

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

O EFEITO TERAPÊUTICO DO RITO RELIGIOSO NA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Neldinei Faleiro de Siqueira

Goiânia – 2003

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA E TEOLOGIA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA RELIGIÃO

O EFEITO TERAPÊUTICO DO RITO RELIGIOSO NA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Neldinei Faleiro de Siqueira

Orientador: Prof. Dr. Sérgio de Araújo

Goiânia - 2003

NELDINEI FALEIRO DE SIQUEIRA

O EFEITO TERAPÊUTICO DO RITO RELIGIOSO NA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Ciência da Religião da Universidade Católica
de Goiás, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciência da
Religião, sob orientação do Prof. Dr. Sérgio
de Araújo.

Goiânia – 2003

Elevo os olhos para os montes: de onde me virá o socorro?

O meu socorro vem do Senhor, que fez o céu e a terra.

Ele permitirá que os teus pés não vacilem; não dormitira aquele que te guarda.

É certo que não dormita, nem dorme o guarda de Israel.

O Senhor é quem te guarda; o Senhor é a tua sombra à tua direita.

De dia não te molestará o sol, nem de noite, a lua.

O Senhor te guardara de todo mal; guardará a tua alma.

O Senhor guardara a tua saída e a tua entrada, desde agora e para sempre.

Salmo 121

AGRADECIMENTO

A Deus por ter me dado o Dom de viver e força nos momentos em que precisava.

A minha querida mãe Clarice Rodrigues de Freitas por agüentar os meus *pits* durante a execução da tese, e por ter me dado o bem mais precioso à vida.

A grande amiga Celeste que muitas vezes me emprestou o ombro e chorou comigo me dando força, e energia para continuar a caminhada do mestrado.

Ao meu querido amigo Flávio que com seu jeito “diferente” me auxiliou e me ouviu nos momentos que precisava.

A minha irmã que a princípio me disse, que esse mestrado iria acabar com o resto de fé que eu tinha em Deus, mas depois me deu forças e percebeu que isso não iria acontecer.

As colegas Ana, Roxana, Sandra, e Célio que sempre me motivaram a seguir em frente.

A Solange pela digitação da tese e da maioria dos trabalhos, por seu carinho, amor e afinho em sempre me atender não importando com dia, hora e nem local.

Aos funcionários e professores do IFITEG pelo carinho e compreensão em especial a Dra. Irene Dias de Oliveira e a Dra. Carolina Lemos Teles.

E ao Dr. Sérgio Araújo por seu auxílio e contribuição.

Em especial as mães e aos pacientes atendidos por mim, pois sem eles eu não teria visto como é importante lutar pela vida e se apoiar no sagrado para sobreviver.

As minhas estagiárias de Psicologia por sua compreensão, responsabilidade e ética profissional quando precisei me ausentar do hospital.

Aos colegas do hospital da criança.

SIGLAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

AIDS – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

UNIMED – Cooperativa de Médicos

CELGMED – Plano de Assistência Médica aos Funcionários das Centrais
Elétricas de Goiás

CASBEG – Caixa de Assistência aos Servidores do Banco do Estado de
Goiás

IPASGO – Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de
Goiás

CASSI – Caixa de Assistência dos Servidores do Banco do Brasil

ANEXOS

Anexo I – Entrada do Hospital da Criança

Anexo II – Corredor de acesso aos apartamentos

Anexo III – Entrada UTI Neonatal

Anexo IV – Entrada da UTI Pediátrica

Anexo V – UTI Pediátrica

Anexo VI – Imagens de Santos

Anexo VII – Altar sobre o leito na UTI Pediátrica

Anexo VIII – Símbolos sagrados observados na UTI

Anexo IX – Símbolos sagrados observados no apartamento

Anexo X – Oração e santa observada na UTI Pediátrica

Anexo XI – Paciente usando símbolos sagrados

Anexo XII – Símbolo sagrado na entrada do Centro Cirúrgico

Anexo XIII - Questionário

RESUMO

Tem-se como propósito compreender o efeito terapêutico do rito religioso, para as mães de crianças com doenças graves na instituição hospitalar. Destaca-se fatores para a compreensão do efeito desses ritos, em um momento crítico da vida dessas mães, em estado de fragilidade emocional com medos, angústias e ansiedades. Há a busca de respostas no “transcendente” para emenizar a angústia da doença e o medo da finitude (morte). Terrin (1998) expressa que nos momentos críticos da vida as pessoas buscam a religião, e no caso das doenças essa busca visa sobretudo a obtenção da saúde, cura, de respostas e explicações para o sofrimento físico e emocional do ser doente. Tem-se como objetivo geral verificar a ação terapêutica do rito religioso para as mães de crianças com doenças graves na instituição hospitalar. Os dados coletados, foram interpretados à luz do método fenomenológico, que além de descrever os ritos religiosos em sua densidade, os analisa em seu sentido. Utilizou-se como técnicas a observação participante, estudo de caso e entrevistas semi-estruturadas. Constatou-se que no contexto hospitalar o rito religioso tem o efeito terapêutico de diminuir os medos, angústias e ansiedades das mães frente a doença. É que a religião tem uma força poderosa neste contexto.

Palavras-chave: rituais religiosos, doença, sociedade moderna, sagrado.

ABSTRACT

It has a purpose to understand the meaning therapy effects on religious rite to mothers who have children with serious illness, this when they are inside the hospital institution. To highlight the facts are the comprehension of those religious rite in a critical moment in those mother's life which are emotional fragility, fears anguish and eagerness. They search for answers in the "transcendent place" to settle down the anguish with illness and the fear of death. Terrin (1998) expresses: in critical moments of life people search for religion, and in cases of illness this kind of search aim to obtain health, treatment and explanation to the suffering both physical and emotional for the patient and it's family. It has the objective to verify what the religious rite means to children's mothers when those children are in the hospital with serious illness. The facts that were collected, were interpreted in it's phenomenological methodology which goes further to describe the religious rite in desirability as well as sense. It has used remark techniques, studies and interviews well organized. It is established that religious rites do settle down the fears, anguish and eagerness from the mothers who deals with illness. Religion has a powerful meaning on this moments.

Key words: religious rites, illness, salvation, cure.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO I	
ANALISANDO OS RITOS	19
1.1 O ritual no hospital	19
1.2 Conhecendo, definindo e classificando o termo “Rito”	22
1.3 As formas de rituais	30
1.4 O rito como praxis dos mitos	31
1.5 A presença do rito na sociedade moderna	32
1.6 A importância do rito e do símbolo na sociedade moderna	33
1.7 O efeito terapêutico dos ritos no processo do adoecer	36
1.8 A contribuição	
CAPÍTULO II	
O HOMEM E SEUS CONFLITOS NA SOCIEDADE MODERNA	41
2.1 Características da sociedade moderna	42
2.2 Necessidades do homem moderno	47
2.3 O local onde se busca a cura das doenças atualmente	48
2.4 Os profissionais que lidam com a doença e com a morte	53
2.4.1 Confiança aspecto importante na sociedade moderna e na relação médico/paciente	54
2.5 O caos – momento em que a religião entra em cena	56
2.6 A doença	58
2.6.1 Visão sociológica da doença	61

2.6.2	A visão psicológica da doença -----	63
2.6.3	Visão teológica da doença -----	66
2.6.4	O sofrimento e a doença -----	68
2.7	A persistência do sagrado na sociedade moderna -----	71
2.7.1	O caráter do sagrado -----	74

CAPITULO III

	A MÃE E OS RITUAIS RELIGIOSOS -----	77
3.1	As mães -----	77
3.1.1	O motivo atribuído pelas mães ao surgimento da doença do filho -----	78
3.1.2	O que a mãe espera do médico (da equipe de saúde) -----	80
3.2	O espaço dos rituais -----	82
3.2.1	A UTI -----	83
3.2.2	A sala de espera do centro cirúrgico -----	84
3.2.3	Os apartamentos -----	88
3.2.4	As enfermeiras -----	89
3.3	Os rituais religiosos -----	90
3.3.1	Rituais religiosos com oração, gestos e símbolos -----	93
3.3.2	Rituais religiosos com oração que visam a cura -----	97
3.3.3	Rituais com orações, que visam a salvação -----	104

	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	106
--	-----------------------------------	-----

	BIBLIOGRAFIA -----	109
--	---------------------------	-----

	ANEXOS -----	115
--	---------------------	-----

INTRODUÇÃO

O homem moderno é um ser que busca de todas as formas, a melhor maneira de ser feliz, entretanto existem momentos na vida desse ser, em que a ciência e a tecnologia avançada não conseguem dar explicações a suas angústias, medos e crises. Esses momentos ocorrem principalmente quando surge uma doença grave, e quando esta evolui para um prognóstico ruim e sem possibilidades terapêuticas.

Constata-se que a ciência possui aparelhos sofisticados e equipes de saúde cada vez mais qualificadas, para salvar vidas, mas existem perguntas que não consegue respostas, como: O porquê da existência das doenças e da morte?

A doença é um episódio crítico na existência do homem, sendo muito difícil para o ser humano lidar com ela, pois quando surge desestrutura totalmente a rotina das pessoas envolvidas, há troca de papéis na família envolvida, principalmente no caso de hospitalização, em que líderes da família se ausentam do lar.

Pesquisadores como Terrin (1998) demonstram que nos momentos críticos da vida as pessoas buscam a religião, e no caso das doenças, essa busca visa sobretudo a obtenção da saúde, cura, e de respostas e explicações para o sofrimento físico e emocional do ser doente e de sua família. Para

obter respostas para esse momento crítico algumas pessoas recorrem aos rituais religiosos e ao sagrado para fugir principalmente do medo da morte.

O autor afirma ainda que a religião, a fé em Deus, autêntica, madura e desmistificada, é uma promoção da existência. Ela fortalece o homem contra a ansiedade, a dúvida e o desamparo, dando sentido e respostas a sua existência.

O presente trabalho tem como tema: o efeito do rito religioso na instituição hospitalar. E como objeto as mães de crianças com doenças graves¹ que praticam rituais religiosos.

O interesse pelo objeto surgiu com os acompanhamentos psicológicos às crianças e suas mães; os atendimentos psicológicos tem como técnica a psicoterapia breve que é um tratamento de natureza psicológicas cuja a duração é intrinsecamente inferior à de uma psicoterapia clássica. Possuem uma sistematização própria, constituindo um processo psicoterapêutico com tempo de duração determinado, mas objetivos definidos e precisos, centrados na evolução do foco. Uma das características mais importantes da psicoterapia breve é a delimitação de um foco, no qual serão estabelecidos os objetivos terapêuticos, objetivos estes relacionados com as questões mais emergenciais e atuais do paciente. Além da psicoterapia breve utiliza-se também a ludoterapia que é utilizado principalmente com crianças, que segundo (Lindquist 1993) é a denominação que recebe a expressão terapia pelo brinquedo nos meios profissionais do Brasil. Pois é através da brincadeira que a criança começa a entender como as coisas funcionam: o que

¹ Doenças graves: são doenças de diagnóstico e prognóstico indefinidos, segundo médicos da instituição onde foi feita a pesquisa, as principais doenças observadas são as neurológicas e as cardiopáticas.

pode ou não ser feito com objetos brincando com os outros, aprendem regras; e expressam o que teria dificuldades de traduzir em palavras.

A instituição onde se realizou a pesquisa è o Hospital da Criança (vide anexo I) que está situado na rua 86, n.º 160 setor Sul, Goiânia – Goiás. È um hospital particular que atua na área de pediatria, consta de 200 funcionários ativos. Dotado de modernas instalações. Foi fundada no dia 1º de novembro de 1974. Oferece a sua clientela todas as especialidades dentre elas a cardiologia e a neurologia pediátrica. Atende vários convênios.

O presente trabalho tem com objetivo geral: verificar a ação terapêutica do rito religioso para às mães de crianças com doenças graves na instituição hospitalar; e específicos: fazer um levantamento dos ritos religiosos utilizados pelas mães de crianças portadoras de doenças graves; verificar a que denominações religiosas pertencem as mães (religião das mães); verificar o que as mães que praticam rituais religiosos esperam deles.

E a seguinte pergunta fundamental:

Que respostas terapêuticas os ritos religiosos manifestos dentro da instituição hospitalar, trazem para as mães de crianças portadoras de doenças graves na sociedade moderna?

E como hipótese:

A utilização de ritos religiosos dentro da instituição hospitalar fornece respostas terapêuticas às mães, e as auxiliam a controlar a ansiedade, medo e angústias frente ao diagnóstico, tratamento e prognóstico de doenças graves.

As técnicas usadas para a coleta de dados foram observação participante, estudo de caso, entrevistas semi-estruturadas e aplicação de

questionário (vide anexo XIII). As observações foram feitas na UTI, sala de espera, apartamento e enfermarias.

O trabalho tem a seguinte estrutura:

No primeiro capítulo, aborda-se o rito no hospital porque este contexto é permeado por rituais tanto da equipe multidisciplinar quanto das mães de crianças com doenças graves. A definição e classificação do termo rito, as formas rituais de acordo com Marconi Presotto (1998) que são a oração ou prece, oferenda e manifestação; o rito como praxis do mito. A presença do rito na sociedade moderna.

No segundo capítulo dá-se ênfase ao homem e seus conflitos na sociedade moderna; as características da sociedade moderna; necessidades do homem moderno; o hospital que é o local onde se busca a cura das doenças atualmente; os profissionais que lidam com a doença e com a morte; a confiança aspecto importante na sociedade moderna e na relação médico \ paciente; o caos – momento em que a religião entra em cena; a doença, que é abordada na visão sociológica, psicológica e teológica, e a sua relação com o sofrimento; a persistência do sagrado na sociedade moderna é o caráter do sagrado.

O terceiro capítulo aborda-se a pesquisa de campo, em que enfoca-se as mães e os rituais religiosos executados por elas, o motivo pelo qual estas atribuem o surgimento da doença do filho, o que elas esperam do médico e da equipe de saúde. O espaço em que ocorrem a execução dos rituais e os rituais religiosos executados por elas. E enfoca-se a oração, gestos e símbolos; cura e salvação.

É finalmente as considerações finais que responde aos objetivos do presente trabalho.

CAPÍTULO I

ANALISANDO OS RITOS

1.1 O ritual no hospital

Percebe-se na prática que o ambiente hospitalar é permeado por rituais, estes são executados pela equipe multidisciplinar², acompanhantes e pacientes. Os rituais feitos pela equipe visam manter a homeostase do serviço prestado, os dos acompanhantes e pacientes visam a adequação dos mesmos; a doença e os procedimentos médico-hospitalares como: cirurgias, exames invasivos, entrada na unidade de terapia intensiva³ (U.T.I), que é o local onde ocorre maior número de execução de rituais tanto executados pela equipe quanto pelos pacientes e acompanhantes.

² Multidisciplinar: é a equipe que trabalha com justaposição de disciplinas distantes e diversas, onde há soma de profissionais; médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros, sem aproximação aparente. (TAHKÄ, 1988).

³ Unidade de terapia intensiva: é o fruto mais recente do extraordinário avanço que as ciências médicas e sua tecnologia atingiram no século XX, objetivando tratamento intensivo ao paciente sendo indispensável ao tratamento de doenças graves. Possui equipamentos sofisticados, pessoal técnico qualificado com atenção constante 24 horas por dia. (ANGERAMI, 1995)

A equipe multidisciplinar da UTI possui rituais específicos que ocorrem vinte e quatro horas por dia. A troca de plantão, é um destes em que os plantonistas explicam aos colegas que vão trabalhar no próximo turno, o estado clínico das crianças. Essas informações são acompanhadas pela equipe de enfermagem. Esta equipe troca as camas, dá banho, alimenta as crianças e fazem as primeiras medicações que foram prescrita pelo médico. Ocorre também a visita de médicos especialistas em cardiologia, neurologia e cirurgias em geral.

Às onze horas e trinta minutos é liberado aos acompanhantes, que na maioria das vezes é a mãe, a visita a UTI; tem-se início ao ritual de entrada que é o seguinte: as mães são recebida pela enfermeira chefe ou pela psicóloga que explica-lhes a rotina do local, mostra-lhes o lavatório onde lavar as mãos, as toalhas de papel para enxuga-las, o cesto de lixo onde joga-las e os capotes, que são vestimentas próprias para a entrada na UTI. Esses procedimentos visam controlar o índice de infecções hospitalares. Neste momento é esclarecido as mães a rotina do local, e principalmente que elas devem obedecer as regras e hábitos, é repassado que ao entrar devem permanecer ao lado do leito de seus filhos, esperando que o médico lhes dê o diagnóstico do estado clínico de seus filhos que é feito diariamente. Cada mãe tem meia hora por dia para permanecer na UTI, isso caso não haja nenhuma intercorrência como: parada cardio-respiratória, dessecção de veias, drenagem pulmonar ou chegada de alguma criança em estado grave vinda de outra instituição.

Durante o horário de visita foi observado que grande parte das mães, recorrem ao sagrado e a elementos que compõem o fenômeno religioso

para aliviar seu estado de ansiedade e obter forças para permanecer num local que gera muito sofrimento, elas se sentem impotentes por não conseguirem aliviar o sofrimento físico e psíquico dos filhos e buscam na religião forças para suportar esse momento crítico de sua vida.

Os elementos que compõem o fenômeno religioso segundo autores como: Eliade (1998), Malinowski (1988), Rocher (1971) e Mauss (2001) são os símbolos, mitos e ritos. Esses constituem eixo central do presente trabalho. Mas para que haja a execução de um rito é necessário que se recorra ao sagrado, e quem os pratica necessita de símbolos, assim um elemento que compõem o fenômeno religioso esta sempre entrelaçado com outro.

Foi dito anteriormente que o contexto hospitalar é permeado por rituais da equipe de saúde, e também pelos executados pelas mães. No horário de visitas da UTI observou-se o seguinte:

A paciente é J.A.S, sexo feminino, 13 anos, com diagnóstico inicial de meningite evoluindo para morte encefálica (que é irreversível, onde os órgãos do corpo com certeza entram em falência).

A mãe traz em suas mãos uma saia preta de veludo, a entrega a enfermeira responsável pelo tratamento da sua filha e a psicóloga que a acompanha e diz:

“Eu trouxe essa saia que foi abençoada pelo pastor de minha igreja, vocês devem colocar ela na minha filha para que ela seja curada, e saia daqui bem e andando”.

