece mostrar como o historiador, um participante ativo do contexto da Palestina do Século I, interpretou Jesus: “ele era uma pessoa rebelde e um perturbador da frágil paz; mas era também uma pessoa sábia que praticava obras “surpreendentes”, talvez mesmo maravilhosas, e foi seguido por muitos judeus e gentios (1992, p. 109).

Sobre a personalidade de Jesus, Charlesworth (1992, p.147) assinala duas impressões que alcançaram o consenso internacional segundo ele. Primeiro, “Jesus tinha de Deus a idéia de um pai celestial, cheio de amor e íntimo, muito próximo, e não isolado em algum céu distante”. Segundo, nas atitudes, palavras e ações de Jesus transparece um ser humano profundamente religioso e convicto da sua intimidade com Deus, a quem se dirigia pela palavra aramaica “Abba”, com o significado de pai, presente nos quatro Evangelhos e na fonte Q.

Para Theissen e Merz (2004, p. 167-168), Jesus foi um judeu filiado à corrente de renovação dentro do judaísmo que, diante da pressão da cultura helenística, buscava preservar ou redefinir a identidade judaica. Nesse sentido, tinha como características marcantes fortalecer a ação integradora, a partir do povo, e universalizadora, com atenção piedosa para os gentios; a radicalização da Torá em normas éticas gerais e a flexibilização de regras rituais separatistas; incentivo à fé num Deus misericordioso. Os autores concluem com convicção que “Jesus pertence ao Judaísmo”, não tendo conflitos com a religião, mas com grupos radicais dentro do judaísmo.

Conforme Crossan, o Jesus histórico deve ser compreendido dentro do judaísmo de seu tempo, que não era predominantemente rabínico, mas criativo e diversificado. Para o autor, na época de Jesus a convivência entre judeus e a cultura grego-romana era muito difícil, havendo no judaísmo helenista uma corrente exclusivista, que procurava manter ao máximo suas tradições, em conflito com o judaísmo inclusivo, que buscava a adaptação de seus costumes e a colaboração com o helenismo a nível ideológico. O resultado, assim, era um permanente confronto sobre as questões de Deus e da moral (1994, p. 455-457). Nessa visão, o autor assinala que milagre, cura e refeição eram instrumentos planejados e empregados por Jesus para fazer com que os indivíduos, especialmente os de estratos sociais diferentes, tivessem contato físico e espiritual imediato entre si e com Deus (1994, p. 459-460).

David Flusser refere que, a partir da descoberta dos manuscritos do Mar Morto, não se pode negar o “ressurgimento do fervor religioso em Israel” na fase do judaísmo do segundo templo. Para o autor, reacendeu a autoestima dos israelitas, tanto em relação à condição como pessoa quanto no que se refere à posição religiosa, fato que afirma a presença de uma elevada autoconsciência em Jesus (2002, p. 49-50).

Finalizando esta seção, trazemos de Theissen e Merz (2004, p. 180-184) dados de relativo consenso entre os clássicos quanto à identidade do Jesus histórico. Para os dois biblistas, Jesus nasceu em Nazaré, uma aldeola da Galiléia, a 140 quilômetros de Jerusalém, mas é impossível fixar as datas de seu nascimento, de sua atividade pública e de sua morte. Contudo, pode-se considerar que Jesus nasceu provavelmente entre os anos 6 e 4 a.C., no final do governo de Herodes I; que desenvolveu sua atividade pública por um breve período do início do governo de Pôncio Pilatos, transcorrido entre 26 e 36 d.C.; e que foi executado na festa da páscoa do ano 30 d. C.

2.2.2 A cura nos evangelhos

Ao pesquisador da temática do milagre, no contexto da mentalidade moderna, decerto serão cobradas provas empíricas, resultados e conclusões racionais de qualquer acontecimento dito milagroso. Segundo John P. Meier, a pronta resposta à cobrança é que “milagres não são eventos reais em tempo e espaço”. Ou respondendo de forma mais contundente, ao gosto dos não-crentes ou não-cristãos, “milagres não existem” (1998, p. 16).

Para Meier, em uma primeira abordagem, pode-se definir milagre conforme três critérios: é um fenômeno incomum, extraordinário e perceptível ao observador interessado e imparcial. Não há para o evento milagroso uma explicação razoável no âmbito das habilidades humanas ou outras forças conhecidas no tempo e espaço do mundo em que vivemos, pois é resultante de um ato especial de Deus e, por isso, sobre-humano (MEIER, 1998, p. 17).

Na perspectiva da visão bíblica, as forças do tempo e espaço emanam de Deus, são por ele controladas e é por sua vontade que o mundo não mergulha no caos do qual surgiu. Portanto, todo acontecimento miraculoso estaria inserido num contexto religioso, com envolvimento das relações entre o homem e a religião, e seria realizado por vontade divina. Dessa forma, considerando-se o contexto religioso, um milagre tem fundamentação filosófico-teológica, uma ótica particular de mundo que o faz um objeto de estudo complexo do ponto de vista exclusivamente científico. Durante o processo de análise de tais fenômenos através da razão pura, conclui-se que não há causa plausível para o milagre fora do julgamento filosófico ou teológico. Não obstante, o analista que tem convicções religiosas, esgotadas as explicações racionais, é impelido a afirmar que a causa última do milagre é a influência de Deus. Mesmo reconhecendo-se que, especificamente no caso dos milagres atribuídos a Jesus, a comprovação histórica dos eventos fica dificultada devido ao grande lapso de tempo decorrido e, conseqüentemente, à exiguidade de provas materiais. (MEIER, 1998, p.18- 22).

Levado o debate ao mundo acadêmico, o ceticismo sobre a existência de milagres é maior. O teólogo Rudolf Bultmann afirma: “É impossível usar a luz elétrica e o telégrafo sem fio, e beneficiar-se das modernas descobertas médicas e cirúrgicas, e ao mesmo tempo acreditar no mundo de (...) milagres do Novo Testamento” (apud MEIER, 1998, p. 27).

Nessa perspectiva, Meier chama a atenção para o fato de que faltava aos pensadores do Iluminismo dados de opinião como os contidos na pesquisa Gallup, realizada no ano de 1989, um registro científico de que 82% dos norte-americanos entrevistados acreditavam que “mesmo hoje em dia, ocorrem milagres pelo poder de Deus”, contra apenas 6% que discordavam. O autor acrescenta que o percentual de 82% dos crentes contempla pessoas de níveis de instrução e renda elevados, incluindo médicos e cientistas, além do segmento mais pobre e menos instruído da população (1998, p. 27).

Analisando a questão dos milagres na mentalidade do século I d. C., Meier assinala o ceticismo de alguns intelectuais gregos e romanos, a exemplo de Epicuro e Cícero, que negavam a intervenção dos deuses nos assuntos humanos. Contudo, o fato marcante é o reconhecimento popular imediato dos eventos milagrosos (1998, p. 43).

Nesse aspecto, o fenômeno do milagre está amplamente registrado nos evangelhos sinóticos, embora não seja uma exceção na Palestina da época, onde as doenças, a pobreza e a miséria do meio rural contrastam com o fausto das grandes cidades, em meio a uma fé autêntica no Deus de Israel. Sobre isso, Theissen e Merz chamam atenção para a multiplicidade de fontes e formas que testemunham os feitos do Jesus histórico que ele próprio e as outras pessoas consideravam milagres. Os autores dizem:

em nenhuma outra parte da Bíblia são relatados tantos milagres de uma só pessoa. Um fator para o aumento da crença em milagres e a aparição de taumaturgos são as tensões entre a cultura do campo e a da cidade, entre judeus e pagãos, entre formas culturais de vida tradicionais e novas (que só podem ser explicadas em termos carismáticos). Entre outras coisas, o carisma de fazer milagres e a “magia” podem-se distinguir por sua função social: movimentos de protesto e renovação são repetidamente legitimados por milagres carismáticos (2004, p. 315).

Uma questão importante sobre os milagres de Jesus é sua finalidade de esclarecer, inspirar e elevar a auto-estima dos pobres e excluídos, o que parece ser fundamental para a atividade doutrinária empreendida pelos evangelistas do cristianismo nascente, apesar das diferenças marcantes na descrição dos eventos, alguns longos e detalhados, outros bastante resumidos. Um outro aspecto relevante é que, segundo os evangelistas, a prática dos milagres pode ter sido o motivo usado pelos adversários de Jesus para exigirem sua condenação (Mc 3, 6). Sobre isso, Paul Hollenbach chega a afirmar que Jesus foi executado especialmente pela prática de exorcismos (*apud* MEIER, 1998, p. 146). Entretanto, segundo Meier, a “magia negra” era proibida legalmente no Império Romano, não a prática de milagres, além do que

não há referência à magia nos relatos sobre o julgamento de Jesus. De fato, Jesus foi aclamado entre seus seguidores por suas habilidades para curar doentes, exorcizar demônios e doutrinar pessoas para o desenvolvimento pessoal e social na relação com Deus, sem prejudicar ninguém (MEIER, 1998, p. 141- 146). De fato, é plausível que acreditemos que Jesus, no contexto de dominação absolutista e crueldade da sua época, foi mais um judeu pobre sacrificado quando pregava a misericórdia e a justiça.