A médica plantonista e a psicóloga tentam fazer com que a mãe perceba que o quadro clínico da filha é irreversível e que com certeza a criança “vai morrer” em poucas horas ou dias. A mãe responde:

“O pastor disse que a J. irá ressuscitar, como Lázaro (Jo. 11, 38-44), milagres acontecem e vai acontecer conosco eu tenho fé em Deus e certeza que ele vai salvar a minha filha, por mais que vocês tentem me dizer o contrário”. (C.R.F, 42 anos)

Para não contrariar a mãe, a saia é colocada na criança em meio a muitos aparelhos, a mãe vai embora e J. sobrevive mais uma noite. Neste intervalo de tempo a pesquisadora do presente trabalho instrui a equipe de enfermagem a não retirar a saia da paciente. No dia seguinte à tarde os órgãos de J.A.S pararam durante o horário de visita e uma acompanhante de outro paciente, desce e informa a mãe de J. que os médicos desligaram seus aparelhos. A psicóloga desce para fazer acompanhamento psicológico com a mãe de J., e a primeira pergunta que ela faz é: “Vocês tiraram a saia da minha filha?”

Com essa pergunta constatou-se o que já havia sido observado ao unir teoria e prática. Caso haja falha e os objetivos propostos pela pessoa que executa o ritual, não sejam atingidos, a explicação dada deve-se ao fato de execução inadequada do ritual, por isso, a mãe pergunta se a saia estava com a filha.

1.2 Conhecendo definindo e classificando o termo rito

Etimologicamente discute-se que o termo “rito” possa ter origem do *etrusco eritu*, que se lê nas *tabulas eugubinae* e se aproxima do grego, “Iracteion”, cujo significado é todavia preciso na *latinidade* como indicando não

apenas uma determinada ação sacra, isto é, uma ação que estabelece uma comunicação com a divindade, mas também com a norma dessa ação.

No conceito latino e em geral na história das religiões, o valor normativo do rito tem origem na tradição que experimentou e consagrou a eficácia na direção do divino, e lhe deu dignidade de forma.

Satore et alli (1992) afirmam que no uso analógico, não existe uma definição unívoca e denotativa do termo “rito”.

Segundo a etimologia sancrita esse termo designa o que é conforme à ordem (rita), mas nas explicações descritivas de natureza antropológica, ainda surge alguma referência ao regulado, ao ritmado, a ordem, prefere-se usar o termo “rito”, por extensão; ritual, ritualização.

Mas termos substitutivos como “cerimônias”, “programa ritual” e seqüência ritual também são usados. No campo antropológico observa-se uma certa uniformidade ao considerar os ritos como uma série de práticas sociais, coletivas ou individuais, ainda que não sejam esclarecidos o uso e o limite da definição conceitual que os descreve. Assim o autor considera que enquanto na linguagem comum, o rito lembra muitas vezes um comportamento social repetitivo e, ou estereotipado deve-se, estabelecer de modo decisivo os limites entre o que é ritual e o que não é. Está não é uma tarefa fácil porque são poucas as diferenças entre os usos.

Na linguagem comum como na especializada, o rito além de se relacionar com a repetitividade é considerado de ordem não útil, insinuando uma linha de separação entre o que é rito é o que não é. E para resolver esse impasse Cazeneire (1978, p. 11) propõe a seguinte definição:

“O rito parece ser uma ação que se repete segundo regras invariáveis cuja execução não parece produzir efeitos úteis”.

Para o autor (op. cit) os ritos constituem um terreno de investigação privilegiado e o descreve ainda como:

“É um acto que pode ser individual ou coletivo, mas mesmo quando é bastante flexível para comportar uma margem de improvisação, permanece fiel a certas regras, que constituem precisamente o que há nele de ritual. Um gesto, uma palavra que não repetiriam qualquer coisa de um outro gesto ou de outra palavra...”. (Cazeneure, 1978, p. 10)

Portanto rito é um conjunto de ações de gestos e Rivière (1997, p. 10) segue a linha do autor citado anteriormente e define rito como:

“Conjunto de condutas individuais ou coletivas relativamente codificada, com base corporal (verbal, gestual, postural), de carácter mais ou menos repetitivo, com forte carregamento simbólico para seus atores e habitualmente para seus assistentes, condutas essas fundamentadas numa adesão mental, muitas vezes inconsciente, a valores relativos a escolhas sociais consideradas como: importantes, e cuja eficácia não depende de uma lógica puramente empírica que se esgotaria na instrumentalidade técnica da ligação entre causa e efeito”.

Mas o rito difere de outros costumes pelo carácter particular de sua pretendida eficácia, e também pelo papel importante que a repetição representa nele. Ele possui um conjunto de ações que se repetem.

Marconi e Presotto (1998) usam o termo ritual ou prática, e afirmam que tratam da manifestação dos sentimentos por um ou vários indivíduos, em qualquer meio, através da ação. Em que o carácter religioso, não é tão

persistente quanto o culto⁴ (é uma série de atos contidos de veneração ou comunicação com seres sobrenaturais).

O ritual consiste em um tipo de atividade padronizada, em que todos agem mais ou menos do mesmo modo, e que se volta para um ou vários deuses, para seres espirituais ou forças sobrenaturais (que é tudo aquilo que escapa aos sentidos do homem, que foge da sua compreensão), com uma finalidade qualquer.

Assim o ritual apresenta um comportamento tradicional e revela implícita ou explicitamente, crenças (é a aceitação como verdadeira de uma proposição comprovada ou não cientificamente, idéias, atitudes e sentimentos das pessoas que o praticam).

Geertz (1989) demonstra que é no ritual que se origina a convicção de que as concepções religiosas são verídicas e as diretivas religiosas são corretas. Afirma ainda que rituais mais elaborados e mais públicos, modelam a consciência espiritual de um povo e que os rituais podem ser chamados de realizações culturais.

Já Turner (1977, p. 270) considera os símbolos como moléculas do ritual, afirma que num ritual “um único símbolo representa muitas coisas ao mesmo tempo, é multívoco e não unívoco”.

Afirma ainda que:

Os rituais devem revelar os valores no seu nível mais profundo..., os homens expressam no ritual aquilo que os toca mais intensamente, sendo a forma de expressão convencional e obrigatória, os valores do grupo são revelados (...)

⁴ O’Dea (1969) considera que o culto tem um valor misterioso, que não se pode compreender integralmente, é a reunião de gesto, palavra e meio de transmissão.

O'Dea (1969) demonstra que o ritual é uma transformação simbólica da experiência, que nenhum outro meio pode exprimir adequadamente. Sendo uma atividade espontânea, uma vez que surge de uma necessidade primária do homem, considera que o rito surge sem intenção, sem adaptação a objetivos conscientes; o seu crescimento não é planejado. O ritual exprime sentimentos no sentido lógico e não no sentido psicológico. Sendo possível que tenha um “efeito catártico; mas essa não é sua característica fundamental deve haver uma articulação de sentimentos. O produto dessa articulação não é uma emoção mas uma atitude complexa e permanente. Conclui-se que o ritual para o autor é uma “constante reiteração de sentimentos” é uma “repetição disciplinada de atitudes corretas” tendo grande significação funcional para o grupo. Mas também representa “a formalização de comportamento na presença de objetos sagrados” (p. 61)

Segundo Durkheim (1995) para reforçar e recriar a consciência coletiva⁵, o indivíduo que segue normas e regras faz uso de rituais, e esses fortalecem e mantêm a coesão social e separam o sagrado do profano.

A psicanálise demonstrou interesse pelo tema rito e Freud (1907) observou comportamentos rituais em seus pacientes principalmente os portadores de neurose obsessiva.

⁵ Termo utilizado por Durkheim (1995) apud: Sociologia Geral, Lakatos, Eva Maria. São Paulo: Atlas, 1982. Por consciência coletiva entende-se a soma de crenças e sentimentos comuns a média dos membros de uma comunidade, formando um sistema autônomo. É uma realidade distinta que persiste no tempo e une gerações; envolve quase que completamente a moralidade e a mentalidade do indivíduo.

É necessário distinguir o rito religioso do não religioso, uma vez que os ritos devem ser considerados como um conjunto de condutas individuais ou coletivos com forte carga simbólica para quem os executa.

Kennedy (1971) nos mostra que o rito religioso tem uma longa história estando sempre próximo do homem, contribuindo para o seu equilíbrio psicológico e o ajudando a resgatar a luta de encontrar-se a si mesmo, com Deus e com os outros. Mas para que o rito contribua para o equilíbrio psicológico das pessoas, deve fincar raízes numa visão sadia do homem.

Mauss (2001) demonstra que o rito religioso é dividido em manuais e orais. Os primeiros constituem em movimentos do corpo e em deslocamentos de objetos, os outros em locuções rituais. Pois concebe-se que a palavra tenha um poder de expressão totalmente diferente do gesto, sendo feita por palavra, mas sua eficácia não deve ser dada as mesmas. Considera a prece um rito religioso oral, diretamente relacionado com as coisas sagradas.

Os ritos religiosos devem ser de certo modo executados pela pessoa, sob pena de profundos dissabores e de grande frustrações.

- **Classificação dos ritos**

As classificações dos ritos variam de autor para autor e dependem das perspectivas adotadas: teológico, evolucionais, psicossocial, religiosa e outras.

Jorge (1994) demonstra que muitas são as classificações dos ritos mas entre tantas, prefere as mais conhecidas que são consideradas

“clássicas”, onde se enumera os seguintes ritos: os de passagem, de participação e de propiciação que serão descritos abaixo:

a) Ritos de passagem são aqueles que marcam “a passagem” das pessoas de um determinado momento da vida para outro, como o nascimento, a iniciação da puberdade, o matrimônio, a morte. O significado das cerimônias é marcado por forte simbolismo, no qual há a separação da situação antecedente para uma nova situação.

Dos ritos de passagem, o mais importante é o da iniciação que transforma “o homem terreno” em “divino”. A criança, o adulto iniciados nos seus diversos momentos etários, sociais ou religioso trazem consigo uma “impureza natural”, e, mediante os ritos de passagem iniciáticos são purificadas de uma situação antiga para uma nova. As cerimônias dos ritos de iniciação, contêm a idéia fundamental da “morte” para tudo que é profano e a renovação para o “sagrado”. Os efeitos dos ritos de passagem são sempre religiosos, uma vez que levam os iniciantes à participação da vida sagrada.

Nos ritos iniciáticos de passagem, o aspecto fundamental é o estado de transformação, em que o indivíduo profano é transformado-o em divino, renovando assim os planos da criação original, onde tudo foi criado puramente pelos seres superiores.

Eliade (1972, p. 52), afirma que “com a iniciação tudo recomeça de novo”.

Já Mankowitz (1986, p. 27) demonstra que:

“A função de um rito de passagem é dar importância a uma transformação crítica na vida do indivíduo; é dar a pessoa o apoio da sociedade durante essa transformação e tentar por meio do

ritual, chamar as bênçãos dos deuses nesse período de perigo tanto para o indivíduo quanto para a sociedade”.

Os ritos de passagem geralmente se dividem em três etapas. A primeira etapa é a do isolamento, onde o indivíduo é afastado da sociedade para ficar em contato íntimo com a natureza, dependendo dela; a segunda etapa é a aprovação da ruptura e separação, um acontecimento às vezes doloroso, que envolve renúncia física ou simbólica e confronto com a perda e a morte. A terceira e última etapa é uma cerimônia de renascimento e renovação, a volta do indivíduo à sociedade e para o mundo, como um ser transformado.

b) Ritos de participação são aqueles que permitem ao indivíduo ou ao grupo se comunicar com as potências divinas e participar de alguma maneira de sua vida. Os principais ritos de participação são a oração, os sacrifícios e a consagração.

c) Ritos de propiciação: são usados amiúde por todos os povos, são aqueles pelos quais o homem procura afastar de si todas as espécies de mal e atrair toda espécie de bem. Dentre os ritos de propiciação, há os ritos de expiação que são usados para remover as falhas cometidas pela comunidade e aplacar a ira das divindades, que demonstram sua irritação através de terremotos, tempestades, inundações, secas e epidemias. A cerimônia mais comum consiste em depor uma vítima às culpas físicas, ou legais da comunidade e expulsá-la. Assim a sociedade se redime completamente das culpas cometidas.

1.3 As formas de rituais⁶

As formas de rituais variam de acordo com a organização do culto (que consiste no conjunto de crenças, rituais e divindades, associadas a objetos, lugares específicos, oficiantes e crentes).

Constituem em atos religiosos como rezar, cantar, dançar aos deuses, ofertar coisas, fazer sacrifícios. Há três formas principais de ritual: oração, oferenda e manifestação.

1) Oração ou prece é a invocação oral dirigida a seres sobrenaturais, feita pelos adeptos do culto, guiado ou não pelos oficiantes. Pode ser de louvação, petição, súplica, agradecimento ou propiciatória (para apaziguar a ira dos deuses). É uma técnica básica de relacionamento com o sobrenatural.

No contexto hospitalar pode-se observar todos os tipos de oração, o local (ou espaço) onde se realiza o maior número de orações é na UTI e na sala de espera de cirurgias.

A oração é acompanhada de prostrações, posturas especiais (ajoelhado, sentado, de pé, curvado), de movimentos (danças, palmas, sapateados) e de música. Pode ser simples ou elaborada, curta ou longa, casual ou formalizada, específica ou geral.

As canções podem substituir as orações faladas.

2) Oferenda consiste em ofertar alguma coisa aos seres sobrenaturais. É muito utilizada nas religiões afro-brasileiras. Mas no contexto hospitalar as mães podem ofertar a Deus a sua conversão a uma determinada denominação religiosa em troca da cura dos filhos.

⁶ Apud Marconi e Presotto (1998).

3) Manifestação consiste em uma série de atos ou movimentos (danças mímicas, dramatizações), procissões, geralmente acompanhadas de contos e de música.

1.4 O rito como práxis dos mito

Para Jorge, (1994), relaciona o rito com o mito e afirma que:

“o rito possui o poder de suscitar ou, ao menos reafirmar o mito⁷ “e pelo rito o homem se incorpora ao mito beneficiando-se de todas as formas e energias que jorraram nas origens” com esse fato defini-se o “rito como praxis do mito”. (Jorge, 1994, p. 48-49)

Como toda praxis é ação que viabiliza, efetiva, concretiza a reflexão, em que a ação se embalsama, o rito sendo práxis do mito, é aquela (ou aquelas) ação (ou ações) que concretizam no presente, as energias místicas da origem sendo “o rito o mito em ação. O mito rememora, o rito comemora”. Reatualizando os mitos pelas ações rituais, o homem se torna apto a repetir o que os deuses e heróis fizeram nas origens, e aprende o sagrado nas origens das coisas, através de um objeto, de um nome, de um animal, de uma planta. Sendo assim não deve haver mito sem rito e rito sem mito. As origens narradas pelos mitos são vividas de novo e tornadas presentes nas celebrações rituais. Situando-se “naquele tempo” e num espaço sagrado, o das origens, os ritos dão sentido as atividades humanas no tempo e no espaço comum e profano.

⁷ Mito: é uma narrativa que se refere aos deuses, e à natureza, e ao significado do universo e do homem-uso antropológico. Apud, Silva et alli, 1987.

1.5 A presença do rito na sociedade moderna

Será que existe na sociedade moderna, lugar para a execução de ritos? Esta pergunta tem sido feita atualmente por estudiosos das técnicas rituais.

Rivière (1997) demonstra que está havendo uma “desritualização” ou seja está acontecendo à perda de certas práticas religiosas historicamente datadas, correlata a um declínio de crenças. Na verdade está havendo um declínio dos ritos tradicionais, no terceiro mundo e também dos ritos cristãos na Europa. Mas os antropólogos e sociólogos tendem cada vez mais a debruçar sobre a observação e conceitualização da ritualidade profana nas sociedades contemporâneas. Abandona-se certas práticas rituais e surge outras, próprias de determinadas áreas culturais típicas, como por exemplo: a dos adolescente, dos cerimoniais, das formaturas e outras.

Enquanto nos círculos cultos e intelectuais se afirma o fim do religioso, (a eclipse do sagrado) e a emergência da secularização⁸, entendida no sentido mais amplo da palavra continuam as práticas rituais como: a peregrinação, as procissões ou formas repetitivas de gestos e atitudes próprias das festas periódicas tanto religiosas quanto civis.

⁸ Secularização: designa os processos de laicização, isto é, de autonomia em relação a esfera religiosa, que surgiram no Ocidente a partir da dissolução do Feudalismo. Mas seu dignificado varia conforme a valorização – positiva de negativa – atribuída implicitamente à legitimidade social da religião institucional. Existe as seguintes concepções: a secularização como libertação da alienação religiosa; como descristianização e como purificação da fé cristã da religião (Martelli, 1995).

1.6 A Importância do rito e do símbolo na sociedade moderna

Os ritos segundo Jorge (1994) têm um papel de suma importância porque usando-o, o homem faz um retorno no tempo, volta as origens. É para Eliade (1972, p. 19) “voltar às origens é readquirir as forças que jorraram nessas origens”.

A partir da psicanálise, e da descoberta do inconsciente por Freud (1907) palavras como ritos, imagens, e símbolos tornaram-se instrumentos essenciais para se compreender e estudar as sociedades tanto remotas quanto atuais.

O símbolo é valorizado pelo autor, principalmente em seus primeiros escritos, para qualificar os sintomas histéricos de seus pacientes; posteriormente o termo passa a ser utilizado como expressão da sexualidade humana (órgãos sexuais, ato sexual).

Após o uso do termo símbolo pela psicanálise, houve expansão para outras ciências como a sociologia e antropologia.

Eliade (op cit), afirma que a descoberta dos símbolos, não é propriamente inédita e mérito do mundo moderno; e que a Europa do século XVIII já dava grande valor a questão relacionadas ao símbolo. Acredita que atualmente se começa a compreender que o símbolo, o mito, a imagem, pertencem a substância da vida espiritual, que podemos camuflá-los, mutilá-los degradá-los, mas jamais poderemos extirpá-los. Observa que o pensamento simbólico não é uma área exclusiva da criança, do poeta ou do desequilibrado, ela é consubstancial ao ser humano; precede a linguagem e a razão discursiva.

Os símbolos revelam certos aspectos inconscientes da realidade, que desafiam qualquer outro meio de conhecimento. Ressalta ainda que as imagens, os símbolos e os mitos não são criações irresponsáveis da psique; elas respondem a uma necessidade e preenchem uma função: revelar as mais secretas modalidades do ser (conteúdos inconscientes, recalçados). Sendo assim seu estudo nos permite conhecer melhor o homem. Homem este que tem a sua existência repleta de símbolos. Eliade (op cit) trabalham muito com símbolos aquáticos e os relaciona com o renascimento: afirma que o simbolismo das águas nos remete tanto a morte como ao renascimento.

Ferreira (1993, p. 600) define símbolo da seguinte forma:

“É tudo aquilo que por sua forma ou sua natureza evoca, representa ou substitui, num determinado contexto, algo abstrato ou ausente, que tem valor evocativo, mágico ou místico”.

Rocher (1971,p. 156) define símbolo como “qualquer coisa que toma o lugar de outra coisa, qualquer coisa que substitui ou evoca outra coisa”.

O símbolo contém três elementos segundo o autor.

O primeiro é o significante que é o objeto que toma o lugar do outro (o próprio símbolo). Segundo é o significado, a coisa que o significante substitui. O terceiro é significação que é a relação entre o significante e o significado, relação que deve ser aprendida e interpretada pela pessoa ou pessoas a quem se dirige o símbolo. Os símbolos sociais necessitam de um código, que pode ser considerado o quarto elemento. O que difere o homem do animal é sua aptidão simbólica, que veio com a evolução biológica e social.

Relativamente a ação social, os símbolos preenchem duas funções essenciais; a de comunicação e participação. Quanto a função de comunicação o símbolo serve para a transmissão entre dois sujeitos ou uma pluralidade de sujeitos. A função de participação favorece ao sentimento de pertencer a grupos. Quase todos os símbolos preenchem essas duas funções.

Goffman (1973) considera que as condutas ritualizadas constituem máscaras simbólicas. É que em instituições como os hospitais, pesam uma ameaça sobre o homem; que o faz usar rituais para preservar um resto de dignidade humana que ainda possui.

Bazan (2002) considera o símbolo uma entidade sensível ou um suporte psíquico, que manifesta um sentido não evidente mas oculto. Que possui necessariamente um duplo nível significativo, uma vez que aponta para um significante do que é real, e diferente daquilo que sua estrutura imediata comunica ao conhecimento empírico e habitual.

Há símbolos rituais, cósmicos, teândricos, artísticos e culturais.

Já para Marconi e Presotto (1998) os símbolos são realidades físicas ou sensoriais aos quais os indivíduos que os utilizam lhes atribuem valores ou significados específicos e comumente representam ou implicam coisas concretas ou abstratas.

Os símbolos sagrados são muito utilizados no contexto hospitalar, principalmente na UTI, as mães geralmente os deixam junto ao leito dos filhos.

1.7 O efeito terapêutico dos ritos no processo de adoecer

Está muito claro a importância do rito tanto nas sociedades “primitivas” quanto nas modernas. Pesquisadores como Durkheim (1995), Rivière (1997), Turner (1977) tem colocado o rito como tema central de seus trabalhos, mas é importante ressaltar que ao executar um rito, a sociedade que o pratica espera transformar o meio que a rodeia.

Turner (op cit) abordou o efeito terapêutico dos ritos no processo do adoecer, fez suas observações com os ndembos que realizam ritos em favor dos doentes, onde os remédios europeus são vistas como possuidores de uma eficácia mística; e as decisões de executar um ritual se relacionam com as crises sociais.

As tribos pesquisadas possuem rituais específicos para curas, que se iniciam com a preparação das ervas que são usadas como remédios. Deve haver uma coerência nos grupos de remédios usados nas diferentes execuções da mesma espécie de ritual. Compete aos indivíduos mais velhos o cuidado e a coleta das ervas, que tem um grande significado terapêutico. Mas não são capazes de curar sem o rito específico para cada doença e ocasião.

Meleiro (2001) trabalha diferente de Turner, mostrando que o início súbito de uma doença, gera no doente, sentimentos e ansiedades. Os rituais proporcionam uma forma padronizada de explicar e controlar o desconhecido, ajudando o ser doente a minimizar as sensações de perdas; proporcionando um meio de expressar e aliviar emoções desagradáveis, ou seja, os rituais tem

um efeito cartático⁹. Assim os ritos do adoecer são vistos como transição social, onde o paciente frente a perda da autonomia da imortalidade e da onipotência frente a doença¹⁰, vê a sua existência ameaçada, desencadeando intensa ansiedade e angústia de morte (medo da finitude, que o ser humano tenta sempre negar), assim lança mão de recursos de seu mundo interno. Surgindo os mecanismos de defesa¹¹ que vão favorecer ou adiar a procura de ajuda pelo doente.

Mas aos iniciar os rituais de procura e de ajuda, todo paciente passa pelo período de transição, mesmo sendo paciente ambulatorial, hospitalar, que se recusa a qualquer tipo de tratamento, ou que busca meios alternativos. Sempre se estabelece os rituais de tratamento se o paciente buscar ajuda, em exames , consultas, internações que podem prolongar ou não o período de transição. Surge o novo status social que poderá ser de pessoa curada e saudável, até o de uma pessoa doente crônica.

Quintana (1999, p. 55), trabalhou o efeito terapêutico dos ritos nas doenças e afirma que:

O processo terapêutico, se torna eficaz, quando inseridos no contexto ritual, fora dele, perdem todo o seu poder, pois deixam de ser significantes e, então, não pode operar mudanças no discurso do paciente. Uma vez apreendido o processo ritual ele pode vir incrementado por outros elementos.

⁹ Efeito cartático: expressão utilizada por Freud (1907) como sendo um efeito terapêutico que visa uma “purgação”(catharsis), uma descarga de efeitos patogênicos (Laphanch e Pantalis, 1994).

¹⁰ Doença: as visões sobre as doenças serão discutidas no capítulo seguinte.

¹¹ Mecanismo de defesa: são mecanismos de enfrentamento utilizados pelo “ego” frente a situações difíceis Freud (1997).

Assim para os autores citados anteriormente o rito tem um efeito terapêutico para curar doenças, desde que seja executado de maneira satisfatória.

Pode-se constatar que o homem é um ser criador de ritos, dando formas valiosas as experiências, conservando-as no foco de sua consciência. Se for retirado os ritos do homem, este se torna vulnerável aos terrores de um universo que escapou ao controle de sua compreensão. O homem se adequa ao mundo tornando-o familiar e viável através de cerimônias e do ritual.

Quando o homem não consegue obter respostas às suas angústias recorre a ritos que contribuem para o seu equilíbrio psicológico, auxiliando-o a resgatar sua luta e encontrar a si mesmo no seu relacionamento com Deus e com os outros.

1.8 A contribuição do rito religioso para o equilíbrio psicológico¹²

O homem é um criador de ritos, esforça-se por dar forma às suas experiências, para conserva-las no foco de sua consciência, estimando-as como fonte de força e direção para sua vida.

Se for retirado os ritos do homem eles se torna vulnerável aos terrores de um universo que escapou ao controle de sua compreensão como foi dito anteriormente. É através das cerimônias que o homem torna o mundo familiar e viável.

O rito religioso, esteve sempre próximo do homem, em sua longa história, tomando as matizes dos períodos culturais pelos quais passou, o rito

¹² Apud Kennedy, 1971.

religioso usou máscaras de mil deuses sem nome. A observância religiosa para o cristãos è compreendida como a expressão de todo o conjunto da experiência humana que è atingida e iluminada pelo Espírito. O homem põe em palavras e símbolos o que ele pode reconhecer como seu próprio anseio pela vida do Espírito através das formulações religiosas.

O rito religioso contribui para o equilíbrio psicológico quando ajuda o homem a resgatar seu relacionamento com Deus e com os outros e a si mesmo. Torna-se uma fonte de afirmação para o homem que se entrega de todo o coração à vida ressuscitada, reafirma-o quando suas esperanças se desfizeram. Ao se harmonizar com os esforços do homem para realizar suas mais profundas aspirações ao crescimento, à redenção, e ao relacionamento mais pleno com os outros.

O rito que compreende a unidade do homem contribui para sua dignidade e sua feliz realização da sua identidade pessoal.

Os ritos que não levam em conta a capacidade de distração são abandonados pelo homem.

O rito religioso deve valorizar a dignidade do homem, promovendo seu crescimento, permitindo-lhe ser plenamente humano no meio de seu culto. È eficaz quando pode ser extraídos da experiência da vida humana, presente nos gestos e palavras para quais o homem se volta em seus mais profundos momentos de sentimentos.

Entretanto o rito religioso pode servir de armadilha ao homem e manipula-lo de modo que não reconheça a si mesmo e nem chegue a um conhecimento de seu verdadeiro destino. Podendo ser utilizado como fonte de controle. Em que as repetições ritmadas de certas fórmulas acalmam a

consciência do homem, oferecendo-lhe uma paz ilusória, que na verdade é passividade. Esse tipo de rito possui uma visão deturpada do homem.

Assim um rito que não dá lugar ao crescimento do homem frustra-o, confinando-o . Esse rito reúne os sintomas clássicos da frustração, apatia, inquietação e em algumas vezes agressividade.

CAPÍTULO II

O HOMEM E SEUS CONFLITOS NA SOCIEDADE MODERNA

Neste capítulo será abordado algumas características da sociedade moderna, baseando-se em Giddens (1991), Gliffré e Jossua (1992) e Bauman(1999).

As necessidades do homem moderno que deseja uma vida ordenada com nomia.

O conceito de hospital e de UTI que é o local onde se busca a cura atualmente, diferente das sociedades passadas, que a cura era buscada nos templos.

A profissão médica, que lida diretamente com a doença, com o ser doente e com a morte.

Se aprofundara em confiança termo que é utilizado por Giddens (1991) como característica importante da sociedade moderna, sendo fator primordial na relação médico-paciente.

O momento de caos em que a religião aparece para dar explicações que os profissionais de saúde não conseguem dar.

A doença que sem dúvida faz parte da existência humana assim como a saúde.

E por fim a persistência do sagrado na sociedade moderna.

2.1 Características da sociedade moderna

Modernidade e *pòs-modernidade* tornaram-se palavras chaves no debate deste final de século. No presente trabalho optou em abordar a sociedade moderna. No enfoque sociológico, pode-se designar a modernidade como uma nova civilização inaugurada no final do século XVIII por dois principais eventos a revolução industrial e a revolução democrática. Mas para se chegar as raízes da dinâmica da modernidade deve-se recorrer a conceitos de subjetividade e de racionalidade.

Emerge com a modernidade um sujeito humano consciente de sua autonomia e com a vitória de uma análise racional de todos os fenômenos da natureza e da sociedade.

A nova credibilidade do religioso no mundo contemporâneo pode ser interpretada como uma expressão da própria modernidade. Se for entendido que ela designa o mito da mudança indefinida do homem que tende para uma ilimitada realização de suas possibilidades¹³.

Bauman (1999) afirma que a idade do surgimento da modernidade é uma questão discutível, não havendo consenso sobre datas, apesar dos sérios

¹³ Apud Geffré e Jossua. A modernidade em discussão (1992).

esforços de datação, uma vez que, o próprio objeto começa a desaparecer. A modernidade se esquivava e seu conceito é carregado de ambigüidade. Ela possui uma multiplicidade de tarefas e a que sobressai é a ordem, que é o contrário de caos ou de anomia como diria Durkheim e Berger. Apesar de ordem e caos serem gêmeos modernos.

Então a modernidade pode ser pensada como um tempo que se reflete a ordem, a ordem do mundo, do hábito humano, do eu humano e da conexão entre os três, um objeto de pensamento, de preocupação, de uma prática ciente de si mesma, cônica de ser uma prática consciente preocupada com o vázio que deixaria se parasse ou relaxasse.

O autor salienta que a ordem esta continuamente engajada na guerra pela sobrevivência, sendo o caos sua única alternativa, gerando incerteza e medo. E nesse contexto a ambivalência (que é a possibilidade de conferir a um objeto ou evento mais de uma categoria) é o refúgio da modernidade. Em que a ordem e a ambivalência são produtos da prática moderna, ambas partilham da contingência e falta de fundamento do ser, e a ambivalência é, provavelmente, a mais genuína preocupação e cuidado da era moderna, uma vez que cresce em força a cada sucesso dos poderes modernos.

Surge nesse contexto a figura do especialista que é uma pessoa capaz de interrogar o fundo de confiabilidade e conhecimento supra pessoal e de entender os pensamentos e anseios mais íntimos de outra pessoa, como interprete e mediador, abarca os mundos, de outro modo, distantes do objetivo e do subjetivo, sendo a ponte sobre o abismo que existe entre as garantias de estar do lado certo e fazer opções que o homem deseja.

Portanto o especialista pode ser definido pelas funções que os receptores de seus serviços entendem que está desempenhando. São os problemas que os receptores enfrentam no seu processo de vida que definem plenamente o especialista, sendo ele uma condensação da necessidade difusa de sanção confiável, porque supra individual, da individualidade, sendo exatamente o que fala Giddens (1991) em relação a confiança.

Para Costiñeira (1997) a modernidade è.

1. Idade de uma razão forte que constrói explicações totalizantes do mundo e que está dominada pela idéia de um desenvolvimento histórico do pensamento como incessante e progressiva iluminação.
2. Idade da ordem nomológica da razão e de sua estrutura monolítica e unificadora.
3. Idade da apropriação e reapropriação dos fundamentos ou idade do pensamento entendido como acesso ao fundamento.
4. Idade da autolegitimação do saber científico e da plena e total coincidência entre verdade e emancipação.
5. Idade do tempo linear, caracterizada pela “superação” da novidade que envelhece e é rapidamente substituída por uma novidade mais nova.
6. Idade dominada pela persuasão da positividade, do desenvolvimento e do crescimento tecnológico entendimento como projeto capaz de previsões totais e de total domínio.

A modernidade altera radicalmente a natureza da vida social cotidiana e afeta os aspectos mais pessoais da existência humana. Assim a vida social moderna é caracterizada por processos de reorganização de tempo e do espaço, associados à expansão dos mecanismo de desencaixe,

mecanismos que deslocam as relações sociais de seus lugares específicos, recombinao-os através de grandes distâncias no tempo e espaço. A reorganização do tempo e do espaço, somada aos mecanismos de desencaixe, radicaliza e globaliza traços institucionais preestabelecidos da modernidade; e atua na transformação do conteúdo e da natureza da vida social cotidiana.

É importante ressaltar que a modernidade é uma ordem pós-tradicional, e isso não quer dizer que as certezas da tradição e do hábito tenham sido substituídas pela certeza do conhecimento racional. A dúvida, característica generalizada da razão crítica moderna, permeia a vida cotidiana assim como a consciência filosófica, e constitui uma dimensão existencial geral do mundo social contemporâneo.

Portanto na sociedade moderna as instituições sociais são únicas, diferentes em forma de todos os tipos de ordem social tradicional, pelos seguintes fatores: pelo ritmo de mudança; pelo escopo das mudanças em alguns países; pela natureza intrínseca das instituições modernas.

Faz-se necessário a compreensão dos seguintes termos segundo Giddens (1991) para se estudar a sociedade moderna.

- a) **lugar:** cenário físico da atividade social, situado geograficamente.
- b) **Espaço:** que se subdivide em lugares. Tem o espaço enquanto representação, sem referência a um local privilegiado, onde se torna possível a substituição de diferentes unidades espaciais (lugares diferentes).
- c) **Desencaixe:** deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões

indefinidas de tempo e espaço, que são a principal condição desse processo.

É tempo de incertezas e de múltiplas escolhas, as noções de confiança e risco tem aplicação particular. A confiança, é um fenômeno crucial do desenvolvimento da personalidade e tem relevância distinta e específica para um mundo de mecanismo e de sistemas abstratos.

O risco também é característica importante da sociedade moderna, não no sentido de que a vida social é inerentemente mais arriscada que antes. Na modernidade, o futuro é continuamente trazido para o presente por meio da organização reflexiva dos ambientes de conhecimento. Há a redução de certos riscos em algumas áreas e modos de vida, mas induz novos parâmetros de risco, pouco conhecidos ou desconhecidos anteriormente; incluem-se os riscos derivados do caráter globalizante dos sistemas sociais. O autor chama o mundo moderno de alta modernidade, o qual induz a riscos que gerações anteriores não tiveram que enfrentar, tendo como exemplo o risco das guerras, como suas armas nucleares, o risco de uma catástrofe ecológica; colapso dos mecanismo econômicos globais, ou o surgimento de super-estados. Soma-se a esses fatores o desenvolvimento da comunicação em massa, principalmente a comunicação eletrônica.

O mundo da alta modernidade está portanto repleto de riscos e perigos.

Na modernidade uma das formas sociais mais importante é o estado-nação, que é a maior característica é ascensão da organização. Mas as instituições modernas apresentam certas discontinuidades com as culturas e modos de vida pré-modernos.

Mas afinal o que caracteriza da vida social moderna?

O autor cita três elementos:

1º Separação tempo e espaço, onde a organização social moderna supõe a coordenação precisa das ações dos seres humanos mesmo estando fisicamente distantes.

2º O desencaixe das instituições sociais ou seja o “deslocamento” das relações sociais, dos contextos locais e sua rearticulação através de partes indeterminadas do espaço-tempo. O desencaixe é a chave para a aceleração no distanciamento entre tempo e espaço trazido pela modernidade. Os mecanismos de desencaixe são de dois tipos; as “fichas simbólicas” (que são meios de troca que possuem um valor padrão, sendo intercâmbiais numa pluralidade de contexto; o exemplo é o dinheiro) e os sistemas especializados que põem entre parêntese o tempo e o espaço dispondo de modos de conhecimento técnico que tem validade independente dos praticantes e dos clientes que fazem uso deles. Sendo importante ressaltar que os sistemas especializados dependem fundamentalmente do fator confiança que é característica importante da modernidade como segurança, risco e perigo.

3º A flexibilidade institucional ao uso regularizado de conhecimento sobre as circunstâncias da vida social como elemento construtivo de sua organização e transformação.

2.2 Necessidades do homem moderno

No geral as pessoas desejam ser felizes, e para muitos a felicidade esta em possuir um *status* social elevado, possuir muitos bens e ter saúde para

desfrutar os prazeres que a vida pode lhes oferecer através do dinheiro¹⁴. Que em uma sociedade capitalista permite a troca de qualquer coisa por outra, a despeito dos bens envolvidos.

Mas há momentos que a vida do homem torna um caos, onde ele não consegue obter respostas, para suas angústias. Nesses momentos em que o dinheiro não tem o poder de compra e nem troca, que ocorre principalmente quando surge na vida das pessoas, a doença, que desestrutura totalmente a rotina da vida do ser humano, gerando angústias, ansiedades e medos.

Com tantos medos, anseios e angústias a nomia¹⁵ se torna anomia¹⁶.

Uma vida com nomia é uma vida saudável, sem conflitos e problemas. Mas essa vida parece não existir, uma vez que o homem é movido pela angústia existencial.