Nos evangelhos, segundo David E. Aune, contam-se dezessete milagres de cura, três dos quais referentes a ressurreição de mortos, valorizadas especialmente quanto ao critério de historicidade das múltiplas fontes (apud MEIER, 1998, p. 155): A sogra de Pedro (Mc 1, 29-31; Mt 8, 14-15; Lc 4, 38-39); o leproso (Mc 1, 40-45; Mt 8, 1-4; Lc 5, 12-16); o paralisado (Mc 2, 1-12; Mt 9, 1- 8; Lc 5, 17-26); o homem com a mão atrofiada (Mc 3, 1-6; Mt 12, 9-14; Lc 6, 6-11); a filha de Jairo (Mc 5, 21-24, 35-43; Mt 9, 18, 23-26; Lc 8, 40-42, 49-56); a mulher com hemorragia (Mc 5, 25-34; Mt 9, 20-22; Lc 8, 43-48); o surdo-gago (Mc 7, 31-36); o cego perto de Betsaida (Mc 8, 22-26); o cego Bartimeu (Mc 10, 46-52; Mt 20, 29-34; Lc 18, 35-43). Meier assinala que, apesar do caráter heterogêneo, os relatos de curas podem ser divididos em quatro categorias: paralisia, atrofia ou deficiência motora; cegueira; lepra e outros sofrimentos físicos variadas (1998, p. 205).

O evangelista Marcos expõe a dimensão e o alcance da atividade curativa de Jesus mostrando, além do carisma, a atitude compassiva e universalista dele. Em Cafarnaum, “trouxeram-lhe todos os que estavam doentes. E ele curou muitos que estavam doentes de diversas enfermidades” (Mc 1, 32-34). No Lago da Galiléia, depois de ter curado muitas pessoas, “todos os que sofriam de alguma enfermidade lançavam-se sobre ele para tocá-lo” (Mc 3, 10). Em Genezaré, “em todos os lugares onde entrava, nos povoados, nas cidades ou nos campos, colocavam os doentes nas praças, rogando, que lhes permitisse ao menos tocar na orla de seu manto. E todos os que o tocavam eram salvos” (Mc 6, 56). Na cidade pagã de Tiro, “a mulher era grega, siro-fenícia de nascimento, e lhe rogava que expulsasse o demônio para fora de sua filha” (Mc 7, 26). Na Decápole, região de cultura grega, “trouxeram-lhe um surdo que gaguejava, e rogaram que impusesse as mãos sobre ele” (Mc 7, 32).

Uma breve passagem pela teologia dos milagres de Jesus no evangelho de Marcos mostra, apesar da objetividade dos conteúdos, a riqueza simbólica que eles contêm ao lado de termos de interpretação literal. No episódio da cura do paralisado de Cafarnaum (Mc 2, 1-12), Marcos apresenta o doente carregado por quatro amigos numa cama, sendo passado, com grande dificuldade, por um buraco no teto ao interior da casa onde Jesus se recolhera.

Meier assinala que a cura se dá quando Jesus diz ao parálítico que os pecados dele estão perdoados, demonstrando na capacidade visível de curar o poder restaurador do nazareno. Para o autor, “Jesus parece fazer a conexão entre os pecados do homem e a paralisia ou enfermidade que o aflige” (MEIER, 1998, p. 206-208).

Quanto à cegueira, Marcos narra os casos da cura do cego de Betsaida (8, 22-26) e do cego Bartimeu, à saída de Jericó (10, 46-52). Na simbologia de Marcos, o desdobramento principal configura-se na demorada “cura interior” de Pedro, que abre os olhos em dois estágios e, a partir deste evento, vê em Jesus o Messias anunciado. Por outro lado, a cura da visão espiritual dos discípulos completa-se no relato do cego Bartimeu, que percebe perfeitamente a condição do nazareno e torna-se um seguidor de Jesus, bastando o incentivo da declaração “vai, a tua fé te salvou” (MEIER, 1998, p. 215).

Quanto à cura dos que padeciam de doenças de pele referidas como lepra (Mc 1, 40-45), que implicavam na segregação social, tudo se processava na seguinte seqüência: a pessoa abordava Jesus geralmente prostrando-se a seu pés; Jesus concordava em aplicar a cura ao “paciente” e tocava-o ou falava com ele; a cura tinha que ser confirmada através de um sacerdote, depois do sacrifício correspondente feito no templo. A importância da cura está no simbolismo da reintegração da pessoa, antes impura e excluída, ao culto e à sociedade (CROSSAN, 1994, p. 359; MEIER, 1998, p. 231-232).

A cura da hemorroíssa (Mc 5, 21-43), um possível caso de impureza permanente conforme o Levítico, e a cura da filha de Jairo combinam-se numa única história. Durante o caminho para atender a filha de Jairo, Jesus é tocado pela mulher que padece de hemorragia e a cura ocorre sem a intenção e a participação diretas dele. Jesus tem a sensação da perda de energia e procura com o olhar, no meio da multidão, a pessoa que o tocou. Identificada a mulher, ele disse-lhe: "Minha filha, a tua fé te salvou; vai em paz fique curada desse teu mal". Ao chegar à residência de Jairo, mesmo já tendo a notícia da morte da menina., afirma estar apenas adormecida e ordena que se erga. Um detalhe significativo dos dois milagres é que demonstram o poder de Jesus curar a distância, sem a necessidade de contato físico (MEIER, 1998, p. 242).

O caso do surdo-gago, segundo Marcos, uma cura realizada fora dos olhos da multidão que o seguia, ilustra novamente a tentativa de Jesus de mostrar a seus discípulos a verdadeira missão da qual eram incumbidos, um esforço de tentar livrá-los de sua “surdez” espiritual. Jesus, similarmente a um ritual, coloca os dedos nas orelhas do surdo, aplica saliva sobre a língua dele, levanta os olhos e exclama: abre-te (THEISSEN, MERZ, 1996, p. 337;

MEIER, 1998, p. 246; VERMES, 2000, p. 191).

Podemos perceber, na maioria dos casos de cura apresentados nos evangelhos, a questão simbólica do contato físico entre Jesus e os doentes como meio para a realização do processo, mesmo nos casos de proscritos sociais como as pessoas acometidas de lepra. A simbologia aparece reforçada nos dez leprosos de Lucas, em que o único a retornar para agradecer foi um samaritano, povo do qual os judeus eram inimigos (VERMES, 2000, p. 191-196).

Dentre os milagres, as terapias são milagres de cura em que não ocorre qualquer luta e a cura se dá por transferência de uma força/energia miraculosa do taumaturgo ao doente. A eficácia de todas as terapias, no enfoque mostrado para Jesus, é dependente da fé do doente, uma união entre a salvação futura e a salvação presente demonstrada na forma da cura (THEISSEN e MERZ, 1996, p. 317-318).

É importante lembrarmos que o ministério de cura de Jesus se processou com três ênfases: quanto à perseguição, o objetivo era animar os perseguidos para que pudessem levantar a auto-estima e suportar as dificuldades a que eram submetidos; quanto aos demônios, procurou livrar os enfermos dos tormentos de doenças desconhecidas pela medicina da época, que eram atribuídas a poderes satânicos e ao pecado; quanto à doença em si e à morte, o trabalho de curar foi incessante, tanto que mesmo os estranhos ao seu grupo de seguidores tomavam conhecimento do fato e convertiam-se a sua doutrina, algo atestado inclusive pelas autoridades romanas (EVANS, 2002, p. 25). Em suma, nota-se que Jesus levava a cura a quem precisasse, em especial aos mais desassistidos, às pessoas mais humildes, às mulheres, numa relação que inspirava confiança e simbolizava transferência de energia característica da cura milagrosa na mentalidade da sua época.

Finalmente, os evangelhos mostram que a ação curativa de Jesus ultrapassa a esfera individual e influencia a ordem simbólica estabelecida pelo sistema sociopolítico vigente. Nessa perspectiva, o aspecto político da prática de Jesus se identifica com o que Ched Myers (1992, p.39) chama ação simbólica, ou seja, uma ação que repercute na sociedade como um todo e pode incentivar processos de mudança fundamentais.

3 RELAÇÃO “RELIGIOSA” ENTRE PACIENTE E TERAPEUTA

Neste último capítulo, aproveitando os conteúdos dos capítulos anteriores, procuramos evidenciar a capacidade da religião para disseminar, por palavras e atos exemplares, um modelo de relação virtuoso entre terapeutas e pacientes, capaz de promover a cura integral do ser humano.

Realmente, à doença social que a miséria promove e representa, com seu poder de causar sofrimento e morte desde a antiguidade, juntam-se os males auto-provocados que emergiram na modernidade, como o estresse e o individualismo exacerbados, a exigirem que as sociedades recomponham os vazios dos paradigmas da sua humanidade que se perderam.

3.1 A pertinência do modelo relacional de Jesus no ato terapêutico

A pesquisa do Jesus histórico desperta a atenção para uma maior aproximação, por parte do cristianismo, dos pobres excluídos dos sistemas de saúde. A falta de recursos financeiros para a compra da cura aos terapeutas instalados em clínicas e hospitais de excelência, deixa os pobres expostos às dificuldades de acesso e limitação de meios dos serviços públicos de saúde. Nesse contexto, abre-se o espaço ocupado, desde o cristianismo primitivo, para os terapeutas seguidores de Jesus, que sucedem o discipulado unguído com o dom da cura. O camiliano Calisto Vendrame diz com propriedade (2001, p. 66):

A força e o poder foram dados aos apóstolos para curar toda doença e toda enfermidade (therapéuein pásan nóson kai pásan malakían). Não se especifica o tipo de enfermidade, nem se limita o campo de ação no mundo do sofrimento humano. Trata-se de uma cura holística do homem sofredor na globalidade de seu ser.

De fato, os milagres de curas, ao realizarem a felicidade das pessoas e autenticarem a autoridade da mensagem de Jesus, compunham uma pedagogia de sensibilização e treinamento para assegurar a sempre difícil transmissão do carisma. Dessa forma, a delegação aos apóstolos do poder de realizar curas, conforme o modelo ensinado, tornou-se uma realidade indiscutível para o homem religioso, registrada nos milagres apostólicos: A cura de um aleijado (At 3,1-10); vários enfermos curados (At 5, 16); milagres

de Felipe (At 8,7); a restauração da visão de Saulo (At 9,17-18); a cura de Enéias (At 9, 34); a ressurreição de Tabita (At 9, 40); a cegueira de Elimas (At 13, 11); o aleijado de Listra (At 14, 8-10); a pitonisa liberta de espírito adivinhador (At 16,16-18) ; milagres de Paulo (At 19, 11-12); Eutico ressuscita (At 20, 10); A mordida duma víbora não causa mal (At 28, 5-6); a cura do pai de Públio (At 28, 8-9).

Nessa perspectiva Vendrame, enquanto aponta para os estádios, templos e terreiros lotados de multidões de crentes, mostra a inércia dos protestantes históricos e os católicos esclarecidos, engessados no moralismo e na censura dos exploradores da confiança do povo na cura religiosa. Assim o autor pergunta: “Mas não teria alguma razão o nosso povo em buscar na fé e na oração a cura de suas doenças, como faziam os fiéis no tempo de Cristo e dos apóstolos?” (2001, p. 205). Em resposta, Vendrame dá a entender que se a pregação do evangelho deve durar para sempre, a cura dos doentes deve acompanhar o esforço missionário, apenas sendo indispensável jamais esquecer que “a fé é exigida da parte dos beneficiários das curas, mas também da parte dos curadores” (2001, p. 213).

Podemos perceber a presença do modelo curativo de Jesus em técnicas de curar e modos de interagir nos espaços de cura do nosso tempo. As questões da imposição das mãos, o toque terapêutico, a cura interior e o controle da mente se inserem na chamada interface entre saúde e espiritualidade com raízes em Jesus. Uma ilustração significativa moderna é o toque terapêutico, um meio de acesso ao campo energético do paciente, praticado por cerca de quinze mil enfermeiros nos Estados Unidos. A técnica foi desenvolvida por Dolores Krieger, enfermeira e professora de enfermagem na Universidade de Nova York, que se tornou a primeira pessoa a estudar os efeitos da imposição de mãos em seres humanos. A base para a aplicação do toque terapêutico, segundo a hipótese de Krieger, é que “os seres humanos possuem complexos padrões de energia e que a enfermidade está associada a uma desordem ou bloqueio do fluxo de energia tanto dentro do paciente como entre o paciente e o ambiente” (EVANS, 2002, p. 71). Nessa perspectiva, Larry Dossey assinala que a cura dependeria da capacidade do terapeuta atingir um estágio de interiorização absoluto, abstraído de todos os pensamentos e sentimentos não-essenciais, a fim de concentrar energia para transferir ao paciente (*apud* EVANS, 2002, p. 74).

Dessa forma, o profissional da saúde cristão deve exercitar sua disposição e o carisma de recepcionar as pessoas com o coração, mente, voz, olhos, ouvidos e mãos para cuidar/curar como Jesus (Mc 2, 9; Mc 5, 34; Mc 10, 52). O teólogo Leo Pessini reconhece o valor da medicina, que considera indispensável em casos específicos, mas enfatiza que não

substitui a atitude de fé como estimulante das forças interiores dos doentes para realizarem a própria cura (2004, p. 68-70).

Nesse contexto, o cristianismo histórico, dentro dos seus limites doutrinários e da rígida estrutura hierárquica que se impõe, enfrenta o desencanto do mundo secularizado da saúde e procura manter-se no espaço terapêutico a serviço dos pobres, preservando o modelo praticado e ensinado por Jesus.

3.2 Mudanças do paradigma da relação terapeuta-paciente

A consideração de mudanças de paradigma na relação terapeuta-paciente no Brasil impõe o olhar para experiências de sucesso que receberam a contribuição da religião na modernidade.

A preocupação das igrejas protestantes com ministérios terapêuticos surgiu com o trabalho de John Wesley, inspirador das missões médicas, fundamentado na elevada taxa de mortalidade na Inglaterra. No início do século XVIII, Wesley combinou evangelismo espiritual com evangelho social direcionado às necessidades humanas, incluindo cuidados de saúde, com especial atenção para a relação entre saúde e estilo de vida (EVANS, 2002, p. 51).

A aceitação, por parte da classe médica, da influência do fator psicossomático na enfermidade, no âmbito da visão holística da saúde, contribuiu para legitimar o ministério terapêutico da igreja (GUSMER, apud EVANS, 2002, p. 26). Contudo, o reconhecimento acadêmico da complexa inter-relação entre emoções, corpo e mente, lançou um desafio ao racionalismo, devido abranger a dimensão transcendente e espiritual. Portanto, as pessoas podem recorrer, hoje, aos ministérios terapêuticos das igrejas como uma terapia complementar à terapia médica clássica (EVANS, 2002, p. 54). Nessa linha de pensamento, conforme nosso comentário anterior, Tillich (2005, p. 717) admite a validade do uso dos mais variados métodos de cura por respeito à dinâmica de concepção de vida individual ou mesmo a exclusão de tentativa de cura. Para o autor, não se deve considerar unilateralmente a cura, já que os fatores que definem saúde, doença e cura se entrelaçam. Tillich defende, também, que se deve lançar mão de métodos psicológicos e químicos, se necessário e sem preconceitos dogmáticos, para obter a cura integral do indivíduo.

O fenômeno recente da reintrodução das práticas de cura da igreja primitiva, notadamente a imposição de mãos e a expulsão de demônios por grupos neopentecostais, ignorando a medicina contemporânea, é condenado pelas denominações tradicionais que afirmam serem estas práticas inválidas e que os testemunhos favoráveis são tomados sob forte emoção. A nova visão para os ministérios de saúde, de cunho ecumênico, está calcada numa relação mais harmônica entre medicina e religião, no desenvolvimento da bioética, nos trabalhos médicos missionários, na assistência integral à saúde, na aceitação de práticas complementares de cuidado da saúde e no interesse popular por espiritualidade e saúde (EVANS, 2002, p. 43-44). Uma sinalização positiva dos ministérios terapêuticos é a inclusão no culto da maioria das denominações protestantes das orações de intercessão pela saúde, algo impensável, no Reino Unido e nos EUA, na última década do século XX (EVANS, 2002, p. 55).

Desde 1991, nos Estados Unidos, o modelo biomédico começou a reconhecer formas diferentes de abordagem da saúde, do doente e da doença com repercussão na relação terapeuta-paciente. No auge do movimento pela aplicação de recursos voltada para a contenção rigorosa de custos, o chamado “*managed care*”, a medicina científica assume o novo paradigma da visão holística do ser humano integral. Na concepção holística de saúde e doença do físico Fritjof Capra (2006, p. 324-325), a doença resulta do desequilíbrio orgânico eventual, manifestando-se por sintomas físicos, psicológicos e sociais, para cuja cura o organismo possui a tendência inata para curar-se. Para o autor, dependendo da gravidade da doença, o restabelecimento do equilíbrio pode exigir terapias de auxílio ao esforço orgânico, incluindo mudanças no estilo de vida e na visão de mundo do doente, a ser influenciada pelo terapeuta como educador em saúde.

Profissionais de saúde de diferentes especialidades defendem a expansão da assistência à saúde para incluir mais do que tratamento médico no modelo estritamente científico (EVANS, 2002, p. 62). A união de várias práticas alternativas com a medicina científica é conhecida como medicina integral ou complementar. Cabe aqui a distinção entre dois termos bastante utilizados neste novo cenário do tratamento médico: medicina integral e holística. Medicina integral compreende a visão cristã sobre o cuidado integrado da mente, corpo e espírito, estando Deus no centro do processo de cura, ao passo que a medicina holística envolve todas as práticas tradicionais e alternativas de saúde nas quais o espírito é tratado por uma perspectiva religiosa oriental e por práticas exóticas com abordagens alternativas e alopáticas (EVANS, 2002, p. 63).

As visões de mundo da medicina alopática e da medicina holística são diferentes, pois a medicina holística inclui práticas como ioga, massagem, acupuntura, terapias com ervas e vitaminas, meditação, toque terapêutico, terapias com cristais, regressão a vidas passadas e práticas religiosas. Segundo a autora, a reação dos pacientes é bastante positiva: “consideram-se mais como parceiros do que como consumidores, mais como pessoas doentes buscando saúde do que como doenças despersonalizadas. Um trunfo do chamado cuidado complementar de saúde seria o fato de que, apesar dos custos preventivos iniciais superiores, a agressividade para o paciente é menor e há uma redução de custos com testes diagnósticos, procedimentos-padrão e hospitalizações. Ao mesmo tempo, certas práticas folclóricas de saúde, tais como o curandeirismo em regiões pobres, como o interior do Brasil, podem ser consideradas de pouca ou nenhuma eficácia e exigentes de fiscalização e controles (EVANS, 2002, p. 64-68).