É quando ocorre a anomia que constitui uma séria ameaça a pessoa, em que a atividade ordenada se torna desordenada e sem significados. A pessoa recorre a religião, ao sagrado e a ritos religiosos para enfrentar o caos.

A doença e a morte são alguns estados de anomia que na sociedade moderna ocorrem nos hospitais. Nas sociedades antigas os mortos

¹⁴ O dinheiro é considerado na sociedade moderna por Giddens (1991) ficha simbólica, que é um meio de intercâmbio que podem ser “circulados” sem ter em vista as características específicas dos indivíduos no desenvolvimento das instituições sociais modernas.

¹⁵ Termo utilizado por Berger (1985) para demonstrar que uma pessoa vive em uma sociedade, em que a construção do mundo é uma atividade ordenada e significativa.

¹⁶ Idem com características opostas em que a construção do mundo é uma atividade desordenada e sem significados.

e os doentes eram cuidados em templos igrejas ou mesmo em casa, mas hoje existe locais específicos que são os hospitais.

2.3 O local onde se busca a cura atualmente

A palavra hospital no grego é de origem nosocômia, que significa “tratar doentes”. Para Calil (1995) a palavra vem do latim *Hospes*, que significa *hospede dando origem a hospitales e hospitium*, que designam o local onde se abrigavam além dos enfermos, viajantes e peregrinos.

Para Giddens (2002) o que é chamado hoje de hospital só gradativamente se diferenciou das organizações mais antigas que tentaram lidar com o impacto da pobreza. Os hospitais foram os antecessores das prisões e manicômios. Surge uma esfera de tratamento médico focando pessoas com problemas distintos.

Foucault (1993) descreve o hospital do período por volta de 1780 como um “morredouro”. Era um espaço de exclusão e não de cura. Para lá seguiam loucos, prostitutas, mendigos e também doentes. E os profissionais não estavam ali para realizar a cura, mas para conseguir a própria salvação; estavam fazendo caridade através dos cuidados aos pobres dando lhes também a salvação. O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII, e o hospital geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos e prostitutas entre outros, e ainda até meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual em que a função medica não aparece.

O desenvolvimento do hospital em seu sentido moderno, está ligado a profissionalização da medicina. Pois no hospital a tecnologia médica pode ser concentrada e o saber médico desenvolvido. É o lugar em que aqueles indivíduos que foram desqualificados da participação nas atividades sociais ortodoxas são segregados sem ter visão geral de experiências cruciais.

Atualmente o hospital é conceituado pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S) como:

Um elemento de organização de caráter médico-social, cuja a função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva a determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio, é um centro de medicina e pesquisa bio-social. (Borba, 1991, p. 45)

Na definição da (O .M. S) podemos observar que há uma idéia mais completa da instituição hospitalar e ainda, de suas funções em níveis de atenção primária (prevenção), secundária (tratamentos) e terciária (reabilitação e cuidados paliativos), valendo-se de todos os recursos possíveis, disponíveis e legalmente aceitos.

O hospital é parte formadora da organização médica e sobretudo, da organização social em nossas comunidades.

Atualmente os hospitais institucionalizaram-se e foram dotados de aparelhos de alto nível técnico e científico procurando oferecer conforto e qualidade nos serviços prestados aos pacientes e a seus familiares, visando melhor prognóstico dos tratamentos.

O hospital é lugar onde encontramos especialistas como os médicos.

Após focar algumas características do hospital faz-se necessário conceituar a Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I) que é o local mais crítico do hospital, em que ocorre geralmente as mortes e o maior número de execução de rituais religiosos.

A U.T.I é o local que se destina a receber pacientes graves, com possibilidades de recuperação, exige assistência médica e de enfermagem diária, além dos equipamentos especializados. Interna tanto pacientes clínicos quanto cirúrgicos.

Segundo Romano (1999) o trabalho da equipe da U.T.I deve atender a demanda do local e ser realizado de maneira rápida e eficiente.

Para Tavares (1974) a U.T.I tem como finalidade no hospital, reduzir a mortalidade através dos cuidados intensivos, observação individualizada, contínua, integral, de acordo com as regras e normas estabelecidas pela instituição. A equipe multiprofissional deve ter consciência de sua importância, competência e manter o conceito de tratamento diferenciado e exigente. Essa equipe deve ser coesa, pois, enfrenta situações críticas, convivendo com limites reais tentando superá-los, através da tecnologia moderna.

As UTIs surgiram a partir das técnicas especializadas para o cuidado ao paciente crítico. Tavares (op cit) deixa claro que o tratamento intensivo surgiu em 1799, no decorrer da campanha de Napoleão Bonaparte. Na guerra costumava-se esperar o fim da luta para atender os feridos, que eram atendidos no campo de batalha se ainda estivessem vivos. Mas o Dr. Larrey propôs uma técnica pioneira, providenciando transporte rápido (ambulância) dos feridos para um local de pronto atendimento. Nesse local se concentrava

recursos humanos e materiais para a assistência a enfermos graves, que atualmente vem a ser os cuidados intensivos.

Os pacientes antigamente eram colocados em sala especiais perto da sala de cirurgia para uma assistência pós-operatória. E segundo Weil, et alli (1992), estas salas deram origem as UTIs. A observação contínua, protege o paciente dos efeitos anestésicos e do trauma cirúrgico: o tratamento era comandado pelo cirurgião responsável pela cirurgia.

Segundo Scarelli (1993) demonstram que até a Segunda Guerra Mundial as UTIs tiveram pouco desenvolvimento, mas durante a guerra se estabeleceu os centros de trauma, seguidos por salas de “choque” e de cirurgias torácicas por volta de 1943.

A evolução do conhecimento técnico e da abordagem das doenças se deu em função das UTIs que permitem um diagnóstico e cuidados precisos.

Mas foi o no final da década de 60 que a construção da Terapia Intensiva se estabiliza, devido a criação das Sociedades de Tratamento Intensivo pelos americanos e ingleses, que perceberam a necessidade de desenvolver maneiras de cuidar do paciente, com área física adequada, recursos humanos qualificados e equipamentos específicos para uma melhor qualidade do tratamento.

Já no Brasil as U.T.Is surgiram na década de 70 com o propósito de assistência associada à tecnologia de ponta numa área hospitalar destinada a receber pacientes graves com possibilidades terapêuticas, que necessitam de cuidados diários, e de alta complexidade.

É a U.T.I é conceituada pelo Ministério da Saúde, da seguinte maneira:

É um conjunto de elementos destinados ao atendimento de pacientes com risco iminente de morte, com possibilidade de recuperação que requer serviços de assistência médica e de enfermagem 24 horas. (Manual da Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde, 1999, p. 50)

Pode-se constatar que as mudanças e evolução das U.T.Is se devam nos aspectos tecnológicos equipamentos sofisticados, nas especializações da equipe de profissionais e quanto a aspectos subjetivos do paciente e da equipe.

Mas a U.T.I ainda traz consigo o estigma de local onde se encontra pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Local que é permeado por morte, gerador de medos, ansiedades e angústias. Que necessita ser dismestificada pelos profissionais de saúde. Uma vez que ocorrem muitas curas nas UTIs.

2.4 Os profissionais que lidam com a doença e com a morte

Geralmente quem lida com o ser doente na sociedade moderna é o profissional médico.

Para Luz (1989) a atividade médica se depara com a profissão de médico-feiticeiro, que foi uma das primeiras a surgir nas sociedades primitivas. Quem exercia essa função em grupos sem sólida estruturação eram os indivíduos de maior poder, como pai, ou chefe da horda.

Posteriormente surge o modelo xamanista que é citado por Terrin (1994) com poderes divinos para curar, vocação herdada, com Dom superior transmitido de gerações eleitas pelos deuses. Medicina e poder desde os tempos remotos, aparecem ligadas. O papel de médico está sempre acoplado

com o de pai (líder) e com o de sacerdote, compreendendo-se facilmente o temor e o respeito que infundem.

Assim o médico é personagem privilegiado que possui o saber, a faculdade de curar, é uma autoridade luminosa e amada.

Mas para Millan (1999, p. 15) o profissional médico deve ter *vocação* que pode ser compreendido como: “o conjunto das características de uma personalidade, em virtude das quais um indivíduo é mais apto a exercer determinada função e não outra”. A escolha da profissão médica é influenciada por fatores sociais, econômicos e psicológicos. A profissão médica é respeitada na sociedade pois, dá prestígio que se acha associada ao alto valor concebido a saúde.

2.4.1 Confiança aspecto importante na sociedade moderna e na relação médico paciente

Mas o paciente precisa ter confiança no seu médico. A confiança está envolvida de maneira fundamental com as instituições da modernidade. É uma forma de “fé” na qual a segurança adquirida em resultados prováveis expressa mais um compromisso com algo, do que apenas uma compreensão cognitiva. Pressupõe consciência das circunstâncias de risco.

Giddens (1991) conceitua confiança através dos seguintes pontos:

1- Ela está relacionada à ausência no tempo e no espaço, sua condição principal não é a falta de poder, mas sim de informação plena.

2- Está basicamente vinculada, não ao risco, mas à contingência, leva sempre à conotação de credibilidade em face de resultados contingentes,

digam estes respeito a ações individuais ou à operação de sistemas. A confiança em pessoas é psicologicamente conseqüente para o indivíduo que confia.

3- Não é o mesmo que fé na credibilidade de uma pessoa ou sistema, é sim deriva desta fé, é o elo entre fé e crença.

4- Confiança em fichas simbólicas ou sistemas peritos se baseia na fé, onde a confiança em pessoas é sempre relevante em certo grau para a fé em sistemas.

5- Definição como crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um conjunto de resultados, onde essa crença expressa uma fé no conhecimento técnico.

6- Em condição de modernidade, a confiança existe no contexto de: a consciência geral de que a atividade humana, incluindo o impacto tecnológico sobre o mundo material, é criada socialmente, e não dada pela natureza das coisas ou por influência divina. Onde o conceito de risco é muito importante. Não sendo o mesmo que perigo, mas sim relacionada e são coisas distintas; o risco pressupõe o perigo (não necessariamente a consciência deste).

O paciente precisa ter confiança no médico para ter segurança que é uma situação na qual um conjunto específico de perigos está neutralizado ou minimizado.

A experiência de segurança baseia-se geralmente num equilíbrio de confiança e risco aceitável.

Mesmo com tecnologia avançada e com profissionais (ou sistemas peritos) cada vez mais especializados, no contexto hospitalar existe a

consciência das limitações destes profissionais; uma vez que a doença grave é sinal de que a morte existe é permeia a vida do ser humano, mesmo que ele tente fugir dela.

2.5 O caos-momento em que a religião entra em cena

Nos momentos em que a doença aparece, na vida do homem mesmo estando em uma sociedade moderna a religião entra em cena como força poderosa. Para Berger (1985) a religião supõe que a ordem humana é projetada na totalidade do ser; é a ousada tentativa de conceber o universo inteiro como humanamente significativo.

No contexto hospitalar pode-se observar na prática que o médico é considerado um Deus pelo paciente, mas no momento em que sua doença evolui para um prognóstico sem cura, que pode levar a morte (como por exemplo evolução para morte encefálica, que já é a morte) o ser doente deixa de adorar e acreditar no médico como Deus, neste momento recorre ao sagrado e aos rituais religiosos para obter respostas que não consegue dos profissionais de saúde, e até mesmo para negar a morte, a finitude que é a única certeza que o ser humano tem.

Em situações de crise os procedimentos são essencialmente os mesmos que na conservação rotineira, exceto que as confirmações da realidade devem-se tornar explícitas e intensivas, freqüentemente são postas em jogo técnicas rituais de acordo com Berger (2002).

A religião ajuda as pessoas a suportar as “situações de pressão emocional” “abrindo fugas a tais situações e a tais impasses que nenhum outro

caminho empírico abriria, exceto através do ritual e da crença no sobrenatural (Malinowsk, 1988). Isso foi observado nas “sociedades primitivas” e continua a acontecer nas “modernas”.

Mas Terrin (1994) com uma perspectiva diferenciada afirma, que as religiões existem porque o homem precisa de “salvação”, caso contrário elas seriam inúteis. Deixa claro que o homem contemporâneo é, antes de tudo um ser doente de corpo e espírito, um paciente é um sofredor que tem convicção que esta doente e pede, com absoluta prioridade para ser “curado”. Se a cura é impossível ainda resta ao ser doente a salvação. A busca da salvação no contexto hospitalar não é percebida pelo paciente é feita de maneira inconsciente, mas existe principalmente quando este usa mecanismo de defesa como a negação para tentar expulsar a morte. Esse fato é observado principalmente nos casos de morte encefálica.

O’Dea (1969) afirma que a religião tem a função de: apresentar duas coisas: primeiro é a interpretação mais ampla de um além, em cujo contexto a privação e a frustração podem ser vividas como significativas. Em segundo, é o meio ritual que mantém facilita a relação com o além, que dá segurança e confiança aos seres humanos para manter sua moral.

Assim a religião, através da invocação de um além que se refere ao bem-estar do homem e ao seu destino lhe dá apoio, consolação e reconciliação; pois o homem precisa de apoio emocional diante das incertezas, consolação ao enfrentar decepções reconciliação com a sociedade quando alienados de seus objetivos e normas.

Frente as incertezas, impossibilidades e mudanças da vida humana a religião apresenta através do culto e das cerimônias de adoração, uma

relação transcendental apresentando ao homem uma base emocional com segurança e afirmando sua identidade.

A religião santifica as normas e valores da sociedade, mantendo o domínio dos objetivos de grupo, com relação aos desejos individuais, apresentando formas rituais onde o indivíduo pode expiar as culpas quando se desviar dos padrões impostos pelo grupo, e ser reintegrado ao mesmo. Dessa maneira a religião contribui para o controle social, legitima os padrões de distribuição da sociedade, de forma a auxiliar a ordem e a estabilidade; e também na reconciliação do descontente.

Assim nos momentos de doença a religião é chamada para mostrar sua força terapêutica, mas nem sempre traz consigo a cura; em algumas vezes traz o alívio do corpo, a morte.

2.6 A doença

A doença é vista na história das religiões segundo Terrin (1994) como o lado obscuro, é a primeira experiência pessoal do anticosmo, do caos e da desordem e os monstros são a manifestação mais evidente da possessão demoníaca e do pecado.

Na Mesopotâmia a doença era causada por uma série de situações negativas na qual o pecado estava ligado à possessão demoníaca e esta implicava inevitavelmente doença sofrimento e morte.

A doença é o fruto dos espíritos malignos, é obra do diabo, é fruto do pecado, da possessão, remonta ao grande monstro. Há uma necessidade de se criar uma etiologia de inspiração ética-religiosa, psicológica ou social da

doença. Sendo esta um estilhaço enlouquecido para o qual é necessário encontrar a origem e um remédio eficaz. E quem curava era os deuses que na Mesopotâmea podiam afugentar os espíritos maus e fazer com que a serenidade retornasse.

No Egito também havia o medo da morte, da doença e da dor, haviam os curandeiros que nem sempre tinham relações com a medicina, e sim com a magia e com oração.

No geral encontramos a idéia de que as doenças são geradora de situações diversas e conflitivas de ordem natural. Para (Terrin, 1994). O homem doente está em situação de desordem (Anomia) e é agredido por forças malignas.

No mundo do extremo Oriente considera-se que a doença esta ligada a uma desarmonia do espírito sendo causada pela discordância entre as próprias energias espirituais e as energias cósmico-universais. Diferente da sociedade ocidental que até pouco tempo conceituava saúde como simplesmente a ausência de doença.

Mas atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como:

“O completo bem estar físico, psíquico social e espiritual e não apenas a ausência de doença”. (Angerami, 1996, p. 149). Assim o homem passa a ser visto de uma forma global, sendo um agente de sua saúde e possuindo espiritualidade que anteriormente lhe era negada.

Larchet (1994) deixa claro que no decurso da existência, o homem inevitavelmente se confronta com a doença uma vez que nenhum organismo é completamente são. Todas as doenças são causa de sofrimento para a pessoa

que sofre fisicamente e psiquicamente. Ocasionalmente sofrendo espiritual, pois revela a fragilidade da condição humana.

Frente as doenças observa-se na prática, através de entrevistas com pessoas doentes, que a doença suscita uma série de interrogações as quais ninguém escapa: Porque? Porque eu? Por quanto tempo? O que fiz para Deus? O que vai ser de mim?

Segundo Giddens, (2002) nas sociedades pré-modernas a doença crônica era parte da vida de muitas pessoas e o contato com a morte era uma característica comum da experiência de todos. A morte não era um fenômeno a ocultar mesmo sendo cercada de medos e ansiedades.

Atualmente a morte, tornou-se uma questão técnica, sua determinação deixada nas mãos da profissão médica. Porém a morte continua a ser o grande fator extrínseco da existência humana, torna-se um ponto zero no momento em que o controle humano sobre a existência encontra seu limite exterior.

Para Ariés (1977), nos séculos XIII e XIV as pessoas conviviam fraternalmente com a morte. O morrer era visto como um fato natural, como consequência da vida. As pessoas morriam em casa, ao lado dos familiares. Estes, por sua vez, podiam despedir-se. E o doente aceitava sua morte, era como se ele tivesse cumprido sua tarefa. Parece que, nesta época, o morrer era menos angustiante do que atualmente.

No século XIX, o quadro começa a mudar, surgindo o medo da morte. O que está doente passa a ter medo de morrer, e as pessoas próximas sofrem com a perda, este fato se deve a dois fatores fundamentais.

- A pressão do sentimento familiar: até então a família que apenas participava, começa a sofrer com a pessoa que está morrendo.

- O progresso da medicina: atualmente morre-se nos hospitais e o paciente não escolhe se deseja morrer ou não. É a família, juntamente com a equipe médica, que programa o novo modelo de morte, prevê sua hora e estabelece a “trajetória da agonia”. Vale-se, cada vez mais de aparelhos para prolongar a vida, mesmo se reconhecendo a ineficácia deste procedimento.

A sociedade moderna trata a morte de forma distante. Nas sociedades capitalistas, o importante é estar “vivo” para produzir e consumir. A tendência atual é esquecer que a morte existe, esconder o corpo o mais rápido possível, dentro do hospital o local destinado a guardar corpo até que o acompanhante toma as resoluções legais (o morguê) é geralmente em um local afastado de pouco acesso até mesmo pela equipe de saúde, realiza-se o velório longe de casa chorar é feito, errado, é sinal de histeria. Priva-se a criança desse acontecimento e ela não aprende que morrer faz parte da existência.