Na temática da mudança de paradigma na relação terapeuta paciente, é importante o realce da ruptura de uma prescrição sagrada de 2500 anos. No Brasil, já se determina, no código de ética médica, que o doente deve ser informado sobre sua doença e seu tratamento, mesmo contrariando a recomendação hipocrática de manter entre os homens sagrados as coisas sagradas da arte médica (CAIRUS; RIBEIRO JR, 2005, p. 170). Sobre isso, o código é enfático:

E vedado ao medico deixar de informar ao paciente, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, CFM,1988).

Sobre a relação terapeuta-paciente no âmbito das doenças mentais, espaço de abordagem difícil e controversa até recentemente, vários trabalhos comprovam a influência benéfica da religiosidade. As práticas de rituais religiosos e a profissão religiosa propiciam menores índices de estresse e maior bem-estar psicológico de acordo com medidas em escalas padronizadas em ensaios tanto retrospectivos quanto prospectivos. Crenças e práticas religiosas mais intensas foram fatores responsáveis por menor incidência de sintomas depressivos e recuperação mais rápida. A revisão de pacientes idosos internados por problemas não-psiquiátricos também apresentaram menores índices de depressão e menor tempo até a remissão de sintomas depressivos após alta hospitalar. A revisão de H. G. Koenig e D. Larson, em 2001, foi a mais detalhada, extensa e cuidadosa (DALGALARRONDO, 2008, 179-182).

Larry Dossey mostra o desenvolvimento da medicina em eras, em cada uma trazendo paradigmas próprios e assumindo características novas impostas pelas mudanças culturais, com efeitos no Brasil: a primeira, de 1860 a meados de 1950, em que as práticas eram orientadas para o corpo, a relação-terapeuta paciente era íntima e integral, mas fundada no médico que, autoritário e paternalista, mantinha o doente passivo e muito pouco informado; a segunda, de meados, de 1950 ao fim da década de 80, em que a atenção se voltou para a conexão entre mente e corpo, ocorre a divisão do poder do médico entre as muitas especialidades da saúde e o hospital concentra a tecnologia e a aumenta a distância entre o terapeuta e o doente; a terceira, que se iniciou em meados de 1990, em que a perspectiva não-local de mente, corpo e espírito se mostra mais evidente e desafia as explicações ordinárias, físicas e reducionistas. Para o autor, na terceira era, pode-se remodelar o passado médico através dos processos do pensamento, não deixando lugar para o paradigma flexneriano, que privilegia a doença e desumaniza a relação entre os atores do ato terapêutico (*apud* EVANS, 2002, p. 83-85).

Nesse contexto de mudanças, a reforma do modelo de isolamento do doente mental nos famigerados hospícios, que superaram os leprosários em permanência ativa, vem sendo desconstruído. É do reconhecimento geral que uma pessoa doente mental, isolada da família, pode ter agravada a situação devido à solidão e à culpa. Especialmente nesse caso, a atuação de grupos religiosos no amparo psicológico aos pacientes é de suma importância. A atuação de um ministério terapêutico representa um rompimento com o individualismo tão comum na contemporaneidade e a inserção na comunidade de aceitação e reconciliação que a reforma psiquiátrica está promovendo (EVANS, 2002, p. 103-104).

Nos EUA, Inglaterra e Canadá, nos anos de 1980, surgiu um movimento denominado enfermagem pastoral, uma especialidade recente da enfermagem, reconhecida pela Associação de Enfermeiros Norte-Americanos desde 1999. Criada pelo pastor luterano Granger Westberg, a especialidade tem as características que aproximam terapeutas e doentes, como a presença de enfermeiro profissional ou o apoio de um profissional de enfermagem, por igreja, para auxiliar na conscientização da comunidade circunvizinha quanto à saúde e foco na saúde integral da pessoa, enfatizando o bem-estar, prevenção da enfermidade e promoção da saúde através de várias atividades. Quanto ao aspecto do foco na saúde integral, assemelha-se a programas brasileiros como o Programa de Assistência Comunitária de Saúde e o Programa de Saúde da Família (EVANS, 2002, p. 217-218).

Dessa forma, fica evidente que a saída eventual dos estudantes das ciências da saúde das salas de aula e laboratórios, participando das atividades das igrejas nas comunidades, contribuem para a sensibilização e crescimento profissional e humano dos futuros terapeutas, visando a melhoria da relação terapeuta-paciente, bem como para a promoção da filosofia da saúde integral.

3.3 A posição das Igrejas Cristãs

A participação das igrejas cristãs no atendimento aos doentes é antiga e seu alcance supera o das curas milagrosas. Fazem parte das suas práticas os sacramentos, os cultos, as pregações e a restauração dos enfermos. Muito embora a vertente de cura que atraiu a atenção tenha sido a espiritual, na ótica cristã, além de se contemplar a cura física, cura e salvação estão associadas em um modo integral – cura da mente, corpo e espírito. A atuação terapêutica da igreja ao longo da história esteve sempre atrelada às ênfases teológicas vigentes. Inicia-se como o ministério de cura de Jesus cujo desdobramento esteve a cargo de seus discípulos. Dentro da atuação de Jesus, como descrito antes, era muito viva a noção de que Deus dispunha sobre saúde e doença (EVANS, 2002, p. 21-23).

Segundo Rodney Stark (1998, p. 86) uma poderosa razão da mortalidade dos pagãos, da sobrevivência dos cristãos e da conversão dos pagãos ao cristianismo foi a maneira de os cristãos e os pagãos, respectivamente, cuidarem ou deixarem de cuidar de seus doentes por ocasião das grandes epidemias que assolaram o império romano nos primeiros séculos da era cristã. A caridade, ou seja, o amor ao próximo induziu os cristãos, diferentemente dos pagãos, a providenciar para os irmãos de fé cuidados elementares, como “simples provisão de comida e água que permitem aos temporariamente enfraquecidos lutar por si mesmos pela recuperação em vez de perecer miseravelmente” (MCNEILL, *apud* STARK, 1998, p.88). Esse cuidado, conforme Stark, não só preservou proporcionalmente muito mais vidas de cristãos do que de pagãos como encaminhou conversões de pagãos ao cristianismo. (*apud* PAIVA, 2007, p. 100).

Os discípulos de Jesus continuaram seu ministério munidos da autoridade que lhes foi concedida por seu mentor (Ef 6,12). O cerne das curas que estes realizaram eram a demonstração da ressurreição de Jesus e a materialização do reino que apregoava. Em Atos dos Apóstolos, são atribuídas três curas a Pedro (3,2; 5,15; 9,32-37); uma a João e Pedro

(3,2); nove a Paulo (14,3; 8,3-19; 15,12; 19,11; 20,9; 28,3-9); uma a Filipe (8,7); uma a Ananias (9,17) e quatro aos apóstolos em geral (2,43; 5,12-16; 8,13). Muito embora não haja registro de unção com óleo por Jesus ou pelos discípulos, em Mc 6,13 há referência a esta prática anteriormente à ascensão de Jesus.

Em Ti 5,13-16, é valorizada a figura do presbítero, herança da prática judaica em que realizavam funções sagradas. Sua incumbência era a de intermediários na cura com o uso da oração. A presença de um grupo de presbíteros representava, para o enfermo, o apreço da comunidade. A unção dos enfermos, não descrita explicitamente na prática de Jesus, era corrente entre seus discípulos. Para as primeiras comunidades cristãs, um enfermo era tratado como alguém que precisava de especial atenção da comunidade, um contraste em relação à prática médica contemporânea que isola o paciente dos demais. Era comum, nessa época, o uso da unção com óleo tanto entre os pagãos e judeu-cristãos. Era empregado como relaxante para atletas, perfume, na função dos cremes modernos e para a unção de reis. Representava, para os judeu-cristãos, a infusão de poder e força terapêutica que confortava a pessoa que recebia a unção. Para as primeiras comunidades cristãs, surgidas entre a morte de Jesus e o ano 300 d. C., os conceitos de saúde e salvação eram complementares. Dispensavam especial atenção ao ministério de cura que se tornou sacramento assim como a unção e o exorcismo e eram exortadas à responsabilidade para com os enfermos, apesar da ênfase no combate às forças demoníacas. Diáconos eram designados para cuidar dos doentes e informar o bispo para que este orasse sobre os enfermos. Recorria-se a curas por meio de oração, invocação do nome de Deus, sinal da cruz, exorcismo, imposição de mãos, unção de óleo e visita do bispo à habitação do doente. O dom de cura e o poder para exorcismo eram requisitos para a ordenação dos diáconos durante o período patrístico (EVANS, 2002, p. 25-28). Devemos lembrar que a unção com óleo é herança das crenças judaicas, visto que Messias, aquele que viria para salvar os judeus, significa ungido em aramaico e o termo foi traduzido para o grego como Cristo.

Entretanto, no período pós-constantiniano, referência ao imperador romano Constantino que tornou o cristianismo a religião oficial do Império, a igreja cristã foi institucionalizada e, influenciada por sua expansão dentro do mesmo Império, substituiu o trabalho missionário de cura por encantos, amuletos, relíquias e peregrinações a lugares santos. Muito embora Santo Agostinho cite a realização de curas de problemas de saúde para os quais os médicos não encontraram solução, os “milagres” eram, à época, associados aos santuários e assemelhados. A doença, para aquele tempo, era um instrumento a serviço de

Deus (EVANS, 2002, p. 29). O período de milagres se encerrou e a cura, à maneira cristã, passou a ser de cunho eminentemente “espiritual” até o recrudescimento do interesse pela cura física durante o século XX. Durante este período, dada a ênfase do papel da fé no processo de cura, introduziu-se a “modalidade” de cura através de peregrinações, visitas a túmulos de santos ou poços sagrados (PATTISON, *apud* EVANS, 2002, p. 29). Estas práticas foram um resultado da ênfase da igreja na alma de maneira que os mais humildes buscavam a cura física nas superstições e na magia. Entretanto, o sacramento de cura continuou a ser parte importante do ministério terapêutico da igreja. A unção com óleo, apesar de não ser realizada em rito específico, manteve-se como sacramento e a eficácia da consagração do óleo estava vinculada à oração e a uma profunda confiança em seus resultados (EVANS, 2002, p. 30-31).

A partir do Concílio de Trento, em 1551, a separação entre medicina e igreja aumentou consideravelmente e o ministério terapêutico caiu na clandestinidade até ser rehabilitado no século XIX. Porquanto a extrema unção tenha substituído a unção dos enfermos, aquela estava também estabelecida como válida, porém a ênfase deveria ser à unção para aqueles próximos da morte, um expediente não só para a saúde da alma como para a do corpo. Desse modo, os grupos originados durante a reforma protestante buscaram o afastamento das práticas católicas romanas; ao mesmo tempo, a separação entre medicina e religião se tornava cada vez mais nítida. Portanto, a unção dos enfermos e a imposição de mãos eram assemelhadas por esses grupos à extrema unção de modo que estes não realizavam o rito. Calvino atribui o dom de cura ao período apostólico, mas Lutero, embora não considerando-o sacramento, admitiu a unção com óleo. Ambos não acreditavam no milagre da cura física, entretanto mantiveram os conceitos de doença e morte associados a castigo, ocasião para ensino moral e alívio para o sofrimento deste mundo. Vale ressaltar que os reformadores, apesar da visão espiritualizada da saúde, respeitavam a prática médica (EVANS, 2002, p. 35-37).

A partir do século XVIII, os reformistas adotaram o conceito da dignidade inata do ser humano e consideraram que deveriam alcançar a todos os outros em seu sincero serviço, preocupando-se especialmente com a redenção do indivíduo. Enquanto as missões católicas eram constituídas por monges, os missionários protestantes eram tanto clérigos quanto leigos o que facilitou a proliferação de suas sociedades missionárias que levaram o cuidado médico ocidental à África, Oriente Médio, Índia e China para combater a lepra, o cólera, a tuberculose e a peste, entre outras doenças. Os médicos missionários se dirigiram para as áreas de maior necessidade, instalando seus hospitais de missão em que construíram

uma atmosfera de paz espiritual e amor, ou seja, assistência médica básica associada à ética cristã de amor (EVANS, 2002, p. 40-41). Este *modus operandi* foi adotado a partir da percepção dos primeiros missionários que, ao chegarem às terras estrangeiras em que as pessoas viviam em péssimas condições de vida, verificaram que “pregar sem curar era a maneira mais inadequada de interpretar o Evangelho” (GARLICK, *apud* EVANS 2002, p. 133).

A evolução do trabalho missionário levou à mudança de ênfase das missões da medicina curativa para a medicina preventiva, da saúde individual para a saúde comunitária e integral. A maioria dos hospitais de missão foi nacionalizada e os denominacionais, nos EUA, têm sido secularizados e privatizados devido a uma série de situações: custo exorbitante para se estabelecer e sustentar instituições de saúde, organizações governamentais e privadas de muitos países se tornaram fontes alternativas de cuidado da saúde, dificuldade, em muitos países, de administração de grandes instituições médicas que excedem os níveis locais de competência e especialidades, mudança do foco das missões para o fortalecimento e capacitação de pessoal para cuidado preventivo de saúde. Nesta conjuntura, os protestantes estão investindo no combate às causas básicas de problemas de saúde como os problemas relacionados a suprimento de água, higiene, nutrição e educação (EVANS, 2002, p. 42).

Vale assinalar, como fatores adicionais para a emergência do ministério terapêutico britânico, a fundação do Concílio de Igrejas para a Saúde e Cura no Reino Unido; a crescente cooperação entre o clero e a profissão médica; a fundação do Instituto de Religião e Medicina em 1961 a partir de reuniões entre sacerdotes e médicos; bem como a criação de vários grêmios e associações terapêuticas (GUSMER, *apud* EVANS, 2002, p. 22). Nos diferentes métodos utilizados, o elemento comum é a ocorrência da cura espiritual desde que o enfermo demonstrasse fé em Deus (EVANS, 2002, p. 45-47). Em 1962, foram definidas as bases para os ministérios sacramentais da graça: confirmação, ordenação, matrimônio, ministério da absolvição e ministério terapêutico; este último tinha como função conceder, pela graça de Deus, a cura para o espírito, mente e corpo como resposta à oração e à fé por meio da imposição de mãos ou pela unção com óleo (GUSMER, *apud* EVANS, 2002, p. 25-26).

A continuidade dos programas terapêuticos teve como objetivo incentivar, nos anglicanos, o envolvimento com o ministério terapêutico e sua expansão para incluir aconselhamento, libertação de opressão demoníaca, estudo de questões éticas, distribuição de recursos e pessoal, tratamento da dependência de drogas, acompanhamento de doentes de

AIDS e amparo em asilos (MADDOCKS, apud EVANS, 2002, p. 45).

Na atualidade, os ministérios terapêuticos do Reino Unido incluem imposição de mãos, unção, oração e cultos de cura. A razão para a popularidade dos ministérios terapêuticos reside na firme crença das pessoas na cura espiritual. Da mesma maneira que há um renovado interesse por espiritualidade, arte e medicina. Nessa linha de ação, o ministério terapêutico reafirma a função única da igreja, mas pode desencadear abuso de poder por esta. Nos EUA, o significativo crescimento dos ministérios de saúde se deve a: preocupação com a falta de acesso universal à assistência médica – 44 milhões não possuem qualquer cobertura em termos de tratamento de saúde – e com a exclusão de imigrantes e grupos étnicos, perda dos planos de saúde por desemprego e aumento do custo da assistência médica; críticas ao modelo médico; criação de várias organizações que trabalham na interface entre medicina e religião; programas de saúde vinculados a igrejas; distribuição de refeições nas ruas, programas de cuidado de idosos ou doentes inválidos de famílias, creches e academias de ginástica em edifícios de templos; igrejas afro-americanas que oferecem serviços de abrigo e distribuição de comida, assistência a desempregados, controle de pressão arterial, com atenção especial para a discriminação racial que alijava os afro-americanos dos programas sociais (EVANS, 2002, p. 50-54)

As igrejas protestantes são rígidas quanto à definição do que seria um ministério de saúde autêntico, ortodoxo ou aceitável. A cura pela fé remete à melhora física, mental e emocional. O receio destes grupos consiste na possibilidade de desvio da orientação para Deus da orientação para o indivíduo já que a maioria das pessoas associa a contribuição da religião para a cura à fé individual e às orações comunitárias. Outra questão é a rotineira exclusão da figura do médico na cura pela fé devido à ótica dualista que, enquadrando a pessoa como suficientemente espiritual, descarta a necessidade de apoio médico. Isto pode incorrer com sérias conseqüências, inclusive a relutância em submeter-se a exames ou tratamento que poderia conceder à pessoa a cura necessária. Outro problema da cura pela fé se origina na falsa expectativa que é criada e a banalização da esperança visto que qualquer pessoa fervorosa poderia obtê-la e, contrariamente, a falta de fé seria um empecilho. Ademais, o culto de cura pode ensejar uma separação dos cultos regulares da igreja. Além disso, Deus pode ser visto como um “moleque de recados”, um instrumento para a satisfação das vontades humanas (EVANS, 2002, p. 92-97).

Realmente, o ministério terapêutico envolve igrejas em que a fé, as práticas religiosas e os assuntos espirituais fazem parte do cuidado com a saúde, indo ao encontro das

grandes necessidades da área. As igrejas cristãs tratam do tema saúde de uma maneira integral - espiritual, física, emocional e mental - já que está presente em todos os estágios da vida de seus adeptos, especialmente os idosos, vulneráveis e desfavorecidos pela ênfase social que é dada aos jovens. Além disso, O espaço dos templos, onde os fiéis recebem os sacramentos, é muitas vezes subutilizado e pode servir como local para estabelecimento de programas de recuperação de viciados, creches distribuição de comida, centros de descanso ou mesmo clínicas de saúde tornando, assim, mais abrangente o ministério de saúde (EVANS, 2002, p. 105-108).