2.6.1 A visão sociológica da doença

Os sociólogos¹⁷ consideram a doença um comportamento desviante, ou seja um comportamento que não atende as expectativas institucionalmente definidas de um ou mais papéis, em que o indivíduo se acha implicado na sociedade. Sejam quais forem as complexidades dos fatores motivacionais que podem estar envolvidas, as dimensões da conformidade, em oposição ao

¹⁷ Apud: Parsons T. (cap. 39) Kluckhohn, C. e Marray A.H.

desvio ou alienação, em face da realização das expectativas do papel, sempre são dimensões cruciais do processo. A pessoa doente está, por definições, incapacitada de algum modo, de cumprir obrigações sociais, e a sua motivação de ficar ou permanecer doente tem alguma coisa a ver com esse fato.

Na medida em que a doença é um fenômeno motivado, o sociólogo se preocupa particularmente com as maneiras pelas quais algumas características das relações com os outros tenham desempenhado uma parte no processo de sua gênese. Esses fatores não são isolados, existem os constitucionais e os organicamente significativos (agentes bacterianos), e sem dúvida os fatores psicológicos que se encontram na personalidade individual. Porém existe evidência da enorme importância das relações com os outros (processo de interação) no desenvolvimento da personalidade. O sociólogo deve dar ênfase aos fatores responsáveis por “algo que não anda bem” nas relações de uma pessoa com as outras durante os processos de interação social. É os mais significativos desses, processos são os da infância, concentrando-se nas relações com os membros da família, principalmente os pais.

A pessoa doente é isenta de certo tipo de responsabilidades, por exemplo, um pai de família que desempenha o papel de sustentar financeiramente a família, de colocar ordem em casa, com a doença perde esse papel que é passado para outro membro da família.

Só que estar doente custa caro, é encontrar-se num estado social indesejável, do qual se deve sair o mais rápido possível. A ninguém são dados os privilégios de estar doente mais tempo do que o necessário, mas apenas

enquanto não lhe é possível sair desse estado. Assim a pessoa é isolada e, mercê do seu modelo desviante da pretensão de atrair os outros.

O estar doente implica em necessitar do auxílio do outro, principalmente do médico; assim o paciente tem um novo papel o de “cooperar” com o seu médico no processo de cura.

2.6.2 A visão psicologia da doença¹⁸

O ser humano que está doente encontra-se em uma situação conflitiva, deve ser considerado como uma unidade somapsique, procurando, manter sua integridade como um todo.

O homem é um todo. Um ser singular, dinâmico, dotado de corpo e alma (na concepção de unidade, não dicotomizado) que se desenvolve num ambiente e nele interage, sendo dele determinante e determinado; em termos de existência, e ele também determina e é determinado no seu processo de existir.

Entende-se por doença a desarmonia orgânica ou psíquica, que através de sua manifestação, quebra a dinâmica do desenvolvimento do indivíduo como um ser global, gerando desarmonização da pessoa; compreende-se esse desequilíbrio como um abalo estrutural na condição do ser dentro de sua sociocultura. O indivíduo sempre busca o equilíbrio nas esferas biospiciosociocultural e espiritual e com a doença ocorre a quebra da homeostase (equilíbrio, harmonia), e das relações existentes entre o indivíduo consigo mesmo e com o mundo. Ou seja a anomia segundo Berger (1985).

¹⁸ Apud Angerami, 1996.

O homem que é um ser dinâmico; frente ao processo de adoecimento, se sente estagnado e impotente. Sendo obrigado a se adequar a uma série de mudanças em sua vida e essas vão determinar as alterações de sua identidade¹⁹.

A doença traz consigo na esfera biológica, uma série de sintomas que prejudicam o funcionamento normal do organismo, como: dispnéia cansaço ao esforço, taqui ou bradicardia, alteração de pressão arterial dentre outros.

Na esfera psicológica existem diversos aspectos mobilizadas em função da doença que serão descritas abaixo:

- Sentimento de impotência frente a doença e a hospitalização. O paciente se vê a mercê do outro, muitas vezes tem que abandonar suas roupas e usar as do hospital .

- Fantasias quanto à patologia, desde suas causas aos possíveis comprometimentos que possa gerar. O paciente sente necessidade de saber o diagnóstico e com muita ansiedade o prognóstico que nem sempre é previsível pelo médico.

- Estado de crise que impõe ao indivíduo perdas e desorganizações na vida. A rotina diária do paciente é totalmente alterada, passa a viver em um ambiente hostil, o hospital com cheiro e pessoas diferentes do seu convívio.

¹⁹ Identidade: é o conhecimento por parte de cada indivíduo da condição de ser uma unidade pessoal ou entidade separada e distinta dos outros, permitindo-lhes reconhecer-se o mesmo a cada instante de sua evolução ontológica e correspondendo no plano social a resultante de todas as identificações prévias até o momento considerado, (Osório, 1992).

Mas a doença também ensina o homem a valorizar e dar sentido a sua vida, pois ele tem que se adequar a situações difíceis e saber lidar com elas, para continuar a existir; caso contrário morre e pede a possibilidade de viver. O adoecer revela a fragilidade humana podendo levar a perda da vida.

Existe muitos mecanismos de defesa que auxiliam o homem a suportar o diagnóstico de uma doença principalmente se for grave.

Segundo Kubler – Ross (2000), o paciente frente a situação de doenças e a morte passa pelos seguintes estágios:

A negação caracteriza o primeiro estágio, em que o paciente se encontra “chocado” ao receber o diagnóstico de uma doença, não coopera com o tratamento, pois acredita que não está doente, esse fator se for patológico atrapalha o tratamento e o prognóstico porque o paciente nega a doença e não busca o auxílio de profissionais qualificados.

A seguir vem o estágio da Raiva, em que o paciente se sente revoltado com a equipe e com Deus e costuma fazer perguntas como: Por que eu? E não aceitar os procedimentos médico-hospitalares sendo agressivo com a equipe e com os familiares.

O terceiro estágio é a barganha, onde o paciente começa a perceber que está realmente doente e se volta para a realização de promessas, de votos para a harmonização de certas áreas de sua vida, que considera terem contribuído para o seu estado atual, espera obter a cura e costuma recorrer ao sagrado para obtê-la.

O estágio seguinte, o quarto é o da depressão, que é muito comum atualmente, mesmo fora do quadro de doenças físicas; revela o fim da resistência frente ao diagnóstico, e o paciente percebe que a doença gera

muitos sentimentos principalmente o medo da finitude, nesse momento o homem se sente mortal.

O quinto e último estágio é a aceitação da doença, no qual o paciente aceita a condição humana de mortal, vê que está doente e que necessita se curar para não morrer. Em alguns casos ocorre a aceitação da morte pelo paciente que pode ser benéfica se ele fizer uma reinterpretação de sua vida, consertar erros, conseguindo até mesmo se despedir dos entes queridos e reelaborar o passado. Isso ocorre principalmente no caso de doenças crônicas. Principalmente no caso da Imuno/deficiência adquirida AIDS, quando o paciente se encontra fora de possibilidades terapêuticas.

Esses estágios nem sempre obedecem essa seqüência, podem alternar-se e em alguns casos o paciente pode permanecer por muito tempo paralisado em algum.

Isso ocorre principalmente no estado da depressão que se torna patológica havendo necessidade de entrar com antidepressivos, uma vez que a depressão afeta diretamente o sistema imunológico do paciente e atrapalha o tratamento de sua doença.

2.6.3 A visão teológica cristã da doença²⁰

A doença não diz respeito só ao corpo, constitui em alguns casos uma prova espiritual que implica a existência e o destino do homem, e o homem precisa vencer esta prova, assumir a doença e as diversas formas de

²⁰ Apud Larchet, 1994.

sofrimento que a acompanham, em contrair soluções teóricas e práticas para enfrentar os problemas que surgirem.

O ser humano no decurso de sua existência, deve não só contar com a doença e o sofrimento, mas também, quando elas surgem, continuar a viver e a encontrar, apesar deles ou nelas, a sua realização pessoal.

Foi unicamente na vontade pessoal do homem, no mau uso que fez do seu livre arbítrio, no pecado que cometeu no paraíso que se deve procurar a origem das doenças, das enfermidades, dos sofrimentos, da corrupção e da morte, bem como todos os males que afetam atualmente a natureza humana. O desvio da sua livre escolha introduziu em Adão a possibilidade, a corruptibilidade e a mortalidade. Portanto é por causa do pecado que surgiram as doenças. Pela falta de Adão, a natureza humana toda caiu doente de corrupção; perdeu sua condição excepcional e caiu em uma inferior. E seu corpo adquiriu uma materialidade, uma espessura e uma opacidade que não conhecera na sua origem, ele entra na corrente da vida animal e sensível, e doravante está sujeito aos movimentos, à instabilidade e as divisões que conhecem os outros seres da natureza às quais escapava originariamente por graças.

Esta nova condição da existência é significada, no Gênesis, pelas túnicas de pele (Gn 3, 21), que simbolizam simultaneamente por um lado o caráter material animal, a morte de que é portadora, e o fato de ela ter vindo acrescentar à verdadeira natureza do homem. O efeito da culpa de Adão, consequência e forma do mal engendrado por ela, a doença é ao mesmo tempo produzida e reproduzida, amplificada, desenvolvida, desmultiplicada e reforçada e as vezes incarnada pelos “poderes das trevas e da maldade”, onde

os demônios e o diabo são as fontes principais das doenças manifestando-se através delas, sem mediação como no caso das possessões ocupando eles próprios no homem o lugar deixando vazio por Deus.

Portanto, é de responsabilidade do homem o surgimento e o desenvolvimento das doenças que o afetam, não é Deus que quer castiga-lo e nem puni-lo. Mas o homem, se não é a priori responsável dos males de que sofre a natureza herdada de Adão, torna-se responsável parcialmente a posteriori, quando peca pessoalmente, associando-se assim a Adão e assumindo de algum modo a culpa deste. Havendo portanto uma solidariedade no mal entre Adão e os seus descendentes, entre todos os homens.

2.6.4 O sofrimento e a doença

Segundo Gameiro (1999) o sofrimento é uma experiência inevitável do ser humano, confrontando-o com a sua, condição de vulnerabilidade e finitude. Sendo natural na situação de doença; principalmente nas doenças com elevado comprometimento orgânico e de mau prognóstico, que podem provocar um sofrimento tão intenso e dominante que a experiência existencial se reduz ao tormento. O ser doente não vivência o sofrimento exclusivamente nas dimensões físicas e psicossociais, mais também nas laboral e familiar, e na dimensão espiritual e existencial.

A doença é a fonte de sofrimento mais evidente, não só pela dor que provoca, mas porque constitui sempre uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa, porque lhe lembra a sua fragilidade, a confronta com a

idéia da morte, a no caso do doente hospitalizado, o afasta e priva dos seus objetos de amor.

O sofrimento é conceituado como:

Um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até externa angústia que pode evoluir para uma fase de “desespero maligno” caracterizado pelo sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de “negligência de si mesmo”, podendo chegar a um estado terminal de indiferença apática” (Apud: Gameiro, 1999, p. 33).

A experiência do sofrimento é variável em intensidade, duração e profundidade, sendo possível observar respostas comuns entre elas: “a não aceitação, a culpabilização de si ou dos outros, a confusão, a cólera, a auto-compaixão e angústia”.

Cassell (1991, p. 24) considera o sofrimento como “um estado de desconforto severo (distress) “causado por uma ameaça actual ou percebida iminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como um todo”. Percebe-se que o autor vê o homem como um ser total, com ameaças de desintegração; o que evidencia como condição de sofrimento uma descontinuidade/ruptura do sentido do futuro, da consciência de si e da identidade pessoal, mantendo-se um esforço contínuo de integração e harmonia.

Assim o sofrimento ameaça a desintegração do homem nas esferas biopsicossocial e espiritual. O sofrimento possui um carácter dinâmico na medida em que essas esferas se modificam continuamente.

Gameiro (op cit), classifica o sofrimento em físico e psicológico. O primeiro é imputado é claro ao domínio do corpo e o segundo da alma. Mas a experiência do sofrimento envolve a pessoa no seu todo biopsicossocial e espiritual.

Béfécadu (1993) adotou uma nomenclatura que se ajusta ao conceito da pessoa como um ser biopsicosociocultural e espiritual. Esta classificação refere-se - a (1) sofrimento do corpo a fonte física - (2) sofrimento nas relações interpessoais a fonte sociocultural - (3) sofrimento na vontade a fonte existencial espiritual - e (4) o sofrimento no sentimento de unidade de coerência do “eu” - a fonte psicológica. Que se caracteriza pelos sentimentos relacionados com a perda ou ameaça “da unidade pessoal”.

A experiência de estar doente é analisada como um processo complexo e condicionado por múltiplos fatores (fisiológicos, cognitivos, emocionais, afetivo-relacionais e socioculturais) numa relação dialética em que a integração psico-afetiva dos sinais e sintomas físicos e da respectiva avaliação cognitiva das ameaças e dos recursos depende sobretudo dos significados que lhe são atribuídos pelas pessoas. Estes significados são condicionados pelas emoções que se associam num processo circular de implicações recíprocas, vivido com experiência subjetiva de sofrimento e desencadeamento respostas adaptativas que podem ser de defesa ou de confronto com a situação, de negação ou aceitação, de isolamento ou de procura de ajuda.

As significações associadas à doença física baseiam-se em crenças e convicções habitualmente partilhadas pelo grupo cultural de pertença, mas são sobretudo uma construção pessoal.

O problema do sofrimento segundo Geertz (1989), é paradoxalmente, não há como evitá-lo, mas o sofredor pode fazer da dor física, da perda pessoal, da derrota frente ao mundo ou da impotência algo tolerável e suportável. Se apoiar na religião. Isso ocorre nos momentos de caos como a doença e o luto.

Esse problema recai sobre o do mal, uma vez que o sofrimento é considerado pelo sofredor como algo cruel e moralmente imerecido. Enquanto o problema do sofrimento diz respeito as ameaças do homem de colocar seus esquadrões indisciplinados de emoção em uma espécie de ordem marcial, a do mal concerne às ameaças a capacidade do homem de fazer julgamentos morais. E não a adequação de recursos simbólicos para o homem governar sua vida afetiva, mas a adequação desses recursos fornecem um conjunto manobrável de critérios éticos, guias normativos para governar a ação humana.

A sociedade se encontra em um período de transições de diversidade mas homem tem necessidade de recorrer ao sagrado para obter respostas e suas angústias.

2.7 A persistência do sagrado na sociedade moderna

Percebe-se que toda cultura tem um Deus, existe no homem a necessidade natural de recorrer a esse ser sobrenatural nos momentos difíceis. O homem busca a ajuda desse ser que pode lhe dar respostas que a ciência não pode dar. Terrin (op cit) deixa claro que a maior da crise do século é a crise da ciência, que, permite abrir novos horizontes inclusive para o mundo do religioso.

Como à ciência não pode responder à angústia existencial, o homem recorre ao sagrado que persiste na sociedade moderna, sendo necessário compreender como se mantém de pé através dos tempos.

Para Otto (1985) “o sagrado” é uma categoria interpretativa própria das efetividades religiosas em sua total autonomia, que o homem só pode representar como *mysterium fascinans et tremendum* (o aspecto “fascinante” e o “repelente” do numinoso). Para o autor o sagrado tem um aspecto “racional” e um “irracional”. O aspecto racional está presente no divino, mas seria errado considerar a essência do divino encerrada no racional, porque existe na experiência religiosa um aspecto bastante extenso não controlável pelo racional; trata-se do irracional, não porque se oponha a razão, mas nos sentido que vai além da razão. Não se trata de racionalizar o irracional, o que é impossível; mas somente aprendê-lo e fixá-lo em seus momentos e, assim, opor-se, mediante essas e estáveis “teorias” controladas ao irracionalismo.

A essência do divino vai além do divino encontrando sua manifestação nos “símbolos” e nos “dogmas”. Mas o racional e o irracional estão como o divino em relação recíproca. A relação racional – irracional deve ser reduzida ao problema da nossa imanência – transcendência onde estão envolvidos Deus e a experiência que dele desce. Assim a irracionalidade vem a significar a denegação da racionalidade e da imanência de Deus, para não tornar incompleta e limitada a experiência religiosa. Devido a isso o irracional na cognição de Deus, evidenciada pela transcendência assume a função purificadora da religião, no momento em que convida a discernir a peculiaridade do que é de Deus, obrigando-se profundamente a legitimar a asserção do que a religião goza de autonomia.

O irracional é aquilo que não é traduzível em conceitos e tem necessidade de encontrar outro caminho de expressão: o caminho simbólico, expressivo que nasce do sentimento e encontra apoio nos símbolos e nos ideogramas.

Quando o autor fala de irracional no mundo religioso, usa uma categoria que diz respeito ao rito, pois é indissociável de uma experiência religiosa.

Esta havendo uma nova reviravolta anti-intelectual da cultura, havendo uma reviravolta mística e experimental no campo religioso. E Terrin (1996) pretende estudar o irracional, descobrindo que se trata de um modo onde a irracionalidade se espelha na racionalidade, sendo o resultado desse reflexo, enquanto o próprio irracional também pressupõe muita racionalidade.

O irracional deve ser entendido como princípio metódico, não podendo ser tematizado, devendo ser vivido como consciência dos limites da razão, da necessidade de superação da ciência e da necessidade de recorrer à intuição para entender a realidade como expressão de um mundo mais amplo, aberto e livre quanto às restrições impostas pelo saber científico. Esse conceito deve ser protegido por uma idéia não suficientemente ampla de racionalidade, e que entretanto, se amplia quando mais se restringe ao sentido que é atribuído ao racional.

Então o irracional é aquilo que faz parte de uma “consciência ampliada” de um mundo que não se deixa instrumentalizar pela razão, e leva em conta também os sentimentos, a expressividade, a simbologia do real.

Otto (op cit) descreve o sagrado colocando o numinoso como *mysterium tremendum et fascinans* (mistério que fascina). Ao mesmo tempo em que o homem o teme ele se sente fascinado.

Assim o numinoso é *mysterium* escondido, não manifesto, percebido pelo sentimento. Sua profundidade não se exaure e também é expresso como inefável.

É *mysterium tremendum* (tremendo) que suscita sentimentos de temor e tremor (tremor demoníaco, ira ou indignação de YHWH - Javé).

Mistério que se manifesta em absoluta energia, paixão, algo que pode levá-lo ao êxtase individual ou êxtase de efervescência coletiva.

Sendo importante ressaltar que durante a internação há uma proximidade do homem com o sagrado, no intuito de se obter um bom prognóstico do seu estado de doença, buscando alternativas otimistas para se conviver com a crise instaladas, para haver o retorno da esperança de continuar vivo.