Os ministérios de saúde cristãos podem ser classificados em: litúrgico e sacramental; devocional e educacional; de apoio e proteção; e de cuidado direto com a saúde. O primeiro tipo se dedica às tarefas relacionadas a liturgias de cura e unção, administração de sacramentos, prática de oração, ministério de libertação, retiros espirituais, pregação e vida litúrgica do grupo local. O segundo objetiva a informação e motivação para salientar padrões de vida que afirmam a saúde e a mudança de estilo de vida, tomada de decisão quanto a opções de cuidado de saúde, resolução de dilemas e treinamento para cuidado integrado de saúde. O terceiro tipo tem como foco os programas de coleta de recursos e a conscientização das pessoas quanto à inclusão dos marginalizados por doenças, inaptidões, raça, idade, sexo ou nível socioeconômico, atuando mais especificamente na área pública para influenciar medidas sociais, econômicas e políticas para a justa distribuição de recursos à saúde e o acesso e resposta adequados dos sistemas de assistência à saúde. O quarto tipo está envolvido na assistência ao paciente no que tange às iniciativas de saúde pública de prevenção e bem-estar, diagnóstico, intervenção e/ou modalidades de tratamento individual ou de grupos, podendo atuar na promoção do bem-estar ou na prevenção de doenças. Considerando os chamados cultos públicos de cura, existe um alerta, especificamente na Inglaterra, quanto à promessa indiscriminada de cura e seus efeitos danosos, à preparação inadequada e incapacidade de reconhecimento do componente emocional de casos psicogênicos e conseqüente desespero em caso de falha. A oração, tanto individual quanto coletiva, também se constitui numa prática do ministério litúrgico à medida que contribui para auxiliar no suporte psicológico para as dificuldades e na melhoria do bem-estar já que é aberto espaço para a meditação e o silêncio que são veículo para o aumento da consciência. Na igreja primitiva, os presbíteros tinham como função não só a visita aos enfermos como a oração em favor destes e a exortação à comunidade para que agisse de forma similar. A prática de confissão de pecados também se insere neste contexto como preparação para a cura pela

remoção de culpa ou ressentimento (EVANS, 2002, p. 108-116).

Relativamente ao rito dos enfermos, é importante a prática de imposição de mãos que representa o hábito do toque, na teologia cristã, de Deus que pode gerar benefícios físicos, psicológicos e sociais (HEADLEY, *apud* EVANS, 2002, p. 3). As práticas de imposição de mãos e unção de óleo têm fundamento na bíblia como relatado em Mc 16,18.

Quanto ao ramo educacional dos ministérios de saúde cristãos, estão a ele associadas práticas de educação patrocinadas pelas igrejas locais visando a adoção de um estilo de vida mais sadio, a mudança de padrões de comportamento, a tomada de decisões mais esclarecidas relativamente às melhores opções de tratamento e à solução de problemas pessoais. Para os membros da igreja, são ofertados (EVANS, 2002, p. 141-142):

Oficinas sobre tomada de decisão a níveis pessoal e profissional, recuperação de divórcio, encontro de casais, dilemas bioéticos, diminuição do estresse e promoção do bem-estar; palestras acerca de direitos e responsabilidades dos pacientes e informação sobre consentimento para determinados procedimentos; material de informação sobre questões de saúde e dilemas bioéticos; programas pastorais oferecidos pelos oficiais da igreja para todos os seus membros para que mantenham contato com as pessoas enfermas e aquelas presas a seus leitos em casa; cursos sobre sexualidade para adolescentes, relacionamento familiar, objetivos de vida, casamento, amizade e aconselhamento sobre gravidez; grupos de leitura sobre nutrição, planejamento alimentar, reação a drogas, bioética e aspectos espirituais do cuidado com saúde; promoção de programas individualizados de saúde para membros da igreja; grupos de discussão para pessoas em transição (emprego, estado civil); aulas de educação de saúde para o público em geral e para membros da igreja sobre assuntos como diminuição de estresse, prevenção/bem-estar, recursos espirituais para a saúde, a vida familiar e questões bioéticas; visitas a centros de pesquisa, tratamento e cuidado para tornar as pessoas mais informadas sobre o que eles oferecem cursos dados por profissionais de hospitais sobre internações, relacionamento com os médicos de plantão e treinamento para trabalho voluntário com pessoas portadoras de deficiência e idosos.

Na mesma linha de promoção do desenvolvimento pessoal, profissional e missionário ofertam-se para estudantes e profissionais de saúde:

Simpósios sobre a relação entre religião e medicina, igreja e hospital, pastor e médico; seminários para funcionários sobre maneiras pelas quais profissionais de saúde locais e membros da igreja podem assistir uns aos outros; cursos sobre cuidado integral de saúde voltados para estudantes de teologia, medicina, enfermagem, farmácia e assistência social, além de outras disciplinas relacionadas; cursos sobre o papel da igreja quanto a saúde e cura, morte e morrer, envelhecer, bioética, espiritualidade e saúde, dependência de drogas e outros assuntos relacionados a esses, principalmente para seminaristas; instalações residências para grupos de dez a quinze estudantes de medicina, enfermagem e teologia para promover a integração entre estes futuros profissionais. (EVANS, 2002, p. 142-143)

No tocante ao apoio e proteção, o foco é o indivíduo enfermo que enfrenta o isolamento e a solidão. O intuito é que este mesmo indivíduo se sinta bem recebido e aceito. O auxílio se dá em cozinhar, cuidar de crianças, fazer compras, diminuir o desconforto físico do paciente e oferecer pensão e alojamento cristão para famílias de pacientes hospitalizados em instituições próximas. Uma parte importante deste ministério se reporta ao amparo aos idosos. Nos EUA, os idosos enfermos se ressentem da desassistência. Na América Latina, por questão cultural, são apoiados pela família. Quanto à questão da melhoria e garantia da assistência à saúde, as igrejas se posicionaram pela reforma do sistema de saúde centrada na justiça. Nos EUA, vinte e dois grupos protestantes lançaram uma campanha de promoção de reforma do sistema de saúde deste país. Definiram como pontos cruciais: garantia de acesso ao serviço a todas as pessoas que vivem no país; prestação de serviços de prevenção e promoção à saúde, cuidados primários e intensivos, cuidados extensivos e serviços de reabilitação e cuidado com a saúde mental; preparação de um orçamento futuro que pague instituições de assistência a partir de fundos da federação; orçamento nacional que cubra a educação na área de saúde e promoção do bem-estar; oferta de serviços de qualidade e processos de pagamento baseados em princípios de igualdade e eficácia; compensação, reciclagem e realocação de trabalhadores de saúde deslocados devido à reforma; redução da massa de litígios por falta de profissional; redução da inflação dos custos de prestação de serviços médicos; estabelecimento de uma liderança federal para promoção da saúde por meio de avaliação do impacto do padrão de vida nas questões de saúde; promoção de inovações efetivas e seguras, pesquisas de técnicas médicas, pesquisas sobre prestação de serviços de saúde e sobre práticas de cuidado de saúde de indivíduos e famílias (EVANS, 2002, p. 168-170).

Os católicos romanos, nos EUA, posicionaram-se de maneira mais abrangente sobre essa questão, o que é facilitado por sua centralização de autoridade em Roma. Consideram, genericamente, que assistência à saúde é um serviço, toda pessoa possui dignidade humana, as leis públicas devem servir ao bem comum, as necessidades dos pobres têm prioridade especial e a administração de recursos tem que ser responsável. Seu objetivo se constitui em reformar a distribuição de recursos, que avaliam como fragmentada e deficiente (EVANS, 2002, p. 174-176).

No âmbito da assistência direta à saúde, a igreja atua com hospitais e clínicas de assistência médica, cuidados de saúde de modo integral e integrado, cuidados de saúde mental e comportamental através de aconselhamento e análise espiritual para cura interior e

prevenção de enfermidades, especialmente a dependência de drogas. Um exemplo deste tipo de serviço, nos EUA é Federação Nacional de Voluntários Interconfessional do Cuidado que treina voluntários para atuação em serviços de apoio a pessoas doentes e idosas que permanecem em casa. Também é interessante destacar o trabalho do Dr. Granger Westberg que, entre 1960 e 1970, estabeleceu clínicas de assistência integral à pessoa em igrejas e do Centro de Saúde Integral de Capitol Hill, entre os anos de 1982 e 1993, em Washington, na Igreja Luterana da Reforma, que atendia principalmente a membros da igreja e trabalhadores do Congresso Nacional, uma clientela quase que inteiramente da classe média e que oferecia aconselhamento pessoal e educação de saúde para auxiliar o paciente a tornar-se responsável por melhorar e manter-se bem. A equipe era constituída por um médico de família, um conselheiro pastoral e uma enfermeira profissional para o cuidado tradicional, intensivo e crônico, além de atividades de aconselhamento de casais e seminários sobre redução de estresse, nutrição, prevenção de doenças, vida em família, responsabilidade pessoal, prevenção e tratamento de dependência de drogas. Os custos eram pagos por taxas pagas pelos pacientes (EVANS, 2002, p. 179-181).

Outra preocupação dos ministérios de saúde é a de incorporar as técnicas de psicologia e psiquiatria para o desenvolvimento do aconselhamento. As igrejas reconhecem nesta atividade, também, a necessidade de se estabelecer uma relação entre terapeuta e cliente e o treinamento das pessoas que irão desempenhar este papel. A igreja cristã tem procurado atuar de forma mais intensa no contexto de prevenção e tratamento da dependência química. Sua adequação para esta atividade está substanciada em: ser a dependência química um dos maiores problemas de saúde no mundo; não estar a comunidade médica, sozinha, sendo capaz de atender a todas as necessidades dos dependentes; estarem a igreja e seus membros estrategicamente posicionados para auxiliar na solução de problemas multidimensionais; requerer a dependência, por sua própria natureza, a colaboração entre igreja e comunidade (EVANS, 2002, p. 185-189).

Para tornar mais efetiva esta participação, algumas estratégias foram adotadas, como pregação, ensino e prática de uma teologia de saúde, esperança e cura; criação de uma comunidade amorosa; desenvolvimento de valores que encorajem um estilo de vida sadio e virtudes positivas na sociedade; desenvolvimento de um entendimento sistêmico da natureza e do processo de dependência; oferta de programas educacionais de prevenção para crianças, adolescentes, adultos e pastores através de igrejas, seminários e presbitérios; treinamento de equipes de intervenção; desenvolvimento de plano de ação congregacional, regional ou

judiciário de abuso de drogas; promoção de leis, políticas e propagandas para diminuir o encanto do álcool, das drogas e de outras substâncias nocivas; organização de uma rede de referências e recursos com os órgãos comunitários e governamentais e uma câmara de seleção de matérias; organização e participação de coalizões ecumênicas para o combate de abuso de substância, violência doméstica e outros tipos de dependência com a inclusão de redes internacionais de informação sobre produção, distribuição e uso (EVANS, 2002, p. 202-215).

No Brasil, a Igreja Católica, através do documento denominado *Instrução sobre as orações para alcançar de Deus a cura* (2004, p. 21-24), realça o carisma da cura no contexto atual, mas impõe normas para sua aplicação em benefício do ser humano sem constringer as celebrações litúrgicas.

CONCLUSÃO

O objeto deste trabalho está relacionado às duas questões centrais apresentadas. A primeira, a flagrante degradação da relação terapeuta-paciente no Brasil, especialmente no sistema público de saúde; a segunda, a dimensão terapêutica a partir da religião cristã, com ênfase na atividade curativa de Jesus, na qual apreendemos o modelo relacional humanizador e capaz de despertar a fé/confiança que influencia positivamente os recursos naturais da cura. Conforme apresentado na introdução, desenvolvemos essas duas questões tendo como referências o Evangelho de Marcos a partir de autores bíblicos atuais como Ekkehard W. Stegemann, Gerd Theissen e John Meier, entre outros. Foram consideradas, também, para fundamentação teórica de conceitos, idéias de pensadores como Juan Luis Segundo, Paul Tillich e Victor Frankl, bem como demos atenção especial à experiência de Abigail Rian Evans na execução do ministério terapêutico cristão.

Inicialmente, percebida a relação antiga entre terapia e religião, bem como estabelecidos os conceitos fundamentais, abordamos criticamente a assistência à saúde na realidade brasileira. Mostramos a percepção generalizada da má qualidade dos serviços, agravada pela degradação da relação terapeuta-paciente, com raízes na formação equivocada da atitude dos terapeutas para servir e cuidar amorosamente do ser humano integral em sofrimento. A seguir, identificamos a Palestina do século I, sobre o domínio romano, em especial a Galiléia, como o lugar da ação missionária de Jesus. Apreendemos as condições sócio-política e religiosa da região, marcadas pela desigualdade social e misticismo motivadores de movimentos revolucionários e messiânicos visando mudanças radicais.

Iluminamos a ação curativa de Jesus de Nazaré, com ênfase nas narrativas de cura pela fé e no emprego da atenção amorosa, da palavra e do toque. O terapeuta, independente da publicidade prévia que faça da sua competência para incentivar o cliente a procurar os seus serviços na clínica privada, precisa afirmar ou confirmar a fé/confiança durante o ato terapêutico. Para isso, além da exposição de comprovantes de especialização e de tempo de experiência prática nas paredes do consultório, é indispensável olhar, ouvir, falar e tocar o doente antes de solicitar exames complementares ou prescrever tratamentos. É na recepção simbólica do sofrimento que se expõem a sabedoria e o poder para libertar da alienação, elevar a auto-estima e capacitar a pessoa vulnerada a realizar sua própria cura.

O sentido do nosso trabalho cumpriu-se ao demonstrar a capacidade da religião para alertar sobre a gravidade da degradação da relação terapeuta-paciente e contribuir para que a atitude relacional do terapeuta brasileiro seja mais humanizada e integradora. Somente o resgate do componente simbólico do processo de cura, marginalizado pela medicina oficial, poderá restaurar a fé/confiança do doente na autoridade incondicional do terapeuta e no efeito curativo do tratamento prescrito.

Assim, entendemos que a dimensão terapêutica da religião, identificada nas perspectivas das várias tradições religiosas, compõe um tema pertinente para o campo epistemológico das Ciências da Religião. Quem sabe, um dia, o estudo sobre o poder terapêutico da fé, como disciplina optativa no currículo das Escolas de Medicina, influenciaria positivamente a relação médico-paciente, ampliando o reconhecido valor da religião para a saúde integral do ser humano.

Esperamos, por fim, transferir os resultados da pesquisa para o aparelho formador de profissionais da saúde, especialmente aos cursos de medicina, enfermagem, psicologia e fisioterapia, cujas práticas mais implicam em relação direta com os pacientes.

REFERÊNCIAS

- ACHTERBERG, J. **A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna.** Trad. Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Summus, 1996.
- AGOSTINHO, Santo. **A cidade de Deus** (contra os pagãos).Parte I. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990.
- _____. Santo. **A cidade de Deus.** vol II. Trad. J. Dias Pereira. 2 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.
- AMATUZZI, M. M. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, vol.16, n. 3. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300015&lng=&nrm=iso&tlng=> Acesso em: 04/12/2007.
- BENSON. H.; STARK, M. **Medicina espiritual: o poder essencial da cura.** 11 ed. Trad. de Marly Winckler. Rio de Janeiro: Elsevier, 1998.
- BIBLIA. Português. **Bíblia de Jerusalém.** Trad. Euclides Martins Balancin. São Paulo: Paulus, 2006.
- BITTENCOURT FILHO, J. **Matriz religiosa brasileira: religiosidade e mudança social.** Petrópolis: Vozes, 2003.
- BONFATTI, P. **A expressão popular do sagrado: uma análise psico-antropológica da Igreja Universal do Reino de Deus.** São Paulo: Paulinas, 2000.
- BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas.** 5 ed. Trad. Sergio Miceli. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- BULTMANN, R. Crer e compreender: ensaios selecionados. Trad Walter Schlupp, Walter Altmann e Nélio Schneider. São Leopoldo: Sinodal, 2001.
- BUSS, P. M. Saúde e Desigualdade: o caso de Brasil. *In:* BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Org.). **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças.** São Paulo: Hucitec, 1995.
- CAIRUS HF, RIBEIRO JR. WA. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- CAMBUI, K.; AMATUZZI, M. M.; ANTUNES, T. de A. **Psicologia Clínica e Experiência Religiosa.** Disponível em: < http://www.pucsp.br/rever/rv3_2006/t_cambuy.htm> Acesso em: 17/01/2008.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação : a ciência, a sociedade e a cultura emergente.**Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, July/Sept. 1999, vol.15, no.3. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/artigos/relacao_paciente_medico.pdf> Acesso em: 12/11/2008.

CARNEIRO, H. F. **AIDS: a nova desrazão da humanidade**. São Paulo: Escuta, 2000.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. **Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. sep. 2004, vol.24. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 09/01/2008.

CHARLESWORTH, J. H. **Jesus dentro do judaísmo: novas revelações a partir de estimulantes descobertas arqueológicas**. Trad. Henrique de Araujo Mesquita. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. **Instrução sobre orações para alcançar para alcançar de Deus a cura**. 5 ed. São Paulo: Paulinas, 2004.

CORNELLI, G. Metodologia e resultados atuais da busca pelo Jesus histórico. In: CHEVITARESE, A. L.; CORNELLI, G. ; SELVATICI, M. (Org.). **Jesus de Nazaré: uma outra história**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2006.

CROATTO, J. S. **As linguagens da experiência religiosa: uma introdução à fenomenologia da religião**. 2 ed. Trad. de Carlos Maria Vasquez Gutiérrez. São Paulo: Paulinas, 2004.

CROSSAN, J. D. **O Jesus histórico: a vida de um camponês judeu do mediterrâneo**. Imago Ed. Rio de Janeiro, 1994.

DE MARCO, A. M. (Org.) **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DUARTE, F. D. (Org.). **Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico da Austrália**. São Paulo: Ed Martins Fontes, 2003.

ELIADE, M. **Tratado de história das religiões**. Trad. Fernando Tomaz e Natália Nunes. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **O sagrado e o profano: a essência das religiões**. Trad. Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ELIAS, A. C. A. **Relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade na re-significação da dor simbólica da morte de pacientes terminais**. Campinas, SP, 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000225822>> Acesso em: 25/03/2007.

EPOPÉIA de Gilgamesh. 2 ed. Trad. Carlos Daudt de Oliveira. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

ESKIN, Paul. **A medicina na Bíblia.** Belo Horizonte: MEDSI, 2003.

EVANS, A. R. **O ministério terapêutico da igreja:** programas práticos para ministério de saúde. Trad. Raimundo César Batista. São Paulo: Loyola, 2002.

FILORAMO, G., PRANDI, C. **As ciências das religiões.** 3 ed. Trad. José Maria de Almeida. São Paulo: Paulus, 2003.