Queiroz (1996) afirma que o sagrado em tempos modernos se caracteriza como nomadismo místico. Mesmo permanecendo nominalmente vinculado a forma tradicional de culto, a tendência do homem moderno é um transito constante pela constelação religiosa compondo assim um sentido para sua existência.

2.7.1 O caráter do sagrado

Percebe-se que o caráter especial do sagrado manifesta-se no fato de estar ligado a prescrição e proibição rituais que acentuam essa separação

radical do profano. Para Durkheim (1995) uma religião não é unicamente um conjunto de crenças: implica também práticas rituais e uma forma institucional bem definida, portanto religião para o autor é um sistema solidário de crenças e práticas relativas à coisas sagradas; onde a sociedade impõe obrigações e respeito que são características do sagrado, quer seja de uma forma impessoal difusa quer seja personalizado, onde o objeto sagrado é concebido como uma entidade superior, que simboliza a realidade e a superioridade da sociedade sobre o indivíduo. Giddens (2002) acredita que a sociedade tem tudo o que é necessário para despertar no espírito humano a sensação do divino, simplesmente porque exerce influência sobre ele, uma vez que é para os seus membros o que um deus é para o seus adoradores; um deus é um ser que os homens consideram superior a si mesmos em certos aspectos, e de quem crêem depender. Porém deve ficar claro que Durkheim (op cit) não afirma que a religião cria a sociedade, e sim que a religião é a auto criação, da evolução autônoma, sociedade humana.

Portanto o sagrado para Jorge é:

“aquilo que transcende a razão humana resiste a qualquer redução racional propriamente o numinoso ou inteiramente outro”.
(Jorge, 1998, p. 31)

O sagrado portanto manifesta-se como uma realidade inteiramente diferente das realidades naturais.

Eliade (1999) propõe apresentar o sagrado em toda sua complexidade, e não apenas no que ele comporta de irracional; mas sim sua totalidade. E a primeira definição que dá ao sagrado é que ele se opõe ao profano.

Afirma que o homem toma conhecimento do sagrado porque este manifesta se mostra com o algo absolutamente diferente do profano. Utiliza o termo *hierofania* para demonstrar como o “sagrado se mostra”, sendo nesta forma que o homem busca e percebe o sagrado através dos objetos e o classifica com uma forma elementar de revelações.

O homem moderno experimenta um certo mal-estar diante de inúmeras formas de manifestações do sagrado; sendo difícil para ele aceitar que, o sagrado possa se manifestar em objetos como: pedras ou árvores, por exemplo: Não compreende que a pedra sagrada e a árvore sagrada não são adoradas como pedra ou como árvore, mas justamente porque são hierofanias, porque revelam algo que já não é nem pedra, nem árvore, mas o sagrado.

O sagrado deve ser visto em um prisma dualístico, caminhando sempre com o profano, apesar de serem pensamentos opostos, um não existe sem o outro.

Mesmo que o homem moderno desacralize seu mundo e assuma uma existência profana; o homem que optou por uma vida profana não consegue abolir completamente o comportamento religioso. E o sagrado é um destes comportamentos.

Nos momentos angustiantes da vida, o ser humano, como no surgimento de uma doença grave, no processo de hospitalização, de um ente querido, o homem recorre ao sagrado para conseguir forças para continuar sobrevivendo e lutando pela vida. Nesse momento recorre a rituais religiosos e utiliza símbolos sagrados.

CAPITULO III

A MÃE E OS RITUAIS RELIGIOSOS

3.1 As mães

Ajuriaquerra e Marcelli (1991) demonstram que a família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento humano (normal ou patológico).

A mãe na cultura ocidental geralmente é quem cuida do filho e no momento em que surge a doença é ela quem o acompanha ao hospital, e permanece com ele se for hospitalizado; esse fato gera uma desorganização na estrutura familiar, pois, há mudanças significativas da rotina diária da família envolvida, essa mãe deixa outros filhos em casa que são cuidados, por vizinhos, avós e pelo próprio pai, algumas vezes. Essa se sente dividida entre o filho doente e as demais que estão em casa a sua espera.

A pesquisa foi feita no período de janeiro de 2001 a fevereiro de 2003, com 30 mães com o seguinte perfil.

Poder aquisitivo baixo	80%	
Nível de instrução	1º grau incompleto 85%	
Número de filhos	mais de 4 - 50%	
Procedência	75% do Acre e Nordeste	
Religião	70% Católicas	30% Evangélicos

3.1.1 O motivo atribuído pelas mães ao surgimento da doença do filho

Segundo Crepaldi (1999) o familiar acredita que a doença tenha se instalado devido a uma causa direta ou indireta ligada a ele. Este tipo de representação gera um sentimento de culpa muito grande nos familiares, principalmente nos pais, julgando que de alguma forma, poderiam ter evitado a doença.

Na maioria das vezes a mãe acredita que o filho contraiu a doença por uma ação direta ou indireta sua. Esse fato pode ser observado no seguinte relato.

“O nené ficou doente porque eu deixei ele descalço, e então ele pegou pneumonia e eu demorei para levar ele ao médico, por que eu não sabia e fiquei esperando ele melhorar em casa mesmo”.
(C.B.A, 15 anos)

No caso a seguir, a causa da doença é a falta cometida pela mãe em relação a religião (ao sagrado), e ela se sente castigada por Deus.

“Meu filho ficou doente porque eu desviei da igreja e fui para o mundo me divertir, agora Deus quer levar ele de mim”. (B.D.S, 23 anos)

A mãe percebe-se envolvida indiretamente na causa da doença, pela falta de condições financeiras, que proporcionaria ao filho, não dando-lhe uma boa alimentação:

“A senhora sabe nos viemos do Acre é lá não tem muito o que comer. Então o J.P. foi ficando fraco e o coração também e agora a doutora disse que não tem mais remédio, que cure o coração dele, nem esse tal de transplante dá jeito. (M. A.C., 40 anos)

Ações que aparentemente não estão vinculadas à gênese das doenças, como separação conjugal, podem segundo a mãe do relato abaixo desencadear a doença do filho.

“A nené piorou muito depois que eu e o pai dela nos separamos, ela foi piorando porque ele não estava em casa, e sempre me pedia para voltar com ele”. (T.G. A., 18 anos)

A demora em procurar um profissional de saúde (médico) gera na mãe, sentimentos de fracasso que pode ser observado no relato abaixo:

“Quando a nené tinha um mês, eu estava com ela no colo e tropecei numa tábua, e nos caímos, eu demorei três meses para trazer ela ao Doutor M. eu não sabia que tinha acontecido alguma coisa, agora ela tem Hidrocefalia, e ele pois um como na cabeça dela”. (M.J.M., 36 anos)

A hereditariedade também aparece, ligada a causa da doença do filho.

“... ela puxou a família do pai. A família dele é cheia de problemas, a minha sogra morreu doente, fraca e magra, e ela puxou mais pra eles”. (M.N.V., 33 anos)

O fato de não ter dado cuidado adequado ao filho gera na mãe remorsos.

“Eu senti um pouco de remorso porque quando ele passou mal, eu estava fora de casa trabalhando”. (A .M.V., 26 anos)

3.1.2 O que a mãe espera do médico (da equipe de saúde)?

A relação médico/paciente é o principal fator para que ocorra a cura e quando a mãe tem confiança no médico ela espera que ele cure o seu filho.

“Eu tenho certeza que o meu filho está em boas mãos o Dr. M. é muito bom, e com certeza vai curar o meu filho” (W.S.B., 28 anos)

“Eu acredito que a E. vai voltar a conversar comigo e com o pai dela, ela já melhorou muito em vista do que estava, os médicos e a fisioterapeuta vão me ajudar”. (D.A.S, 29 anos).

“Eu espero que a doutora C. me devolva minha filha com vida não me importa se ela não falar mais e nem andar, eu só quero minha filha viva” . (J.C., 23 anos)

“Eu vou embora tranqüila mesmo deixando o meu filho na UTI, porque sei que a equipe é boa e cuida bem dele”. (J. A. P., 25 anos)

constata-se que as mães dos relatos anteriores tem confiança na equipe de saúde, mas as mães tem também a necessidade de serem respeitadas.

“Minha filha saiu do centro cirúrgico onde foi retirado um tumor maligno eu tentei esconder dela, dizendo que era só um carrozinho, mas essa doutora brigou comigo na frente da minha filha, que ainda estava sonolenta e disse que eu não posso mentir

para ela. Ela não tem o direito de fazer isso conosco agora minha filha está arrasada, ela só tem 8 anos, não precisa sofrer, tanto, ela não sabia que tem câncer e que não vai voltar a ter uma vida normal. E eu vou processar essa médica. (M.R.S., 31 anos)

“Eu queria que esse doutor me desse atenção, me explicando melhor não falando palavras que eu não entendo”. (M. A .S, 20 anos)

“Eu desejo que todos os médicos sejam como a Dra. C. eu me sinto muito segura quando falo com ela, porque foi ela quem internou o meu filho ela é dura, mas está sempre bem humorada”. (Z.S, 30 anos)

“Esse médico não tem coração disse que meu filho não tem chance, nem ao menos me consolou”. (M.D.J.S, 16 anos)

Por mais difícil que seja saber que o filho tem uma doença grave as mães querem saber do diagnóstico e o provável prognóstico da doença. Desejam que a equipe de saúde seja honesta.

“Eu quero que a equipe da UTI me informe com o meu filho está de verdade sem mentir, quero que seja honesta e não me esconda nada, eu estou preparada para perder o A. pelo menos eu acho”. (I.A.P, 36 anos)

A mãe se sente carente impotente durante o processo de hospitalização e deseja que a equipe tenha compaixão pelo filho.

“Eu queria que esse povo não furasse tanto o nené, eu não agüento entrar aqui e ver ele todo roxo e amarrado os bracinhos e os pés e sem cabelo”. (A .C.S, 19 anos)

3.2 O espaço dos rituais

No processo de hospitalização os rituais religiosos são executados pelas mães quando elas sente-se ameaçadas, ansiosas e angustiadas, quando a morte ronda os seus filhos. O espaço físico em que ocorre o maior número de execução de rituais religiosos, seguindo uma ordem que é a UTI, sala de espera do centro cirúrgico, enfermarias e apartamentos. Assim um espaço aparentemente profano se torna sagrado. E Meslin (1992) afirma que o espaço é uma das dimensões fundamentais em que o homem deve se situar. Todas as culturas humanas articulam para nele viverem. Esse espaço é delimitado pelo homem. Para o autor a organização do espaço se baseia em ritos religiosos; nas sociedades tradicionais esse fato ocorria quer se trate de ritos sacrificiais no momento em que se descobria terras novas, para se atingir a benção divina, quer se trate mais precisamente da delimitação de uma porção desse espaço que o homem ha de declarar sagrado porque ele estabelece relações particulares com o Divino.

Assim o lugar onde as mães executam os rituais religiosos se torna o espaço sagrado, quando elas recorrem ao Divino no momento de suas orações.

Para Eliade (1998) o espaço sagrado não é escolhido pelo homem ele revela-se a ele, e esse espaço se isola do espaço profano a sua volta. Demonstrando ainda que um espaço sagrado assenta sua validade na permanência da hierofania²¹ que, em dada altura, o consagrou.

²¹ Hierofania. Termo utilizado por Eliade 1999 para indicar o ato da manifestação do sagrado.

O autor (1999) afirma que para o homem religioso, o espaço não é homogêneo, apresenta roturas, quebras e porções de espaço qualitativamente diferente das outras. Cita Êxodo. 3,5 “Não te aproximes daqui, disse o Senhor a Moisés, porque o lugar onde te encontras é uma terra santa”. Portanto um espaço sagrado é por consequência “forte” e significativo, e há outros espaços nos sagrados sem estrutura nem constância, em suma, amorfos.

O espaço sagrado tem um valor para o homem religioso, porque nada pode fazer sem uma orientação prévia, e toda orientação implica a aquisição de um ponto fixo, devido a isso o homem religioso sempre esforçou por estabelecer o “centro do mundo” “para viver no mundo” é preciso funda-lo, e nenhum mundo pode nascer no caos da homogeneidade e de relatividade do espaço profano, assim a descoberta ou a projeção de um ponto fixo, o centro, eqüivale a criação do mundo.

Fica claro que espaços profanos podem se tornar sagrados.

3.2.1 UTI

Os rituais religiosos da UTI são geralmente individuais, uma vez que no local existem rotinas que devem ser cumpridas pelas mães, para que haja controle no índice de infecções hospitalar, as mães devem permanecer ao lado do leito do seu filho esperando, só que geralmente existe apenas um médico para atender as mães, dos dez leitos existentes no local, e uma pequena espera parece dias para a mãe e gera muitas angústias e medos, e durante a espera elas tornam o espaço que era profano em sagrado, fazem rituais religiosos e recorrem ao Divino.

As mães com crianças na UTI recorrem a rituais religiosos, porque existe um sério estereótipo com relação ao local, a imagem de sofrimento e morte iminente. Na realidade, por se tratar de uma unidade no hospital que se dedica ao atendimento de doentes que necessitam de cuidados intensivos e os problemas exigem serviços constantes e especializados.

A rotina de trabalho acelerada, o clima constante de apreensão, as situações de morte iminente geram stress e tensão, tanto na equipe quanto no paciente vinte e quatro horas ao dia. Esses aspectos somados a dimensão individual do sofrimento do doente, tais como dor, medo, ansiedade, isolamento do mundo, trazem, sem dúvida, vários fatores psicológicos que interatam de maneira muitas vezes grave sobre a manifestação orgânica da enfermidade que a pessoa possui²².

3.2.2 Sala de espera do centro cirúrgico

Toda cirurgia, seja ela pequena ou extensa, provoca um nível de ansiedade elevado existindo ainda o medo da morte, dor, mutilação, incerteza quanto ao futuro, violação da intimidade, a sensação de abandono, isolamento e impotência. O temor pela cirurgia tem uma base concreta, mais a realidade é enriquecida pela fantasia.

Há também em relação a anestesia em si e o paciente pode manifestar.

²² Apud, Angerami (1996) Psicologia hospitalar. teoria e prática.

- Medo de sofrer dor durante a internação, sem poder manifestar e sem que o cirurgião ou anestesistas percebam.

- Medo de sofrer mutilação

- Medo de acordar durante a internação

- Medo de não acordar

- Medo de perder o controle de si mesmo e revelar segredos pessoais ou de cometer um ato imprudente.

Vale ressaltar que as manifestações apresentadas frente ao evento cirúrgico, não vão ser influenciadas apenas por esse evento, mas principalmente pelos sistemas comportamental, emocional, motivacional, e cognitivo do indivíduo, seu modo e capacidade de adaptação ao lidar com determinadas situações.

Angerami (1996) cita as manifestações psíquicas e/ou comportamentais que podem atingir a integridade psicológica do paciente cirúrgico:

1 – *Raiva* - é uma forma que o paciente encontra de se defender de uma situação tida como ameaçadora, uma vez que a hospitalização e o tratamento muitas vezes são invasivos.

2 – *Hostilidade* – ocorre quando o paciente passa a solicitar o outro de forma agressiva, demonstrando uma forma primitiva de estabelecimento de controle;

3 - *Frustração* – reação emocional do indivíduo diante de perdas ou privação de prazer. Esse sentimento é observado no paciente principalmente no caso de recidivas cirúrgicas ou insucesso de condutas de tratamentos

cirúrgicos anteriores, além de projetos de vida comprometidos pela perda da saúde;

4 – *Insegurança* – gerada pela situação de doença e hospitalização, em que o paciente è obrigado a estar longe do seu meio social e familiar, em um local desconhecido o hospital;

5 – *Fracasso* – seria o sentimento de insatisfação direcionada a si próprio pela situação de doença e hospitalização, com rebaixamento do auto-estima;

6 – *Dependência* – ocorre quando o paciente busca fortalecer-se através da identificação projetada no outro, passando a desejar a esse outro as resoluções de seu tratamento, assumindo uma postura passiva sem participar do que esta acontecendo a sua volta;

7 – *Conformismo* – ocorre quando o paciente torna-se passivo sem preocupação e questionamento frente a doença, ao tratamento e a hospitalização, podendo acompanhar um estado de depressão;

8 *Desamparo* – ocorre devido ao próprio processo de hospitalização em que o indivíduo deve incorporar regras e normas da instituição;

9 – *Pânico* – ocorre quando o paciente frente a uma situação ameaçadora, responde de forma impulsiva;

10 - *Desconfiança* – diante de uma situação sentida como ameaçadora, o paciente tenta manter o controle desconfiando do que não domina;

11 - *Esperança* - expectativa positiva que o paciente tem diante da doença, tratamento e hospitalização.

12– *Ambigüidade* – ocorre quando o paciente sente um fato, seja ele qual for, com duplo significado, havendo a presença da incerteza, da dúvida da angustia;

13 - *Hospitalismo* + (positivo) ocorre quando há a adaptação do paciente a internação e a rotina hospitalar, de forma a substituir aspectos de carência afetiva do indivíduo;

14 - *Hospitalismo* – (negativo) – ocorre quando o paciente permanece muito tempo no hospital, podendo desenvolver uma atitude de rejeição a instituição hospitalar;

15 - *Stres psicorgânico* – ocorre quando existe uma exigência física e/ou psicológica do indivíduo podendo ser observado em pós-operatório;

16 – *Agitação psicomotora* – são movimentos que fogem ao controle voluntário do paciente, podendo ser resultante de alterações psicológicas ou orgânicas;

17- *Agressividade auto dirigida* – ocorre quando o paciente agride a si próprio, podendo ser uma agressão comportamental, verbal, com auto-referencia, com auto-depreciação e com-mutilação;

18– *Agressividade alodirigida* – ocorre quando o paciente agride o meio onde esta inserido;

19 - *Comportamento fobico* – ocorre quando o paciente sente uma ansiedade incontrolavel e um temor intenso diante de uma situação;

20 - *Sensação de punição* – ocorre quando o paciente conclui que tudo que esta passando è em virtude a algo que ele fez, que ele próprio considera errado, onde há uma prevalência do sentimento de auto-referência. Esse sentimento pode ser em relação ao sagrado, a abandono de uma

denominação religiosa, a pessoa se sente punida muitas vezes se culpa por ter pouca fé. Principalmente no caso das mães da pesquisa do presente trabalho.

21 – *Limitação de atividade* – é gerada pela própria doença, hospitalização e tratamento, podendo ser temporária ou definitiva;

22 – *Conflitos quanto a privacidade* – alteração na condição de intimidade, podendo estar relacionada a despersonalização gerada pela intervenção;

23– *Privação da liberdade* – o paciente hospitalizado devera seguir as regras e normas da instituição;

24 - *Perda da autonomia* – devido a doença, hospitalização e tratamento, muitas vezes o paciente perde o controle sobre o destino de sua própria vida;

25- *Esquema corporal modificado* - é uma alteração no corpo do indivíduo, em que esta implicada a corporal e a representação psíquica do mesmo;

26- *Conflitos na área da sexualidade* – podem emergir pelo processo de hospitalização e doença;

27 - *Fantasias* – refletem preocupações do paciente com a possibilidade de morrer durante a cirurgia.

3.2.3 Os apartamentos

Os apartamentos são destinados a pacientes com poder aquisitivo elevado, atende convênios como; UNIMEDE, CELGMED, CASBEG, IPASGO, CASSI, Prefeitura entre outros. São destinados dois andares do hospital aos

apartamentos e os pacientes não tem acesso as demais dependências do hospital como a enfermaria.

3.2.3 As enfermarias

Os rituais executados nas enfermarias se diferem dos anteriores e principalmente dos executados na UTI; porque são feitos geralmente por três ou mais mães. Esses são geralmente coletivos porque há uma solidariedade entre as mães. É bom esclarecer que cada enfermaria possui três leitos. Assim consta-se o que afirma Rivière (1997) "o rito representa a sociedade em ato, a sociedade; e o rito exprime o ritmo de vida social, da qual è o resultado. Só se reunindo è que a sociedade pode reavivar a percepção e o sentimento que tem de si mesma".

Através desses ritos coletivos as mães se sentem mais calmas e amparadas pelas colegas de quarto.

São feitas orações que geralmente são lideradas por uma mãe que possui carisma que segundo Weber (2000) è uma qualidade pessoal considerada extra cotidiana e em virtude da qual se atribuem a uma pessoa poderes ou qualidades sobrenaturais, sobre-humana ou, pelo menos, extracotidianos específicos, ou então se a toma como enviada por deus, como exemplar e, portanto, como "líder", essa mãe geralmente internada antes ou internou primeiro que as demais e possuem mais experiência quanto aos procedimentos médico hospitalares.

3.3 Os rituais religiosos

A oração ou prece está sempre presente nos rituais religiosos observados, no presente trabalho; ela é a forma que as mães encontram de invocar oralmente os seres sobrenaturais. Para Maus (2001) a oração apresenta todos os caracteres do rito religioso, uma vez que, toda prece é um ato, que implica um esforço um dispêndio de energia física e moral com vistas a produção de algum efeito, mesmo quando é totalmente mental, sem palavras, com gestos quase abolidos, ainda é um movimento uma atitude.

A oração é também eficaz, de uma eficácia *sui generis*, pois suas palavras podem causar os mais extraordinários fenômenos. Melhor dizendo a eficácia da oração é exatamente a dos ritos religiosos, pois se dirige a forças religiosas.

Mas a oração segundo o autor pode desempenhar as mais diversas funções: hora é uma petição brutal, uma ordem, um contrato, um ato de fé, uma confissão, uma súplica ou um louvor.

Ela é ponto de convergência de um grande número de fenômenos religiosos; que participa da natureza do rito e da natureza da crença; é um rito, pois é uma atitude assumida, um ato realizado em vista de coisas sagradas. Se dirige a uma divindade e a influência; consiste em movimentos materiais dos quais se esperam resultados.

Através das ações rituais segundo Meslin (1992) o homem entra em contato com o Divino, e essas ações estão inspiradas por uma vontade de se religar ao Divino, são as expressões práticas de uma experiência religiosa. E

qualquer que seja a simplicidade das ações que acarrete o ritual religioso, ele se difere dos atos cotidianos, uma vez que se efetua em referência ao Divino.

Para o autor existe quatro tipos de ações rituais, que serão descritas abaixo:

1 – *A sacralização do tempo*: É através do tempo que o homem se situa; ele é uma das categorias fundamentais da psicologia e um componente essencial de toda cultura.

2 – *Espaço cultural e espaço sagrado*: O espaço também é uma das dimensões com relação a qual o homem deve se situar. É delimitado e organizado pelo homem.

3 – *Os ritos de iniciação*: A iniciação é um fenômeno complexo e ambivalente, que consiste em levar o indivíduo ao conhecimento de certas coisas ocultas pela libertação de um ensinamento e a induzir no grupo particular uma sociedade secreta em que ele é chamado a viver uma existência nova. O conteúdo dessa iniciação pode ser definido como um conjunto de ritos simbólicos e de ensinamentos ético-práticos mais ou menos desenvolvidos, que visam à aquisição de um certo poder e de certa sabedoria fundados num conhecimento esotérico, e que chegam à modificação do estatuto social e religioso do iniciado. Com a iniciação o indivíduo apesar de ser o mesmo se torna outro, com um outro estatuto de existência.

4 – *A experiência religiosa da peregrinação*: A peregrinação sobrevive ao longo dos tempos e está presente em um grande número de culturas, apesar da dessacralização.

É peregrinar é ir a um esforço e a um tempo sagrado, em que o homem se aproxima das raízes de sua própria fé, indo de encontro ao Divino.

Para Meslin (1992) o símbolo está ligado à própria existência do homem tomado individualmente ou em sua dimensão coletiva.

É o mediador em todas as relações que o homem mantém com o mundo que acerca e com o outro, e nas relações que se estabelece com o Divino.

Enfermaria 305, local destinado a crianças com problemas cardíacos que geralmente são submetidos a cirurgia.

Observa-se que as mães se ajoelham e de posse de suas bíblias lêem o salmo 91 de mãos dadas, pedindo que seus filhos sejam operados com sucesso. Uma das mães dirige a seguinte oração.

“Senhor meu Deus traga a cura para nossos filhos e nos ajude a suportar, esse momento difícil (a cirurgia), nos conforte e dê força nessa hora, pois só temos a ti para nos auxiliar”. (B.R.C, 31 anos)

Enfermaria 303, local onde se encontra crianças com problemas neurológicos com indicação cirúrgica e clínica. Principalmente crianças com hidrocefalia (que é a retenção do líquido cefalorraquidiano no cérebro) doença essa com prognóstico indefinível.

As três mães presentes são católicas e toda manhã cantam músicas católicas como: Ave Maria e segura na mão de Deus para aliviar suas angústias. Fazem gestos ao cantar e utilizam símbolos como hinos, rosários, gravura de santos a mais comum é a de Santo Expedito.

Nesses rituais religiosos formados por três mães, constata-se que houve um culto que segundo Marconi e Presotto (1998) é uma série de atos contidos na veneração ou comunicação com seres sobrenaturais. Consiste no

conjunto de crenças, rituais e divindades, associados a objetos, lugares, específicos oficiantes e crentes. Varia na estrutura, organização e realização, no tempo no espaço, claro culto sem muita elaboração.

Foi dito anteriormente que os rituais religiosos da UTI são individuais, mas no exemplo abaixo existe exceção; uma vez que o paciente estava internado no hospital há quase três anos. O paciente é A.L.S, 12 anos, sexo masculino, internado para cirurgia de retirada de um tumor no cérebro. Mas no processo cirúrgico houve lesões irreversíveis e o paciente não mais consegue respirar sem oxigênio.

Entram na UTI a mãe de A, a avó materna e a enfermeira que toma conta dele no apartamento. As três se ajoelham em torno do leito fazem orações em silêncio, pedido que A, volte para o quarto e que não dê mais paradas cardio-respiratória.

Esse ritual também foi feito através da oração sendo acompanhada de posturas especiais ajoelhado, e símbolo presente foi a bíblia, mas no quarto do paciente encontramos objetos diversos; e também visitas de fatores, pai de santos a enfermeira que cuida de a, que é evangélica.

3.3.1 Rituais religiosos com oração, gestos e símbolos

No ambiente hospitalar podemos encontrar os seguintes símbolos que geralmente fazem parte dos rituais: (ver anexo)

- *Bíblia infantil;*
- *Hinários*
- *Medalhas;*
- *Rosário;*

- Óleo
- Fita;
- Folheto bíblico;
- Água benta;
- Gravéra de santo;
- Imagens de Santos: Nossa Senhora do Menino Jesus e Aparecida;
- Corrente com estrela, lua e sol;

Com a pesquisa pode-se observar que as mães católicas utilizam mais símbolos do que as evangélicas que geralmente tem com símbolo a bíblia sagrada e óleo para ungir os filhos.

Principalmente na UTI as mães fazem um altares sobre o leito dos filhos, na bancada, se sentem seguros quando deixam símbolos junto aos filhos, acreditam elas que eles vão curar seus filhos.

Mãe de L.S, 1 ano, sexo masculino, com diagnostico de epilepsia e com convulsões constantes.

A mãe entra vai direto ao leito de seu bebê (que esta em coma) dá-lhes uns beijos, faz orações em voz baixa pedindo a cura do filho. Se ajoelha segurando a mão de L.S, abaixa a cabeça e chora muito. Mas afirma não estar desesperada e sim confiante em Deus, isso è observado no trecho abaixo:

“Tenho certeza que Deus vai me dar o L. com saúde, eu trouxe muito ruim do Rio de Janeiro, ele já teve muitas paradas , mas Deus vai salva-lo, tendo certeza”. (C.R.S, 28 anos)

A seguir lê a oração de Madre Paulina que esta na bacada sobre o leito do bebê.

Oração de Madre Paulina

Ò, Madre Paulina,

Tu que puseste toda a tua confiança no Pai e em Jesus e que, inspirado por Maria, te decidiste ajudar teu povo sofrido.

Nos te confiamos a igreja que tanto amas, nossas vidas, nossas famílias, as religiosas, os religiosos e todo o povo de Deus. (Peça a graça que deseja alcançar).

Madre Paulina, interceda por nós junto ao Pai, a fim de que tenhas a coragem de lutar sempre na conquista de um mundo mais humano, justo e fraterno. Amém.

Essa mãe afirma que a oração a auxilia a continuar lutando, e lhe dá força e esperança que o filho, nunca foi para casa vive hospitalizado em UTIs do Rio de Janeiro e atualmente em Goiânia e acredita que ele será curado aqui, comprou uma roupa de cowboy em homenagem a Goiânia, local em que o filho realmente foi curado e sua cirurgia foi um sucesso.

F.A .N 8 anos sexo feminino com diagnóstico inicial de dor nas costas e dificuldades para deambular, faz o seguinte ritual junto com a pesquisadora e com sua mãe que è psicóloga .

Primeiro desenha os choques que fazem suas costas doer com lápis de cor em uma cartolina, utiliza lápis de cor preto e vermelho. Após desenhar faz a seguinte oração:

Santo anjo do senhor meu zeloso guardador mande o choquinho ir embora, já que a fé me confiou a piedade divina sempre. Sempre me guarde, me vele, me rege, me ilumine e mande o choquinho embora. Amém.

A mãe de B.S.X, 13 anos sexo feminino que será submetida a cirurgia cardíaca faz o seguinte ritual:

Ajoelha-se ao lado do leito da filha reza um pai nosso, o terço completo e canta a música segura na mão de Deus.

Afirma que faz a oração para que a filha vá bem na cirurgia e se recupere.

A mãe de E.P.O 13 anos sexo feminino internada com diagnóstico de vômitos, diarreia e meningite faz o seguinte ritual.

Ajoelhada reza um pai nosso, o salmo 40 e a seguinte oração:

Oração de Davi

Inclina, Senhor, os teus ouvidos e ouve-me porque estou necessitado e aflito.

Guarda a minha alma, ó Deus meu salva o teu servo que em ti confia.

Tem o teu servo que em ti confia .

Tem misericórdia de mim, ó Senhor pois a ti clamo todo o dia.

Alegra a alma do teu servo pois a ti, levanto a minha alma.

Pois tu Senhor, és bom, e pronto a perdoar, e abundante em benignidade para com todos os que te invocam. Dá ouvidos Senhor a minha oração e atende a voz das minhas súplicas eu quisera anuncia-los e manifesta-los, são mais do que se podem contar.

Afirma que as orações são para a filha melhorar, pois sabe que “cura mesmo ela não vai ter.

A mãe de L. O, 8 meses, sexo masculino se dirige ao leito do filho após ter sido operado do coração, chora muito e beija seu bebê. Agradece a Deus em voz alta por ele estar vivo, reza um Pai Nosso também em voz alta e faz a seguinte oração:

Oração da criança

Querido anjo da guarda.

Obrigado por me acompanhar. Olhe por mim durante o meu sono, pois após tanto brincar è tempo de descansar.

A mãe agradece a Deus a vida do filho, pela cirurgia ter corrido bem e pede que ajude o coração do bebê a ficar curado.

Essa mãe também utiliza a oração, e súplica a cura do filho.

Assim que F. A , 8 anos foi entregue pelo pai, mãe, enfermeira e psicóloga a equipe do centro cirúrgico, os familiares se reuniram, na sala de espera deram as mãos, liderados pela avó materna da criança rezaram um Pai Nosso, com terços nos braços e pediram a Deus que abençoasse as mãos dos médicos para fazer uma cirurgia com sucesso.

Esse ritual teve a oração, invocação oral dirigida ao sagrado e contou com a presença de símbolos sagrados (os terços).

3.3.2 Rituais religiosos com oração que visam a cura

Ao executar um ritual religioso se espera que os objetivos propostos sejam alcançados assim há os que visam a cura e os que visam a salvação.

Para Rossi (1974) a cura se apoia como uma ponte sobre dois arcos, um dos quais è constituído com dados e o outro com possibilidades.

Não é suficiente uma boa capacidade perspectiva interior para dizer que uma pessoa é saudável, nem uma boa adaptação para certificar que está psiquicamente bem desenvolvidos. Tanto o dado como a possibilidade necessitam situar-se em contextos mais completos, sabendo que se pode ser

logrado por uma alteração bioquímica ou por uma angústia que precisam ser interpretadas. Assim as pessoas estão todas no âmbito da nova ciência que é capacidade de interpretação das possibilidades.

A cura poderia estar dentro de uma proposta de mudança, dentro da necessidade ou da capacidade de reconsiderar novamente a individualidade físico-psíquica e não somente através do prima de uma patologia de órgão, episódio de uma história que, talvez, deve ser reaceita. O dado pode ser concebido como uma prisão, ou como uma doação, enquanto quer a possibilidade é como um projeto necessário ou uma esperança, ou mesmo como um desenvolvimento das capacidades e das relações. Nesse sentido curar poderia significar a capacidade de quebrar uma estrutura masoquista, aceitar o bem-estar, necessidade de criar sintomas, sem compromissos físico-psíquicos de emergências procurados na intenção de sofrer e pagar de certo modo uma espécie de dívida a um Deus perverso.

Curar poderia significar ainda a capacidade de sair para fora de um estado de regressão, revivendo angústia já negadas, e dando um nome aos conflitos e uma data ao seu aparecimento. Sarar poderia significar a decisão de aceitar uma limitação, não pretender o estado de impossibilidade ou de onipotência. Será bem acrescentar inclusive que cada um de nós deveria poder contar pelo menos com um período em que se sentiu profundamente bem, um tempo de amizade plena com sua própria imagem e funcionalidade, uma estação em que o gosto da existência tenha tido uma experiência, uma estação de comunicação consigo mesmo e com os outros: e isso oferecer a memória a referência de uma possibilidade realizada. E este esquema de referência poderia permanecer como um hino interior à vida, bem diferente do

gosto narcisista de contemplar-se e de amar a si mesmo, que também é experiência defensiva comum. Esse período poderia inclusive significar um tempo de valorização da vida na sua complexidade, o que equivale dizer a capacidade de superar a depressão transitória, um impulso, uma energia que existe dentro do homem que pode servir nas relações consigo mesmo e nas relações com os outros, e que tem implícita uma participação causada, sem saudades, uma possibilidade de sentir-se dentro da experiência e não à margem dela.

Ao oposto de tudo isso está a resignação ao dado, a fixação a uma situação que bloqueia as energias e paralisa a dinâmica interior, ou mesmo a resignação e não a boa utilização de um aspecto físico, de um condicionamento contra o qual se opõe um conflito nunca resolvido. Dado este que pode determinar uma espécie de necessidade urgente de receber compensações porque se percebe descompensados e miseráveis, desanimada pela própria história e estrutura, e constantemente propensos a fazer o balanço com o fito de demonstrar a si mesmos tudo aquilo que não anda bem. Neste sentido, cada derrota vem a confirmar o sentimento como de uma guerra já perdida, para a qual não valeria a pena combater, contando que fique a dúvida, e a dúvida não sirva somente a uma situação fixa e estática, provindo as ameaças seja da experiência já feita, como também do desejo conflitual, ou da necessidade de se livrar de outras eventuais responsabilidades.

A cura é a possibilidade de atingir a complexidade do real e para atingir uma meta é necessária uma dinâmica, e está muitas vezes redimensiona as necessidades de prazer do homem, contando que alguma

dessas necessidades seja bem reconhecida e aceita: não em tudo e nem sempre a sublimação pode ser tão reconhecida e ter sempre sucesso. Nem se pode pretender de qualquer indivíduo aquela sublimação da qual poucos são capazes sem ter que pagar um preço demasiado alto, ou sem ocasionar a formação de sintomas como solução de compromisso.

O homem portanto, vive equilíbrios estáticos e dinâmicos em medida diferente, e a doença quando não è mortal pode ser uma parada e uma prova para voltar a tentar um novo equilíbrio de vida, para voltar a solicitar a si mesmo a vida a tentar reestrutura-la, mesmo que fosse por um tempo limitado, além dos hábitos. Também nesta parada os relacionamentos tornam-se essenciais e o ser doente pode precisar viver não tanto para se mesmo quanto para aqueles que ama a idéia da morte apresenta-se como uma perda de relações, uma dramática e inoportuna ruptura que chega “antes” de se ter dado oportunidade de reestruturar essas mesmas relações. Quando vislumbrar a cura, quando a angústia da morte se afasta do ser humano è como se ele fosse invadido por uma alegria secreta, por uma nova amizade com as coisas; volta então a coragem de planejar, de fixar-nos uma tarefa precisa como fruto de uma limpeza interior; então a vida se apresenta como uma nova oportunidade que não se deve desperdiçar, uma liberdade que não se deve deteriorar. O mesmo pode acontecer depois de uma angústia depressiva, depois da solução de um complexo persecutório de culpa, como se acontecesse um nascimento, um começo de algo, uma manhã beijada pela luz.