FLUSSER, D. **O judaísmo e as origens do cristianismo:** Os manuscritos do Mar Morto e o Novo Testamento. Vol. I. Trad. Reinaldo Guarany. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. **O judaísmo e as origens do cristianismo.** Vol. III. Trad. Marcos José da Cunha. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** 6 ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Microfísica do poder.** 25 ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus.** 9 ed. Trad. Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2006.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Edição Standard Brasileira. Trad. Jayme Salomo. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. **O futuro de uma ilusão.** Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

_____. **Totem , tabu e outros trabalhos.** Edição Standard Brasileira de Obras completas de Sigmund Freud. Trad. Orizon Carneiro Muniz. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GADAMER, H.G. **O caráter oculto da saúde.** Trad. Antonio Luz Costa. Petrópolis: Vozes, 2006

GALIMBERTI, U. **Psiche e Techne:** O homem na idade da técnica. Trad. José Maria de Almeida. São Paulo: Paulus, 2006.

GEERTZ, C. **Observando o Islã.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

GONÇALVES, E. L. **O serviço médico da empresa.** São Paulo: EDUSP, 1994.

GRODDECK, G. **O homem e seu isso.** Trad. Natan Norbert Zins. São Paulo: Perspectiva, 1994.

GUERRIERO, S. A natureza humana e o simbolismo religioso: desafios às ciências da religião. **Revista Caminhos, Goiânia**. v. 4, n. 1, p.13-30, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://areia.ucg.br/seer/index.php/caminhos/article/viewPDFInterstitial/5/4>> Acesso em: 25/11/2007.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos**. Trad. Dunia Marino Silva. São Paulo: LANDY, 2002.

HOMERO. **Ilíada**. Trad. de Carlos Alberto Nunes. 5 ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

HORSLEY, A. R.; HANSON, J. S. **Bandidos, profetas e Messias: movimentos populares no tempo de Jesus**. 2 ed. Trad. Edwino Aloysius Royer. São Paulo: Paulus, 2007.

JAEGER, W. **Paidéia: a formação do homem grego**. 4 ed. Trad. Artur M. Parreira. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

JAGUARIBE, H. **Um estudo crítico da história**. Vol. 1. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

JUNG, C. G. **A natureza da psique**. 6 ed. Trad. Mateus Ramalho Rocha. Petrópolis: Vozes, 1971.

----- . **Psicologia da religião ocidental e oriental**. 6 ed. Trad. Mateus Ramalho Rocha. Petrópolis: Vozes, 1980.

_____. **Psicologia e religião**. 7 ed. Trad. Mateus Ramalho Rocha. Petrópolis: Vozes, 2007.

KELSEY, M. **O ministério profético: psicologia e espiritualidade da ação pastoral**. Trad. Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Paulus, 1998.

KOESTER, H. **Introdução ao Novo Testamento: história cultura e religião do período helenístico**. vol. 1. Trad. Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Paulus, 2005.

LANDMANN, J. **Judaísmo e Medicina**. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LELOUP, JEAN-YVES. **Cuidar do ser**. 10 ed. Trad. Regina Fittipaldi. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **Uma arte de cuidar**. Trad. Marta Gouveia Cruz.. Petrópolis: Vozes, 2007.

LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e Religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos**. Tese (Livre-docência em psiquiatria). Universidade de São Paulo. 1997. Disponível em: <<http://www.hoje.org.br/site/arq/artigos/20050516-es-drfln-teseFranciscoLotufoNeto.pdf>> Acesso em: 13/10/2007.

LUIS SEGUNDO, J. **A história perdida e recuperada de Jesus de Nazaré: dos sinóticos a Paulo**. Trad. de Magda Furtado de Queiroz. São Paulo: Paulus, 1997.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recurso de relacionamento para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso Editores, 2003.

MALINA, B. J. **O evangelho social de Jesus: o reino de Deus em perspectiva mediterrânea**. Trad. de Luiz Alexandre Solano Rossi. São Paulo: Paulus, 2004.

MARIANO, R. A Igreja Universal no Brasil. *In*: ORO, A. P.;CORTEN, A.; DOZON, JEAN-PIERRE. A Igreja Universal do Reino de Deus:os novos conquistadores da fé. São Paulo: Paulinas, 2003.

MARQUES, M. B. **Ciência, tecnologia, saúde e desenvolvimento sustentado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1991.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003.

MELLO FILHO, J. **Identidade médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MEIER, J. P. **Um judeu marginal**: repensando o Jesus histórico. Trad. de Laura Rumchinsky. Rio de Janeiro: Imago, 1998, v. 2.

MEYERS, C. O Evangelho de São Marcos.Trad. I. F. L. Ferreira. São Paulo: Paulinas, 1992.

MOSER, A. Biotecnologia e bioética: para onde vamos? Petrópolis: Vozes, 2004.

MONTAGU, A. **Tocar**: o significado humano da pele. 9 ed. Trad. Maria Sílvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1988.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994

OTTO, R. **O sagrado**: os aspectos irracionais na noção do divino e sua relação com o racional. Trad. Walter O. Schlupp. São Leopoldo: Sinodal/EST; Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIVA, G. J. **Religião, enfrentamento e cura**: perspectivas psicológicas. Estudos de Psicologia. Campinas, 24(1), 99-104, janeiro –março, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v24n1/v24n1a11.pdf>> Acesso em 13/04/2007.

PALMER, M. **Freud e Yung**: sobre a religião.Trad. Adail Ubirajara Sobral. São Paulo: Loyola, 2001.

PAUL, P. **Visão transdisciplinar na saúde pública**. Conferência realizada em 30 de setembro de 1998 na Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2000. Disponível em <http://www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net/file.php/1/>> Acesso em: 13/05/2008.

PEREIRA, J. **A fé como fenômeno psicológico**. São Paulo: Escrituras, 2003.

PESSINI, L. Espiritualidade e a arte de curar em saúde. *In*: ANGERAMI, V. A. (Org.) **Espiritualidade e prática clínica**. São Paulo: Thomson, 2004.

PLATÃO. **Diálogos**. Fedro.Trad. Carlos Alberto Nunes. Belém: Universidade Federal do Pará, 1975, v. 5

_____. **A República**. Trad. Pietro Nasseti. São Paulo: Martin Claret, 2002.

QUINTANA, A. M. **A Ciência da Benzedura: Mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise**. São Paulo: EDUSC, 1999.

RABELO, M. C. **Religião e Cura**: Algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 316-325, jul/sep, 1993. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/19.pdf>. Acesso em 21/01/2008.

ROGERS, C. R.. **Um jeito de ser**. Trad. Maria Cristina M. Kupfer. São Paulo, EPU, 1983.

ROHDEN, C. C. S. **A camuflagem do sagrado e o mundo moderno**: à luz do pensamento de Mircea Eliade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

SANCHES, C. A. Identificação de problemas na relação médico e paciente: uma abordagem comunicacional. In: EPSTEIN, I (Org.). **A comunicação também cura na relação entre médico e paciente**. São Paulo: Angellara, 2005.

SAVIOLI, R. M. S. **Milagres que a medicina não contou**. São Paulo: Gaia, 2004.

SCHWEITZER, A. **A busca do Jesus Histórico**. Trad. Wolfgang Fischer. São Paulo: Novo Século, 2005.

SCLIAR, M. **Meu filho, o doutor**: medicina e judaísmo na história, na literatura e no humor. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SERRA, S. T. Tutoria e a possibilidade de construção da identidade profissional. In: MELLO FILHO, J. **Identidade médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

STEGEMANN, E. W.; STEGEMANN, W. **História social do protocristianismo**. Trad. Nélio Schneider. São Leopoldo, RS: Sinodal; São Paulo, SP: Paulus, 2004.

TAYLOR, J. B. **A cientista que curou o seu próprio cérebro**. Trad. Débora da Silva Guimarães Isidoro. São Paulo: Ediouro, 2008.

TERRIN, A. N. **O sagrado off limits**: a experiência religiosa e suas expressões. Trad. Euclides Balancin. São Paulo: Loyola, 1998.

THEISSEN, G.; MERZ, A. **Jesus histórico**: um manual. 2. ed. Trad. de Milton Camargo Mota. São Paulo: Loyola, 2004.

TILLICH, P. **A coragem de ser**. 6 ed. Trad. Eglê Malheiros. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

_____. **Teologia sistemática: três volumes em um**. 5 ed. Ed. Sinodal. São Leopoldo, 2005.

USARSKI, F. **Constituintes da ciência da religião**: cinco ensaios em prol de uma disciplina

autônoma. São Paulo: Paulinas, 2006.

VALLA, V. V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização**. *Cad. Saúde Pública*, 1999, vol.15. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1999000600002&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 17/10/2007.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VERMES, G. et al. **A religião de Jesus**. Trad. Ana Mazue Spira. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

_____. **As várias faces de Jesus**. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2000.

_____. **Quem é quem na época de Jesus**. Trad. Alexandre Martins. Rio de Janeiro: Record, 2008.

WALTON, M. **Método Deming na Prática**. Trad. Nivaldo Montingelli Jr. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. 5 ed. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: LTC, 2002.

_____. **Economia e sociedade: Fundamentos da sociologia compreensiva**. Trad. Regis Barbosa e Karen E. Barbosa. Vol.I. São Paulo: UNB, 2004.

XAVIER, M. **O conceito de religiosidade em C. G. Jung**. *Revista PSICO*, v. 37, n. 2, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1433/1126>> 23/01/2008.

ZAGO, M. M. F; AQUINO, V. U. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em: 11/01/2008.