Mas as tentativas de cura às vezes passam através de dúvidas extenuantes e situações de altos e baixos, através de tantas vicissitudes durante as quais pode ser difícil “conter” a hostilidade e dificuldades. De fato,

não há período de incerteza de cura que não contenha também uma pequena ou sensível regressão psicológica que toma uma importância particular se a doença, como às vezes acontece, è uma espécie de epílogo e consequência de tantas “alterações” e “lutas” precedentes, durante as quais, as forças físicas e psíquicas do homem têm sido destruídas e a sua autonomia enfraquecida. Mas uma vez, è um bom relacionamento, uma relação afetiva ou de transferência que pode nos infundir coragem e capacidade de reação, porque além de tranquilizar o homem o tira da solidão, dando-lhe capacidade de doar e receber, de inspiração e comunicação, fazendo-o sentir o sabor da palavra; è como se um emaranhado de pensamentos e sentimentos fizesse surgir novamente várias possibilidades que o leva além do dado. A cura começa no estado de medo e quer encontrar duas respostas, ambas essenciais, uma técnico-científica e a outra transferencial. A intervenção farmacológica, com finalidade casual e sintomática, hoje se serve de muitas boas indicações, mas também de certos abusos. A intervenção técnica mais atualizada pode fazer prodígios, mas pode também ficar estanha e demasiado parcial. Cada doença e cada possibilidade de cura têm indicações diferentes e específicas, mas a ciência como tal continua, no entanto, a dar uma contribuição tão necessária quanto necessita de “humanizar-se; de modo especial medicina da pessoa integral sem que o médico chegue a se servir da farmacologia para proteger-se contra a angústia, como poderia acontecer quando enfrentar a doença, mas não o doente, ao contrário, afasta-se dele cautelosamente, quase na intenção de não assumir a história da pessoa doente.

A cura portanto è um processo em ato sempre que nos torna o homem “curáveis”, isto è capaz de viver um itinerário não por obrigação ou por ameaça a ser evitada, ou por compensações ocasionais, mas porque aprender a “estar na vida” por interesse não gosta de homens curáveis, mas exige antes homens “subordinados” e “deprimidos”, porque sobre esses se exerce melhor o domínio e a repressão. Os caminhos de cura, a certa altura, não passam somente através de doenças individuais mas através das doenças da sociedade, que são as formas institucionais da “vida permitida” ou “não permitida”, mas raramente da vida desejada. A cura parcial ou possível não è, portanto, operação de adaptações simplistas a fim de buscar um prazer qualquer, formas de provocação da criatividade e da liberdade de todos. Uma cura, de fato, pode não ser aceita por um regime repressivo ou por um sistema de poderes que preferem o homem passivo e dependente, até à exasperação de sua possibilidade de regressão passiva e dependente. Certos profetas são personagens que necessariamente são “condenados a morrer fora da cidade” ou enviados ao exílio porque a cura è contagiosa: não è por acaso que o mito pode encobrir tantas angústias e tantos rituais de morte, e as alienações esquizoides e racistas criar tanta perseguição.

Reimer (2002) afirma que a cura è uma experiência libertadora, ela è vital e ardentemente desejada. A busca pela saúde por meio da relação com o sagrado denuncia a miséria humana, na qual geralmente se encontra a pessoa doente e todo o seu meio ambiente. Ela denuncia também a miséria da falta de cuidado e dignidade, na qual se encontram sistemas de saúde que se preocupam e objetivam mais o lucro do que responsabilidade ética diante da vida que deve ser restabelecida em sua plena dignidade.

A cura é uma das manifestações do amor e da compaixão de Deus, e da busca participativa do homem no processo terapêutico que se baseia na fé.

Ao se falar de doença e busca de saúde por cura e saúde, deparamos como, orações, bênçãos, votos, oferendas, sacrifícios, procissões, amuletos, simpatias... que são parte da expressão simbólico – ritual na busca de benevolência e do socorro por parte da divindade (Teles, Lemos, 2002).

Segue abaixo o exemplo de dois rituais que visam a cura.

A mãe de G.V, sexo masculino 11 anos com traumatismo craniano afirma a pesquisadora faz uso de rituais para obter a cura do filho.

Diz que lê o Salmo 91, sete vezes ao dia, hora agradecendo pelo filho estar vivo, hora pedindo sua cura. Faz jejum pela manhã só almoça após meio dia e a noite só janta após as 22:00 horas. Esses rituais são feitos na enfermaria, onde a mãe está e sem a presença do filho. Na UTI ela trouxe um pano branco e o colocou sobre o filho, e orou o Salmo 91.

A família de B.S.C, 8 anos com diagnóstico de hidrocefalia, mãe, faz a seguinte ritual de joelhos faz a seguinte oração:

A Nossa Senhora dos Remédios

Ò Deus, concedei-nos, pela intercessão de Nossa Senhora dos remédios, o alívio em todas as enfermidades, a força em nossas fraquezas para que, servindo-os são de corpo e espírito, possamos chegar à eterna bem-aventurança. Pelo Cristo Nosso Senhor. Amem.

A mãe diz que Nossa Senhora dos Remédios vai curar seu filho lhe dar a saúde que nunca teve.

3.3.3 Rituais com orações, que visam a salvação

Terrin (1996) afirma que: se o homem não precisasse de salvação as religiões seriam inúteis; mas elas são supérfluas quando não são capazes de sanar as doenças e os incômodos físicos e psicológicos cotidianos do homem. Deixa claro que o homem contemporâneo è, antes de tudo, um ser doente de corpo e espírito, um paciente e um sofredor que pede para ser “curado”.

Segue abaixo o exemplo de um ritual com oração que visa a salvação.

Nem sempre os rituais são feitos para curar alguns, são para a salvação do filho. Como o do exemplo abaixo:

A mãe de A.M.A, 11 anos sexo masculino, com diagnostico inicial de crise convulsiva evoluindo para morte encefálica. Faz a leitura do seguinte texto.

“Através de Deus e dos médicos eu vou ter a alegria de voltar com o A . para casa com saúde para a alegria dos milhões de pessoas que esperam por nós Eu acredito que o A, vai ser o meu presente de natal. Tenho certeza que Deus vai me dar esse presente.

Eu imploro a tua ajuda, me perdoa e faça essa boa ação na minha vida. Eu já digo Senhor muito obrigado pela benção recebida”. Tua serve S.!

Senhor faça essa obra na minha vida me devolva o meu filho ou então diminua o sofrimento dele. Eu o entrego em suas mãos.

Percebe-se ao se fazer o acompanhamento psicológico a essa mãe, que ela sabe que o filho esta morto, mas utiliza mecanismo de defesa de

negação no princípio da oração, mas posteriormente no fim da oração entrega o filho a Deus demonstrando que se a cura não vier que venha a salvação.

Ao se observar esses fragmentos chega-se a conclusão que os rituais religiosos através da oração dão alívio e tem um efeito terapêutico, uma vez, que proporcionam as mães a diminuição de suas ansiedades, medos e angústias, auxiliando-as a lidar com a impotência de não poder “curar” os filhos que tem doenças graves. Mas através da religião e do sagrado essas mães se adequam ao processo de hospitalização e até mesmo aceitam a morte não como característica do desenvolvimento humano e sim como vontade de Deus.

Reiner (2002) afirma que a salvação pela fé inclui a cura, mas não se limita só a cura, mas ultrapassa os limites da doença e da morte.

Portanto consegue-se responder a hipótese, e a pergunta fundamental do presente trabalho, pois fica claro que é através da religião dessa busca no transcendente que essas mães conseguem o alívio desejado, mas para se comunicar, com esse ser sobrenatural elas recorrem ao sagrado, transformam lugares aparentemente profanos em sagrados e amenizam seus anseios frente ao processo de hospitalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentou-se nas páginas anteriores um conjunto de fatores que demonstram o efeito terapêutico do rito religioso em situação de hospitalização, fatores de investigação de campo.

O trabalho de campo partiu-se da concepção de que no processo de hospitalização e de doença grave, as mães se sentem ameaçadas, principalmente pelo medo de perder os filhos e buscam a religião e recorrem a rituais religiosos para amenizar seus sofrimentos angústias, ansiedades e medos.

A existência da morte que se rebela a todo momento no contexto hospitalar, principalmente na UTI, traz angústias as mães, que buscam no transcendente, através da experiência religiosa, algo que legitime a situação em que se encontram. As mães enfrentam o medo do caos, munidos de orações, rezas, rituais religiosos, promessas e objetos hierofânicos (Eliade 1998) e símbolos sagrados.

È observado que a internação na UTI ocorre, geralmente, de forma súbita como sinônimo de agravamento, de risco iminente, gerando conflitos emocionais frente à angústia do morrer (Morin, 1976).

Nesta situação de risco, emerge no ser humano, a inspiração e a espiritualidade, visto que ocorre apelo ao sagrado através de rituais religiosos, na busca de um transcendente imanente que se torne uma realidade luminosa neste cenário de caos (Berger, 1985).

Neste cenário os rituais religiosos e a religião são obrigados a dar conforto as mães frente a desordem que se torna sua vida. Os ritos são definidos de varias Cazeneuve (1978, p. 11) propõe a seguinte definição para o rito:

“O rito parece ser uma ação que se repete segundo regras invariáveis cuja a execução não parece produzir efeitos úteis”.

Mas na realidade o rito, principalmente o religioso produz efeitos úteis, pois quando as mães executam rituais e entram em contato com o Divino, suas angústias diminuem e há um certo equilíbrio emocional.

No trabalho de campo observou-se a execução de rituais religiosos principalmente através da oração, que podem ser feitos pelas mães sozinhas ou com outras (principalmente as da enfermagem).

Já Rivière (1997, p. 10) rito como:

“Conjunto de condutas individuais ou coletivas relativamente codificado, com base corporal, (verbal, gestual, postural), de caráter mais ou menos repetitivo, com forte carregamento simbólico para seus atores e habitualmente para seus assistentes, condutas essas fundamentadas numa adesão mental, muitas vezes inconsciente, a valores relativos a escolhas sociais consideradas como: importantes, e cuja a eficácia não depende

de uma lógica puramente empírica que se esgotaria na instrumentalidade técnica da ligação causa e efeito”.

Os rituais religiosos observados no contexto hospitalar são geralmente individuais, principalmente os da UTI, pois existem regras em que as mães devem permanecer próximas ao leito dos filhos. Mas na enfermaria ocorrem rituais religiosos coletivos, geralmente com três mães que è o número de leitos que existe em cada enfermaria.

Portanto conclui-se no presente trabalho que a religião, os rituais religiosos e o sagrado são forças poderosas que ajudam o homem moderna a enfrentar as crise do seu dia-a-dia. Constata-se que o rito religioso tem realmente um efeito terapêutico, o de diminuir a ansiedade, medo e angústias das mães, 80% das mães são católicas e utilizam como formas de ritual a oração, e essas mães acreditam que os rituais religiosos trazem a cura e a salvação para seus filhos.

O rito religioso traz respostas terapêuticas para essas mães pois através deles, elas entram em contato com o sobrenatural, para aliviar até mesmo suas culpas, impotência frente a doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A BÍBLIA DE JERUSALÉM. São Paulo: Paulinas. 5 ed. 1991.

ANGERAMI, Valdemar Augusto Comon. *Psicologia hospitalar: teoria prática*.

São Paulo: Pioneira, 1995.

_____. *... e a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1996.

AJURIAQUERA, Julian de, e MARCELLI, Daniel. *Manual de psicopatologia infantil*. Trad. Alceu Edir Filman: Porto Alegre: Artes Médicas, 2ed. 1991.

ARIÉS, P. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade e ambivalência*.(trad) Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BAZÁN, Francisco Gracia. *Aspectos incomuns do sagrado*. trad. Iraildo B. Lopes. São Paulo: Paulus, 2002.

BEFÉCADU, Eliane. *Lá Souffrance: Clarification conceptuelle*. Revue Canadienne, bol. 22, n. 1, 1993, p. 7-21.

BERGER, Peter. *O dossel sagrado: elementos para uma teoria sociológica da Religião*: São Paulo: Paulus, 1985.

BORBA, V. R. *Administração hospitalar: princípios básicos*. São Paulo: Centro São Camilo de Administração 1985.

CALIL, Terezinha Padis Campos. *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária, 1995.

CASSEL, Eric. *Recognizing Suffering Hastings Center Report*, 1991.

CASTIÑEIRA, Àngel. Trad. Rally Mendes de Oliveira. *A experiência de Deus na pós-modernidade*. Petrópolis:Vozes,

CAZENEUVE, Jean. *Sociologia do rito*. Portugal: Rés, 1978.

CREPALDI, Maria Aparecida. *Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos*. São Paulo: Cabral Editora Universitária, 1999.

DURKHEIM , Émile. *As formas elementares da vida religiosa*. Trad. Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Ed. Nacional, 14 ed, 1995.

ELIADE, Mircea. *Tratado de histórias das religiões*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. *O sagrado e o profano*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FREUD, Sigmund. *Obras completas*, vol. 12, e 13. Rio de Janeiro: Imago, 1907.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GAMEIRO, Manuel Henriques. *Sufrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos editora S.A, 1989.

GEFRÉ, Claude e JOSSUA, Jean-Pierre. *A Modernidade em discussão*. Petrópolis: Vozes. Revista Concilium, 244, 1992.

GIDDENS, Anthony. *As conseqüências das modernidade*. Trad. Raul Fiker. São Paulo: UNESP, 1991.

_____. *Modernidade e identidade*. Trad. Plínio: Plínio Dentzein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOFFMAN, E. *Les rites d'interaction*. Paris: Ed. de Minuit, 1974.

JORGE, J Simões. *Cultura religiosa: o homem e o fenômeno religioso*. São Paulo, 1994.

KENNEDY, Eugene. *A contribuição do rito religioso para o equilíbrio psicológico*. In Revista Concilium. Petrópolis: Vozes, 1971.

KUBLER-Ross, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 6 ed. 1994.

LAKATOS, Eva Maria. *Sociologia geral*. São Paulo: Atlas, 4º ed, 1984

LARCHET, Jean-Claude. (trad) Maria Armanda de Saint e Maurice Esteres. *A teologia da doença*. São Paulo: Paulus. 1991.

LEMOS, Carolina Teles. *Religião e saúde: a busca de uma vida com sentido*. In Revista Fragmento de Cultura. Goiânia: IFITEG, v. 12, n. 3, p. 479-520, 2002.

LINDQUIST, Ivone. *A criança e o hospital*. São Paulo: Ed. Páginas Aberta, 1993.

LUZ, H. *O médico essa "droga"*. Rio de Janeiro: desconhecida, 1989.

MALINOWSKI, Bronisluw. *Magia, ciência e religião*. Trad. Maria Georgina Segurado. Lisboa: Ed. 70, 1988.

MANKOWITZ, Ann. *Menopausa: tempo de renascimento*. São Paulo: Paulinas.

MARTELLI, Stefano. *A religião na sociedade pós-moderna*. Trad. Euclides Martins Balancin. São Paulo: Paulinas, 1995.

MAUSS, Marcel. *Ensaio de sociologia*. Trad. Luiz João Gaio e J. Guinsburg. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

MELEIRO, Alexandrina, M.A, S. *O médico como paciente*. São Paulo: Lemes editorial, 2001.

MESLIN, Michel. *A experiência humana do Divino: fundamentos de uma antropologia religiosa*. Trad. Orlando dos Reis. Petrópolis: Vozes, 1992.

MILLAN, L.R. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MINISTÉRIO da Saúde, Secretaria de Assistência Médica e Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Brasília, 1999. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar Brasília.

MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. Portugal: Publicações Europa América, 2 ed, 1976.

O'DEA, Thomas F. *sociologia da religião*. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Pioneira, 1969.

OSÓRIO, Luiz Carlos. *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médias, 1992.

OTTO, Rudolf. *O sagrado*. trad. Prócoto Velasques Filho. Rio de Janeiro: Imprensa Metodista, 1985.

PARSONS, Talco H. *Personalidade na natureza, na sociedade e na cultura*. Cap. 39. Belo Horizonte, 1965.

QUEROZ, José J. (org). *Interfaces do sagrado em véspera de milênio*. São Paulo: Loyola, 1996.

QUINTANA, Alberto M. *A ciência da benzedura: mau olhar, simpatias e uma pitada de psicanálise*. São Paulo: EDUSC, 1999.

RALINSON, Mary C. *The sense of suffering*. The journal of medicine and psychology, nº 11, 1986, p. 39-62.

REIMER, Ivone Richter. *Cura e salvação: experiência do sagrado na construção da vida e suas múltiplas relações*. In Revista Fragmentos de Cultura, Goiânia: IFITEG, v. 12, n. 6, p. 1233-1253, 2002.

RIVIÉRE, Claude. *Os ritos profanos*. Petrópolis: Vozes, 1997.

ROCHER, Guy. *Sociologia geral*. Trad. Ana Ravara. Lisboa: Editorial Presença, 1971.

ROMANO, B. *Princípios para a prática da psicologia clínica nos hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSSI, Mario. Revista Concilium, 9 (trad) Antônio Angonese. Petrópolis: Vozes, 1974.

SATORE, Dominico et alli. *Dicionário de liturgia*. São Paulo: Paulinas, 1992

SCARELLI, E.M. *Orientação à família do paciente em unidade de terapia intensiva*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 1993.

SILVA, Benedicto et alli. *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1987.

WEBER, Max. *Economia e sociedade brasileira*. Brasília: Universidade de Brasília, 2000

WEIL, M.H. et alli. *Ressuscitação terapia intensiva: introdução e retrospectiva histórica*. Em W.C. Shoemaker (org), Tratado de Terapia Intensiva, Medicina Panamericana. São Paulo: Editora do Brasil, 1992.

TANKÄ, V. *O relacionamento médio paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

TAVARES, B. *Temas de tratamento intensivo e choque*. Vol. IV. Rio de Janeiro: 1974.

TERRIN, Aldo Natal. *O sagrado of limites: a experiência religiosa e suas expressões*. Trad. Euclides Balancin. São Paulo: Loyola, 1994.

_____. *Nova era: a religiosidade do pós-moderno*. Trad. Euclides Balancin. São Paulo: Loyola, 1996.

TUNER, Victor. *O processo ritual estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Vozes, 1997.

QUESTIONÁRIO

Nome: _____ Idade: _____

Profissão: _____

Número de filhos: _____

Estado civil: _____

Nível de instrução: _____

Religião: _____ há quanto tempo freqüenta: _____

Procedência:

Porque seu filho ficou doente? (o mito da doença)

O que a senhora espera do médico que atende seu filho?

A senhora acredita que Deus vai curar o seu filho?

Tem fé em Deus?

ANEXO XIII

ANEXOS

